



Pleins feux

Institut de services et des politiques de la santé

Ressources humaine en santé

Gail Tomblin Murphy, Ph.D.

Responsable scientifique pour le domaine thématique des ressources humaines en santé aux IRSC



responsables des politiques sur les RHS au Canada. Les efforts que je déploie afin de créer, pour les chercheurs, des possibilités de contribuer à l'élaboration de politiques sur les RHS et à la planification dans ce domaine consistent notamment à collaborer avec eux pour trouver de nouvelles sources de financement, à collaborer avec les décideurs pour transformer leurs questions stratégiques pressantes en questions de recherche pratique et à stimuler des activités de renforcement des capacités qui aideront à créer un bassin de chercheurs hautement qualifiés et intéressés dans le domaine des RHS.

constituent la clef de voûte de tout système de soins de santé, mais la planification des RHS a toujours été indépendante d'autres aspects de la planification du système et s'est faite plus souvent qu'autrement en cloisonnements – la planification des effectifs médicaux ne tient pas compte du potentiel des infirmières praticiennes, ni du besoin des médecins universitaires; celle des effectifs infirmiers repose sur des modèles de formation particulièrement rigides, etc. La planification a eu tendance à être dictée par l'offre et à viser avant tout l'utilisation courante. Les perceptions relatives à la suffisance de l'offre peuvent varier rapidement et passer d'excédents apparents à de graves pénuries en moins d'une décennie sans que l'on comprenne vraiment comment ou pourquoi. Le virage spectaculaire des perceptions relatives à la suffisance de l'offre des médecins au Canada n'en est que l'exemple le plus récent. Au début et jusqu'au milieu des années 90, à peu près tous les « experts » à qui l'on aurait pu poser la question nous auraient dit qu'il y avait un excédent de médecins. Impossible de trouver aujourd'hui un « expert » qui affirmera autre chose qu'il y a une pénurie de médecins et que la situation va s'aggraver avant de s'améliorer. Les statistiques sous-jacentes n'ont toutefois presque pas changé.

Au début de 2004, j'ai été nommée responsable scientifique pour le domaine thématique des ressources humaines en santé aux IRSC, rôle créé pour reconnaître le besoin de favoriser davantage les échanges entre chercheurs, responsables de politiques et bailleurs de fonds qui s'intéressent à la planification des ressources humaines en santé (RHS).

Mon principal rôle est celui d'ambassadrice des IRSC et des milieux de la recherche sur les politiques et les services de santé auprès des

Le Canada manque actuellement de nombreux types de prestataires de soins de santé à de nombreux endroits, s'il faut en croire les reportages des médias. Les reportages sur les médecins qui fuient des collectivités aux ressources insuffisantes, les personnes qui, même en milieu urbain, sont incapables de trouver un médecin de premier recours et les salles d'opération fermées, en dépit des longues listes d'attente, à cause de pénuries de personnel qualifié, font régulièrement les manchettes. La pénurie de professionnels de la santé qui servent des collectivités autochtones est moins évidente à première vue. Sans oublier les avertissements de plus en plus nombreux au sujet de ce qui nous attend – le personnel infirmier vieillissant et démoralisé, le vieillissement des effectifs médicaux, etc. Les reportages des médias sont habituellement assez factuels, dans l'ensemble. Comme toutes les anecdotes, ils présentent toutefois une perspective très limitée. Ce qui est rarement clair, c'est leur caractère généralisable, ou les forces ou les facteurs sous-jacents aux gros titres.

Le thème commun ici, c'est que nous avons rarement de bonnes données de recherche pour appuyer la planification des ressources humaines en santé. Le phénomène n'est pas particulier au Canada. Sur la scène mondiale, on reconnaît de plus en plus que la planification et la gestion des ressources humaines en santé exigent une assise plus solide de données factuelles et une convergence beaucoup plus marquée sur la satisfaction des besoins des population dans le domaine de la santé, au lieu de reposer sur les tendances courantes ou antérieures de l'utilisation.

La planification des RHS en tant que telle a une histoire longue et variée au Canada. Les personnes

Au Canada, on s'est engagé de nouveau à suivre

Continue sur la page 2

Dans ce numéro :

- Activité dans la population active, offre de main-d'oeuvre et aidants non rémunérés au Canada **2**
- Équité et ressources humaines en santé **2**
- Entrevue avec le Dr Stephen Birch **3**
- Travailleurs en soins de longue durée et milieux de travail **4**
- Renforcer les effectifs médicaux dans les régions rurales du Canada **5**
- Suivre le rôle de l'équité professionnelle dans le travail des médecins **5**
- Comprendre les coûts et les résultats du roulement du personnel infirmier dans les hôpitaux canadiens **6**
- Main-d'oeuvre en médecine au Canada **6**
- Trajectoires de la maladie mentale dans une cohorte de travailleurs de la santé **7**
- Apprendre à comprendre les stratégies de calcul du coût de revient utilisées en soins infirmiers **7**

une stratégie nationale coordonnée de planification des RHS. Dans l'Accord sur le renouvellement des soins de santé – qui vise clairement à assurer à tous les Canadiens un accès en temps opportun à des services de santé de qualité – qu'ils ont signé en 2003, les premiers ministres ont reconnu qu'il est crucial de planifier la composition et le nombre appropriés des effectifs de prestataires quand et là où l'on en a besoin. Dans l'accord, le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires s'engagent à conjuguer leurs efforts pour améliorer la planification et la gestion des RHS.

