



MODERNISER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ AU CANADA :

déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement

SOMMAIRE

Rapport d'un sommet national

23 juin 2005



À PROPOS DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Le Conseil canadien de la santé a été créé à la suite de la conclusion de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Il est chargé de surveiller les progrès réalisés dans le renouveau des soins au Canada, notamment dans les secteurs décrits par cet accord et par le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé. Son but est de dresser un tableau à l'échelle du système de la réforme des services de santé à l'intention du public canadien, plus particulièrement sous l'angle des comptes à rendre et de la transparence.

Les secteurs de compétence participants y ont délégué des membres qui représentent leurs gouvernements respectifs et d'autres qui jouissent d'une compétence et d'une vaste expérience dans des domaines comme les suivants : santé communautaire, santé des Autochtones, soins infirmiers, éducation sanitaire, administration et finances, médecine et pharmacie. Ce sont la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le gouvernement fédéral. Financé par Santé Canada, le Conseil exerce son activité à titre d'organisme indépendant sans but lucratif et les ministres de la Santé des secteurs de compétence participants y sont représentés.

MEMBRES DU CONSEIL*

Représentants du gouvernement

M. John Abbott
Terre-Neuve-et-Labrador

M. Bernie Blais
Nunavut

M. Duncan Fisher
Saskatchewan

M. Albert Fogarty
Île-du-Prince-Édouard

D^r Alex Gillis
Nouvelle-Écosse

M^{me} Donna Hogan
Yukon

M. Michel C. Leger
Nouveau-Brunswick

M^{me} Lyn McLeod
Ontario

M. Bob Nakagawa
Canada

M^{me} Elizabeth Snider
Territoires du Nord-Ouest

M^{me} Patti Sullivan
Manitoba

D^r Les Vertesi
Colombie-Britannique

Autres représentants

D^{re} Jeanne Besner (vice-présidente)

D^r Ian Bowmer

M^{me} Nellie Cournoyea

M. Michael Decter (président)

M. Jean-Guy Finn

M^{me} Simone Comeau Geddry

D^{re} Nuala Kenny

M. Jose Kusugak

M. Steven Lewis

D^{re} Danielle Martin

D^r Robert McMurtry

M. George Morfitt

M^{me} Verda Petry

D^r Brian Postl (en congé)

*Membres en octobre 2005

SOMMAIRE

Le 23 juin 2005, le Conseil canadien de la santé a réuni plus de 120 grands intervenants du domaine de la santé pour un examen de ce qui, à ses yeux, constitue le défi le plus pressant à relever pour notre système de santé, celui des ressources humaines. Plus d'un million de gens travaillent dans ce système, assurant les soins quotidiens à la population. Ils en forment l'épine dorsale. La prestation de services de santé accessibles et de grande qualité dépend de la présence au bon endroit des bonnes personnes aux bonnes compétences.

Les premiers ministres ont reconnu l'importance des ressources humaines en santé (RHS) dans leurs accords de 2003 et 2004 visant au renouvellement des soins de santé. Dans le cadre de stratégies de diminution des temps d'attente et d'augmentation de l'accès aux services de santé, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont pris de grands engagements en matière de réforme des effectifs de la santé. Ils se sont entendus pour :

- veiller à ce que la bonne information soit disponible pour le soutien d'une planification nationale des ressources humaines en santé;
- créer pour les soignants des possibilités d'apprentissage et de travail dans des équipes interprofessionnelles;
- s'assurer que toutes les régions du pays peuvent compter sur une offre suffisante de main-d'œuvre professionnelle;
- rendre compte à la population d'ici le 31 décembre 2005 de leurs plans d'action avec des objectifs de formation, de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé.

Pour moderniser tout ce qui est formation et mobilisation des professionnels de la santé dans leurs tâches essentielles, il faut une collaboration et une coordination entre les grands intervenants, qu'il s'agisse des universités, des collèges, des organismes de réglementation, des employeurs, des syndicats, des associations professionnelles ou des gouvernements. Le Conseil canadien de la santé a organisé ce sommet sur les ressources humaines de la santé surtout dans une quête de solutions pratiques pour le court terme. Dans le présent rapport, nous tentons de présenter le débat animé qui a eu lieu et les exemples inspirants d'innovation qui ont été donnés à cette tribune, et ce, selon quatre domaines thématiques. Le Conseil a élaboré des recommandations à la suite de cette rencontre. Nous avons sollicité la rétroaction des participants au sujet d'une version antérieure de ce rapport – et en avons été récompensés par une abondance de réponses –, mais nous n'avons pas cherché à faire avaliser le document par quelque personne ou organisme que ce soit. Le Conseil assume toute la responsabilité de la synthèse des discussions et des recommandations.