Dans le contexte de cet engagement, le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH), qui conseille les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au sujet de systèmes de santé factuels, de politiques et de planification des RHS – et où je suis fière de représenter les IRSC – est à établir un cadre pancanadien afin d'aider à orienter l'avenir de la planification des RHS et de la prestation des services de santé.

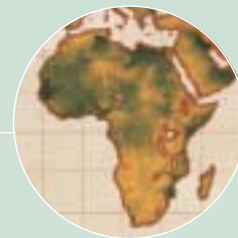
Ce cadre¹, s'il est établi, représenterait un important pas en avant dans l'histoire de la planification des RHS au Canada. On y délaisse clairement la démarche traditionnelle qui accorde la priorité à la satisfaction des besoins des populations dans le domaine de la santé. Le cadre permet de définir les services nécessaires, des

moyens innovateurs de les offrir, les types de professionnels nécessaires et la façon de les déployer afin que le système optimise l'utilisation de leurs compétences spécialisées – au lieu de continuer à planifier en fonction de la façon de dispenser les services maintenant et de ceux qui les dispensent. Le cadre établit aussi des interventions précises que les administrations peuvent réaliser de façon concertée pour créer des effectifs de la santé plus stables et efficaces.

Le cadre n'est toutefois qu'un squelette, qui sera étoffé par la recherche innovatrice sur les RHS, en fonction de laquelle l'élaboration de politiques conformes aux objectifs du cadre pourra évoluer. Même si un défi clé pour le cadre consistera à trouver la capacité de recherche nécessaire pour répondre aux besoins en information, les chercheurs en RHS subventionnés par les IRSC font déjà de l'excellente recherche au Canada. Cette chronique résume certaines de ces recherches récentes et en cours subventionnées par les IRSC. Elle présente aussi une entrevue avec le Dr Stephen Birch, économiste de la santé de l'Université McMaster, qui a une longue expérience de la planification fondée sur les besoins, a participé à l'élaboration du cadre proposé pancanadien et a bien voulu nous faire part de ses idées sur les possibilités et les défis nouveaux.

*Gail Tomblin Murphy
Juin 2005*

¹ Le cadre proposé pancanadien repose sur le cadre conceptuel des RHS créé par Linda O'Brien-Pallas, Gail Tomblin Murphy, Stephen Birch et Andrea Baumann (2001). Cadre d'analyse des ressources humaines en santé (p. 8). Institut canadien d'information sur la santé. *Développement futur pour appuyer la gestion des ressources en soins infirmiers*. Ottawa : ICIS, 2001.



Équité et ressources humaines en santé : le Canada et « l'exode des cerveaux » de l'Afrique subsaharienne

Chercheur principal :

Dr Ronald Labonte (Université d'Ottawa)

Co-chercheurs : Dr Thomas McIntosh (Université de Regina);

Dr Arminée Kazanjian, (Université de la Colombie-Britannique); Dr Jonathan Crush (Université Queen's);

Dr David Zakus (Université de Toronto)

L'exode des professionnels de la santé – beaucoup émigrent vers des pays à revenu élevé comme le Canada – mine les systèmes de santé déjà fragiles de l'Afrique subsaharienne. Dans le cadre de cette étude, les chercheurs analysent les causes, les conséquences et les options stratégiques liées à l'immigration des professionnels de la santé dans l'optique canadienne afin de s'assurer que cette immigration n'entraîne pas une augmentation des inégalités entre les pays sur le plan de la santé. La recherche consiste à évaluer les données nécessaires pour estimer les avantages et les coûts de la migration, à effectuer des entrevues avec des professionnels de la santé formés à l'étranger qui pratiquent au Canada, ainsi qu'avec des intervenants des milieux stratégiques et professionnels, et à organiser des colloques stratégiques (prévus pour l'automne 2005) afin de débattre de moyens de gérer la migration de façon à établir un équilibre entre les droits individuels et collectifs, les obligations internationales et l'impératif éthique qui consiste à améliorer l'équité et la santé dans le monde.

Ce projet a reçu une subvention pour projet pilote de recherche en santé mondiale des IRSC.

Activité dans la population active, offre de main-d'oeuvre et aidants non rémunérés au Canada

Chercheuse principale : Meredith B. Lilly (candidate au doctorat) (Université de Toronto)

Co-chercheurs : Dr Audrey Laporte et Dr Peter C. Coyte (Université de Toronto); Dr Pat Armstrong (Université York)

À mesure que les soins médicaux passent de plus en plus de l'hôpital vers le domicile, la responsabilité à l'égard des soins évolue aussi pour passer de l'État et des soignants rémunérés à la famille et aux aidants non rémunérés. Cette étude porte avant tout sur le lien entre les aidants non rémunérés et l'offre de main-d'oeuvre au Canada. On analyse, en se fondant sur les enquêtes sociales générales de 1996 et 2002 de Statistique Canada, les facteurs économiques, sociaux, géographiques et sanitaires qui jouent sur les décisions de chaque aidant en ce qui a trait à l'offre de main-d'oeuvre. On peut utiliser les résultats du projet pour éclairer des enjeux stratégiques comme l'aide financière aux aidants non rémunérés, les pertes financières subies par les familles aidantes et l'influence de la restructuration des soins de santé sur la rémunération de la main-d'oeuvre.

Meredith B. Lilly bénéficie d'une bourse de recherche au doctorat de l'IV, de l'ISPS et de l'ISFH des IRSC.



Entrevue avec le Dr Stephen Birch

Le
Dr Stephen Birch
est professeur au

Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, ainsi que membre du Centre d'analyse de la politique et de l'économie de la santé et de l'Institut pour l'environnement et la santé, tous deux hébergés à l'Université McMaster.

Sa vaste expérience de l'évaluation de modèles de financement et de prestation des soins de santé comprend l'élaboration de stratégies de répartition des ressources de la santé fondées sur les besoins, l'évaluation d'autres modes de prestation des soins primaires en Ontario et l'analyse d'autres modes de rémunération pour la prestation et les soins dentaires primaires. Il est l'auteur de nombreux rapports influents sur la planification des ressources humaines en santé au Canada, y a contribué par son expertise et a fait fonction d'expert-conseil en politiques sur les ressources humaines en santé auprès de l'OMS et de la Banque mondiale.

Q. Vous avez commencé au milieu des années 80 à publier au sujet de la planification fondée sur les besoins. Comment a-t-on réagi à l'époque?

J'ai commencé à travailler dans ce domaine au R.-U. À mon arrivée au Canada en 1988, tout ce qu'on disait au sujet du meilleur système de santé au monde, le système canadien, reposait sur des comparaisons avec les États-Unis, ce qui m'a intrigué. Les chercheurs affirmaient que nous étions parvenus à l'équité, compte tenu de l'élimination apparente du gradient social (qui fait que les riches reçoivent plus de soins que les pauvres) dans les soins médicaux primaires. Ce n'est toutefois pas très bon si les besoins ne demeurent pas stables entre les différents groupes sociaux. Si les pauvres ont des besoins plus importants, on souhaiterait qu'ils utilisent davantage les services, et nos observations révélaient que ce n'était pas le cas.

Nous n'avions donc pas vraiment réglé le problème de l'iniquité – tout ce que nous avons fait en réalité, c'était éliminer le paiement au point de service. Ce n'est toutefois pas le seul élément qui détermine si l'on obtient ou non des soins de santé lorsqu'on en a besoin. La

disponibilité et la structure de prestation des services sont aussi très importantes.

C'est ce qui nous a amenés en réalité à dire que la répartition des ressources doit correspondre aux besoins relatifs de la population. Cette affirmation a coïncidé avec une tentative de réforme des soins primaires en Ontario, dans le cadre de laquelle nous avons recommandé une stratégie fondée sur les besoins pour financer différentes collectivités dans le contexte d'un programme pilote pour les organisations de médecine globale. L'Ontario a annulé le programme avant qu'il commence, mais le ministère de la Santé de la Saskatchewan a repris notre travail et m'a ensuite demandé de participer à l'élaboration d'une formule de financement fondée sur les besoins, qui a été mise en œuvre et qui demeure en vigueur.

Q. Pouvez-vous me parler du cadre analytique que vos collègues et vous êtes en train de créer?

Dans le passé, la planification des ressources humaines en santé reposait en grande partie sur le nombre de prestataires par habitant disponibles au moment en question, l'estimation de la croissance de la population et l'application du ratio habitants:prestataire à la population future projetée (parfois ajusté selon l'âge) afin de déterminer le nombre de prestataires dont nous aurons besoin à l'avenir. Cette formule suppose que tout est fixé dans le temps, sauf la grosseur de la population et sa répartition selon l'âge, ce qui n'est bien entendu pas le cas.

Ce que nous avons essayé de faire, c'est intégrer un volet besoins qui est indépendant de l'utilisation courante des services. Là où des modèles antérieurs comportaient deux éléments constituants, soit la taille de la population et le ratio habitants:prestataire, nous avons développé ce ratio habitants:prestataire en trois éléments constituants qui sont la productivité des prestataires, c.-à-d. le nombre d'actes de service par prestataire, les besoins de la population et le niveau des services par unité de besoin, c.-à-d. la façon de répondre aux besoins en question.

Cela signifie que nous pouvons répartir ce qui se passe dans le cas de l'offre de prestataires : dans quelle mesure l'augmentation du nombre de médecins ou d'infirmières reflète-t-elle une

augmentation de la population, de ses besoins ou du niveau de service affecté au même niveau de besoins? Et dans quelle mesure est-ce justifié?

Q. Dans quelle mesure vos outils actuels sont-ils efficaces pour la planification fondée sur les besoins? Quelles sont les lacunes selon vous?

Nous devons faire attention de ne pas passer tout notre temps à des niveaux très microéconomiques. Ce que nous essayons de dire, c'est que peu importe le montant que nous décidons de consacrer aux soins de santé – et il s'agit là d'une décision politique – nous voulons alors nous assurer d'affecter les ressources en question en fonction des besoins relatifs. Si ces ressources sont utilisées de façon efficace, elles auront alors de grandes répercussions sur la santé de la population. C'est sur cet aspect à mon avis que nous devons concentrer notre attention.

Nous avons des paramètres de mesure assez convenables pour le moment. Nous ne sommes peut-être pas parfaits, mais il y a toujours le compromis à faire entre utiliser des mesures raisonnables qui pourraient ne pas être parfaites mais reposent sur des données recueillies périodiquement et qui sont indépendantes de la prestation de services, et ne rien faire pendant que nous continuons d'essayer de mettre au point de meilleurs paramètres de mesure. Il est tentant de dire que nous avons besoin de meilleures mesures, mais comment les obtenir et à quel prix? Jusqu'à quel point demeureront-elles indépendantes de la prestation de services?

Q. Qu'est-ce que vous considérez comme le plus gros obstacle à la mise en œuvre au Canada d'une stratégie de planification des RHS fondée sur les besoins?

Je pense que la majeure partie de notre planification qui porte sur les professionnels de la santé se fait en cloisonnement. Nous planifions des effectifs médicaux ou infirmiers au lieu de planifier des services. Cette planification a tendance à être indépendante d'autres aspects des soins de santé.

Un exemple que j'utilise souvent provient de l'Ontario où l'on affirmait, dans un rapport publié il y a neuf ou dix ans, qu'il y avait trop de

lits d'hôpitaux. On en a réduit le nombre de 20 % à peu près du jour au lendemain, mais on n'a tenu compte d'aucune des répercussions de cette décision sur les ressources humaines en santé. On a imposé une réduction générale du nombre de lits d'hôpitaux, la lourdeur des cas hospitalisés a augmenté, la durée des séjours a diminué, mais les ressources par jour-patient accordées aux hôpitaux pour faire face à ces cas plus lourds n'ont pas véritablement augmenté. La charge de travail des infirmières a donc explosé, et on ne les pas appuyées par d'autres ressources, ce qui a provoqué l'épuisement du personnel infirmier.

La planification des ressources humaines en santé doit constituer un processus continu et itératif. Ce qui se passe plutôt, c'est que chaque fois que nous pensons faire face à une crise, nous créons un comité d'étude des RHS. Ce n'est pas un comité permanent, ni une activité continue et itérative. Pour planifier la formation de futurs prestataires, nous devons toutefois deviner l'avenir. Parfois, nous y réussissons bien et parfois, nous réussissons mal. Un processus continu nous permet toutefois d'ajouter de nouveaux renseignements et d'adapter continuellement nos plans.

La question que nous posons porte sur le nombre de médecins dont nous aurons besoin à l'avenir. Ce qu'il faut toutefois nous demander, c'est de combien de médecins nous aurons besoin à l'avenir pour faire quoi, à qui et comment (p. ex. avec quelles ressources complémentaires). Nous n'avons jamais posé la question en réalité.

Q. Les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral reconnaissent depuis les années 80 l'avantage qu'offre une planification fondée sur les besoins. Pourquoi est-ce maintenant seulement que nous envisageons un cadre pancanadien axé sur cet aspect?

C'est notamment parce que les stratégies fondées sur les besoins ne sont pas nécessairement dans le meilleur intérêt des groupes de prestataires, compte tenu particulièrement de la façon dont les gouvernements pourraient envisager de les mettre en oeuvre. Lorsque les gouvernements décident de réformer la rémunération des médecins, ils ont tendance à le faire au moment

où ils cherchent à réduire les coûts. Le scepticisme des prestataires n'est donc pas irraisonnable.

La rémunération que nous devrions accorder à un médecin est distincte du mode de rémunération que nous devrions pratiquer. Mais si les prestataires pensent qu'on met en oeuvre un régime différent afin de réduire leur rémunération, ils vont réagir. C'est en partie ce qui a retenu ces réformes jusqu'à maintenant dans un grand nombre d'administrations : on a tendance à proposer la réforme au moment où les ministères ou les gouvernements cherchent à ralentir l'augmentation des dépenses de santé ou à les réduire en fait.

Q. Pensez-vous que nous approchons de la mise en oeuvre de stratégies fondées sur les besoins au Canada? Ou s'agit-il encore surtout de belles paroles? Y a-t-il de véritables partenariats dans des projets de recherche entre chercheurs et décideurs dans le domaine des services de santé pour essayer de répondre aux besoins?

Je pense qu'on s'intéresse de plus en plus aux stratégies fondées sur les besoins, mais l'intérêt est divisé. Une partie de l'intérêt en question est attribuable au principe – c'est la voie que nous devrions emprunter – mais d'autres souhaitent réduire les dépenses. Si nous planifions ainsi pour épargner de l'argent, ça ne marchera pas parce que l'on réagira à cette façon de procéder.

Le défi réside en partie dans le fait que les décideurs souhaiteraient idéalement une solution rapide et facile. C'est évidemment ce que nous souhaitons tous. Beaucoup de ces problèmes n'ont pas de solution rapide et facile. Les données que nous analysons pour établir des stratégies fondées sur les besoins sont médiocres – pour mieux faire, il faudrait investir considérablement dans de nouveaux types de collecte de données. C'est toutefois difficile à vendre aux politiciens qui cherchent des solutions rapides – ce n'est pas toujours la façon de procéder la plus facile.

L'information et le temps constituent à mon avis les principaux défis parce que je n'ai entendu personne affirmer que la stratégie fondée sur les besoins est mauvaise. J'ai toutefois entendu une foule de gens déclarer que la stratégie fondée sur les besoins est bien

belle, mais qu'elle n'est pas pratique ou qu'elle soulèverait tellement de problèmes que l'effort n'en vaut pas la peine. Si nous voulons une politique qui soulève une foule de problèmes, il suffit de penser à une stratégie de planification fondée sur les services qui a causé des problèmes interminables pendant des décennies! Devons-nous continuer à nous débrouiller tant bien que mal avec quelque chose de simple et de mauvais? Ou voulons-nous essayer d'établir un système plus logique, mais qui exigera un peu plus de réflexion, de temps et d'investissement?

Travailleurs en soins de longue durée et milieux de travail : comparaison entre le Canada et l'Europe du Nord

Chercheure principale : D^{re} Pat Armstrong (Université York), titulaire de la chaire FCSS-IRSC en recherche sur les services de santé en soins infirmiers

Co-chercheurs : D^r Hugh Armstrong (Université Carleton); D^{re} Tamara Daly (Université York); D^r Michael Ornstein (Université York); D^r Aleck Ostry (Université de la Colombie-Britannique)

Ce sondage comparatif réalisé auprès de travailleurs en soins de longue durée syndiqués réunit des chercheurs et des partenaires collaborateurs du Canada et de l'Europe du Nord (Suède, Danemark, Finlande et Norvège). L'équipe du Canada vise à conjuguer ses efforts à ceux de l'équipe européenne afin de distribuer le sondage aux travailleurs en soins de longue durée de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Nouveau-Brunswick. L'instrument d'enquête porte sur l'organisation des soins, les conditions de travail, le contenu de la journée de travail et les expériences que les travailleurs ont du travail rémunéré et non rémunéré, et comporte une convergence particulière sur la problématique hommes-femmes.

Ce projet est financé dans le cadre du Programme de possibilités internationales des IRSC comme projet ponctuel de recherche en collaboration.

Renforcer les effectifs médicaux dans les régions rurales du Canada : le rôle de la formation en médecine en milieu rural et du Nord

Chercheur principal : D^r Raymond W. Pong (Université Laurentienne)

Co-chercheurs : D^r Stephen Bornstein, D^r Vernon Curran et D^r Michael Jong (Université Memorial de Terre-Neuve); John Hogenbirk, D^r Geoffrey Tesson et Roger Strasser (Université Laurentienne)

Les pénuries de médecins dans les collectivités rurales, éloignées et du Nord constituent un problème omniprésent, persistant et compliqué au Canada. Les gouvernements ont essayé divers moyens d'encourager les médecins à travailler dans les régions mal desservies, avec divers degrés de succès. La formation en médecine est de plus en plus considérée comme une solution.

Cette étude, qui constitue un effort de collaboration entre des chercheurs du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord de l'Université Laurentienne et ceux de l'Université Memorial de Terre-Neuve, a porté sur le rôle de l'éducation en médecine dans la lutte contre ce problème. On a posé comme hypothèse que les effectifs médicaux des régions rurales et du Nord constituaient le résultat cumulatif de décisions prises par des étudiants au niveau pré-médical, des stagiaires en médecine et des médecins actifs à divers « points de choix » de leur formation et de leur carrière professionnelle.

Le premier volet de l'étude a consisté en une étude détaillée et une synthèse des publications afin de déterminer ce que l'on sait et ne sait pas. Le deuxième volet a consisté à analyser l'édition 2001 du Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale. Cette analyse a montré que les médecins ruraux et urbains présentent des différences

importantes. Les médecins ruraux, par exemple, ont tendance à avoir un champ d'exercice beaucoup plus vaste et à travailler dans un plus grand nombre de contextes de pratique. Ces constatations pourraient aider à orienter les programmes de formation en médecine et la façon dont on prépare les médecins à pratiquer en milieu rural.

Dans le cadre des troisième et quatrième volets, les chercheurs ont étudié la façon de concevoir les programmes de formation en médecine en milieu rural et du Nord. On a sondé des facultés de médecine du Canada pour déterminer ce qu'elles faisaient dans le domaine de la formation en médecine en milieu rural et du Nord. On a en outre interviewé les principaux administrateurs de plusieurs programmes de formation en médecine en milieu rural en Australie, au Canada et aux États-Unis. Les résultats indiquent qu'il faut adopter de multiples stratégies afin de viser des stades différents de la formation en médecine. Ces stratégies consistent notamment à encourager les jeunes ruraux à faire carrière en médecine, à modifier les mécanismes d'admission afin d'accorder une attention spéciale aux candidats d'origine rurale, à développer des aspects importants de la formation en médecine en contexte rural d'exercice de la médecine, à mettre l'accent sur les soins primaires et à appuyer un réseau de plus en plus étendu de médecins ruraux qui agissent comme précepteurs auprès d'étudiants en médecine et de résidents.

Le projet a reçu une subvention du programme Collectivités en santé grâce à la recherche en santé dans les milieux ruraux des IRSC.

Suivre le rôle de l'équité professionnelle dans le travail des médecins

Chercheurs principaux : D^r Allen M. Backman, D^r Roy Dobson, D^r David Keegan et D^r Rein Lepnum (Université de la Saskatchewan)

Les professionnels de la santé travaillent plus fort et passent plus de temps à négocier pour obtenir des ressources afin de bien faire leur travail. Par ailleurs, les attentes relatives à la qualité de leur rendement, conjuguées aux exigences relatives à la documentation et à la responsabilisation, atteignent un sommet record. Pour certains professionnels, le fait de travailler plus fort produit un plus grand sentiment de

réalisation, de reconnaissance par les pairs, ainsi que des avantages financiers accrus. Pour d'autres, le fait de travailler plus fort n'a pas produit les récompenses escomptées. Nous posons comme hypothèse que les médecins qui parviennent à établir un équilibre équitable entre les fonctions et les récompenses, grâce à leur capacité à répartir leur temps et à gérer la structure de leur pratique, atteindront des niveaux élevés de satisfaction professionnelle.

Le projet bénéficie d'une subvention de fonctionnement des IRSC.

Comprendre les coûts et les résultats du roulement du personnel infirmier dans les hôpitaux canadiens

Chercheuses principales : D^{re} Linda O'Brien Pallas (Université de Toronto), titulaire de la chaire nationale FCRSS-IRSC sur les ressources humaines en santé et en sciences infirmières; D^{re} Gail Tomblin Murphy (Université Dalhousie); D^{re} Judith Shamian (Ordre des infirmières de Victoria, Canada).

Les gouvernements ont d'importants défis à relever afin de s'assurer que suffisamment de services infirmiers soient fournis pour répondre aux besoins de la population et atteindre les buts du système de santé. Il est crucial de comprendre les facteurs liés au roulement afin de concevoir des mécanismes et des politiques efficaces de recrutement du personnel infirmier et de maintien des effectifs.

Ce projet vise à déterminer comment le taux et l'intensité du roulement du personnel infirmier (perte de capital humain que l'on connaît lorsque des infirmières expérimentées partent et perte de productivité lorsque l'on forme de nouvelles recrues) ont des effets sur la satisfaction et la sécurité des patients, la satisfaction, la santé et la sécurité du personnel infirmier et les résultats du système (coûts du roulement) en milieu hospitalier.

Ce projet constituera le volet canadien d'une étude internationale sur le roulement du personnel infirmier en cours dans six pays : Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Écosse, Royaume-Uni et États-Unis. On a prévu une aide et un engagement financiers importants provenant d'organismes de soins de santé des 10 provinces, de commanditaires tiers, des gouvernements provinciaux et d'organismes subventionnaires provinciaux.

On recueillera des données au niveau des infirmières, des patients, des unités et des hôpitaux en deux temps. Chaque volet d'une durée de trois mois se déroulera à 12 mois d'intervalle. On analysera les données en utilisant a) un plan longitudinal à niveaux multiples pour mesurer les effets du roulement et d'autres intrants/extrants sur les résultats pour les patients, le personnel infirmier et le système, et b) une modélisation par simulation pour analyser les résultats sur des unités et des systèmes et explorer des interventions possibles. Au Canada, 185 unités de 43 hôpitaux des 10 provinces recueillent actuellement des données pour le volet 1. La collecte des données du volet 2 commencera en mars 2006. Un rapport final sera disponible en mars 2007.

Le projet constituera un outil important pour mesurer les coûts de roulement du personnel infirmier au Canada et contribuera aussi aux activités de mobilisation en RHS en cours à l'Unité de recherche sur les services de santé en soins infirmiers à l'Université de Toronto et dans des universités partenaires. Grâce à ces liens étroits avec des partenaires décisionnels, on s'attend à ce que les résultats du projet soient intégrés rapidement aux politiques à tous les échelons.

Ce projet a été subventionné à l'origine dans le cadre du concours ouvert de subventions de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, concours qui a été transféré depuis aux IRSC.

Main-d'oeuvre en médecine au Canada : une analyse de cohorte

Chercheur principal : D^r Jeremiah Hurley (Université McMaster)

Co-chercheurs : D^r Sung-Hee Jeon, D^r Thomas Crossley, D^r Brian Hutchison (Université McMaster); Owen Adams et Shelley Martin (Association médicale canadienne)

À partir de données tirées du Sondage national auprès des médecins réalisé par l'Association médicale canadienne, les chercheurs cherchent à comprendre l'importance relative de différents facteurs qui sous-tendent les changements au niveau des heures que les médecins de famille du Canada consacrent aux soins directs aux patients. Nous avons

constaté que les médecins de sexe masculin qui ont obtenu leur diplôme au cours des années 80 et 90 consacrent moins d'heures aux soins directs aux patients que ceux qui l'ont obtenu au cours des années 50 et 60. On n'observe toutefois pas ces différences entre cohortes chez les femmes médecins. En moyenne, tous les médecins à temps plein de toutes les provinces, sans égard à l'âge ou à la date d'obtention de leur diplôme, ont réduit leurs heures de soins directs aux patients au cours des années 80 et 90.

Ce projet bénéficie d'une subvention de fonctionnement des IRSC.

Trajectoires de la maladie mentale dans une cohorte de travailleurs de la santé

Chercheuse principale : D^{re} Mieke Koehoorn (Université de la Colombie-Britannique)

Co-chercheurs : M. Fan Xu, D^r Clyde Hertzman et D^r Aleck Ostry (Université de la Colombie-Britannique); D^r Donald Cole et D^r Selahadin Ibrahim (Institut pour le travail et la santé)

La restructuration des systèmes de prestation, une grave pénurie de personnel infirmier et des problèmes de recrutement et de maintien des effectifs sont à l'origine de défis et de pressions sans précédent auxquels doivent faire face les travailleurs de la santé du système de santé du Canada. La recherche a démontré l'existence de liens entre les exigences du milieu de travail et l'état de santé des travailleurs de la santé, y compris le risque de traumatisme, l'état de santé autoévalué, l'absentéisme et la maladie mentale.

L'OMS considère la maladie mentale comme l'un des plus importants facteurs qui contribuent à l'incapacité dans le monde. On a toutefois démontré que la détection et l'intervention rapides réduisent la gravité et la complexité de la maladie mentale, ainsi que le fardeau qu'elle impose. Cette étude visait à analyser la maladie mentale dans une cohorte de travailleurs de la santé et les liens entre ces tendances morbides et les caractéristiques du travail.

Dans le cadre de cette étude de cohorte rétrospective, on a établi un lien entre les dossiers d'employés existants, les dossiers de facturation des soins de santé de la province, les dossiers d'hospitalisation et les dossiers d'assurance-maladie complémentaire afin d'étudier la maladie mentale chez les travailleurs de la santé. Les chercheurs ont réalisé des analyses longitudinales pour établir cinq trajectoires de la maladie

mentale : aucune maladie mentale au cours du suivi (78 % de la population à l'étude), maladie mentale chronique (4 %), maladie mentale à la hausse (5 %), maladie mentale à la baisse (8 %) et un « épisode » de maladie mentale (5 %). La population à l'étude incluait du personnel infirmier et des travailleurs de soutien syndiqués oeuvrant dans le secteur des soins actifs de l'industrie des soins de santé de la Colombie-Britannique depuis au moins trois ans, entre 1992 et 2000.

On a établi un lien entre la maladie mentale chronique et le fait d'être membre de services de soutien, la régie de la santé où travaillait l'employé en cause, ainsi que le fait d'être une femme et d'être une personne âgée. On a aussi établi un lien entre le fait de faire partie de la trajectoire de la maladie mentale à la hausse et celui d'être membre de services de soutien, en particulier dans une régie de la santé, et celui d'être femme. Il n'y avait plus de lien avec l'âge, mais il y en avait avec le fait de vivre dans le quartier le plus pauvre sur le plan socioéconomique.

Produites en collaboration avec des intervenants de l'industrie des soins de santé, les constatations tirées de cette recherche aideront à orienter la prestation de ressources en santé mentale aux travailleurs de la santé exposés aux maladies mentales. D'autres travaux porteront sur des caractéristiques précises du milieu de travail comme la charge de travail et l'évolution du contexte financier et leur effet sur les résultats liés à la santé mentale chez les travailleurs.

Ce projet a reçu une subvention de fonctionnement des IRSC.

Apprendre à comprendre les stratégies de calcul du coût de revient utilisées en soins infirmiers

Chercheuse principale :

D^{re} Linda McGillis Hall (Université de Toronto)

Co-chercheurs : D^r George H. Pink

(Université de la Caroline du Nord);

D^r Ian McKillop (Université de Waterloo);

D^{re} Linda O'Brien-Pallas (Université de

Toronto); Donna Thomson (Hôpital St. Peter's, Hamilton)

Pendant la fin des années 90, des changements au système de santé qui visaient à réduire les coûts hospitaliers ont entraîné de nombreuses initiatives de restructuration des

milieux de travail du personnel infirmier. Ces initiatives ont inclus les fusions, la réingénierie, le changement des emplois, l'établissement d'alliances stratégiques entre hôpitaux et la décroissance. Cette étude visait notamment à définir les stratégies utilisées dans les hôpitaux de l'Ontario pour restabiliser les effectifs infirmiers dans le sillage de cette période de restructuration.

On a sondé les dirigeants des soins infirmiers de 120 hôpitaux de soins actifs pour adultes de l'Ontario en 2002 pour : a) définir les

stratégies de calcul du coût de revient des services infirmiers à la suite de la restructuration et b) définir les processus utilisés pour renforcer les effectifs infirmiers une fois la restructuration terminée.

Les stratégies de restructuration les plus courantes ont consisté à modifier la composition du personnel infirmier par des licenciements, en offrant aux infirmières chevronnées des mesures de départ volontaire à la retraite, en donnant une formation polyvalente aux infirmières autorisées et

Continue sur la page 8

Suite de la page 7

membres du personnel volant pour leur permettre de travailler dans d'autres domaines cliniques, en réduisant le nombre d'infirmières à plein temps, en augmentant le recours au personnel infirmier d'agences et à temps partiel, occasionnel, temporaire et aux travailleurs non réglementés.

Des initiatives convergentes visant à reconstruire les effectifs infirmiers à la suite de la restructuration ont inclus des tentatives visant à augmenter l'emploi d'infirmières à temps plein et à améliorer le rôle de soutien des infirmières en place dans le système de santé. Au moment où les dirigeantes infirmières doivent relever le défi posé par la responsabilisation, on a établi des mécanismes de surveillance des coûts infirmiers dans le cadre desquels on analyse l'absentéisme, les niveaux de dotation, les demandes d'indemnisation pour accidents du

travail, le temps supplémentaire, le roulement et les vacances. Même si tous ces aspects sont importants à évaluer, il est impératif d'établir une perspective plus équilibrée à l'avenir. Pour les dirigeantes infirmières et les gestionnaires, le défi consistera à établir un équilibre entre le contrôle des dépenses infirmières qui portent avant tout sur des résultats de coûts négatifs (p. ex. utilisation du temps supplémentaire, taux d'absentéisme, réclamations liées à la sécurité) et des résultats de coûts plus positifs (p. ex. formation continue, remboursement de cours suivis qui mènent à un diplôme, bourses de recherche et d'études), qui contribuent à améliorer l'évolution de l'état de santé des patients et le maintien en poste du personnel infirmier.

Ce projet a reçu une subvention de fonctionnement des IRSC.

MANDAT DE L'ISPS

L'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) s'engage à appuyer des initiatives en matière de recherche innovatrice, de renforcement des capacités et d'application des connaissances conçues pour améliorer l'organisation, la réglementation, la gestion, le financement, le paiement, l'utilisation et la prestation des services de soins de santé, dans le but d'améliorer la santé et la qualité de vie de toute la population canadienne.

Personnel de l'ISPS

Morris Barer,
directeur scientifique
Tél. : (604) 222- 6872
Télé. : (604) 224-8635
mbarer@ihspr.ubc.ca

Diane Watson,
directrice adjointe
Tél. : (604) 222-6871
Télé. : (604) 224-8635
dwatson@ihspr.ubc.ca

Craig Larsen,
gestionnaire de l'Institut
Tél. : (604) 222-6874
Télé. : (604) 224-8635
clarsen@ihspr.ubc.ca

Heidi Matkovich,
associée, Communications
et application des
connaissances
Tél. : (604) 222-6870
Télé. : (604) 224-8635
hmatkovich@ihspr.ubc.ca

Lindsay Hedden,
agente de projets spéciaux
Tél. : (604) 222-6873
Télé. : (604) 224-8635
lhedden@ihspr.ubc.ca

Shareen Khan,
adjointe, Finance et
administration
Tél. : (604) 222-6875
Télé. : (604) 224-8635

IRSC – Ottawa

Michelle Gagnon,
directrice adjointe
Partenariats et application
des connaissances
Tél. : (613) 952-4538
Télé. : (613) 941-1040
mgagnon@irsc-cihr.gc.ca

Michèle O'Rourke,
associée, Initiatives stratégiques
Tél. : (613) 952-4539
Télé. : (613) 941-1040
morourke@irsc-cihr.gc.ca

Kim Gaudreau,
agente de projets
Tél. : (613) 957-6128
Télé. : (613) 941-1040
kgaudreau@irsc-cihr.gc.ca