Les participants ont manifesté un bel appétit pour tout progrès, mais aussi une bonne mesure de frustration causée par la lenteur du changement. Bien des stratégies mises en évidence n'ont rien de nouveau, mais du dialogue qui s'est engagé, il ressort un intérêt collectif pour la poursuite de l'examen des questions essentielles : épuisement professionnel, pénurie et répartition inéquitable des soignants, obstacles structurels à la réforme de la prestation des services, cloisonnement des activités de planification au pays, etc.

Tout au long du sommet, les participants ont demandé de meilleurs mécanismes d'échange des connaissances tirées de l'expérience qui se vit au Canada et à l'étranger. On avait le fort sentiment que les nouveautés abondaient, mais que les planificateurs, les éducateurs et les soignants éprouaient la frustration de ne pas avoir facilement accès à cette information. Avec ce problème, il y avait la nécessité de conférer plus de rigueur à la recherche en évaluation afin de comprendre pourquoi l'innovation réussit ou échoue et comment cette réussite ou cet échec influe sur les résultats des patients à terme. Pour une telle recherche, il faut une meilleure collecte de données, une analyse rapide de cette information et des définitions communes, de sorte que l'on puisse plus facilement comparer les résultats des activités menées dans les divers secteurs de compétence. Nous avons besoin d'une telle recherche pour bien voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans les grands systèmes. Il ne s'agit toutefois pas d'attendre tout simplement les réponses. Il existe un certain nombre de modèles prometteurs que le pays a intérêt à regarder d'ores et déjà.

Recommandations

En nous fondant sur les engagements déjà pris en matière de financement et de réforme, nous avons fixé un certain nombre d'objectifs bien précis qui, selon nous, seraient réalisables dans un horizon de deux à cinq ans. Le Conseil convient qu'il se fait déjà de grands efforts pour la réalisation de beaucoup de ces objectifs, mais qu'il faut néanmoins en appeler aux gouvernements, aux associations professionnelles, aux organismes de réglementation, aux employeurs, aux syndicats et aux éducateurs pour qu'ils aillent plus loin, travaillent de concert et tâchent avec nous de faire connaître les progrès réalisés à la population. Pour la suite à donner à chacune de ces recommandations, il faut une collaboration des grands intervenants, mais un leadership dynamique est tout aussi essentiel.

1) Multiplier les possibilités de formation interprofessionnelle et de pratique en collaboration après le diplôme.

Responsabilités principales :

- les universités et les collèges doivent concevoir de nouveaux programmes;
- les gouvernements doivent financer des programmes;
- les employeurs et les syndicats doivent créer des conditions de travail propices à l'interprofessionnalisme.

D'ici 2008,

- a. chacun des programmes universitaires en sciences de la santé au Canada devrait donner une formation interprofessionnelle par une collaboration des disciplines en cause;
- b. on devrait disposer d'encouragements comme les subventions aux frais de scolarité pour inciter les étudiants et les stagiaires après le diplôme à s'inscrire à des programmes de formation interprofessionnelle;
- c. on devrait créer un fonds de la pratique en collaboration pour permettre aux établissements de soins primaires d'assurer des soins et une formation interprofessionnels de grande qualité (par le financement, par exemple, de mentorats

et d'un soutien logistique dans le cas des frais de transport en région rurale et de la technologie de l'information);

- d. tous les professionnels de la santé – tant les nouveaux diplômés que les professionnels en place – devraient pouvoir faire des stages de collaboration interprofessionnelle en milieu clinique.

2) Créer plus d'étapes de formation et d'autorisation dans les cheminements de carrière en santé

Responsabilités principales :

- les universités et les collèges doivent concevoir et réaliser des programmes;
- les gouvernements doivent financer des programmes;
- les organismes de réglementation doivent collaborer avec les établissements d'enseignement et les associations professionnelles à la conception et à l'acceptation de nouveaux titres de compétence;
- les employeurs et les syndicats doivent adopter de nouveaux rôles pour les soignants.

D'ici 2010,

les programmes en place de sciences de la santé dans chaque secteur de compétence devraient offrir, en collaboration avec les établissements collégiaux, des parcours échelonnés de carrière dans les professions de la santé.

3) Accroître le nombre de professionnels de la santé des Premières nations et des populations inuites et métisses.

Responsabilités principales :

- les universités et les collèges doivent exécuter cette mesure en collaboration avec les gouvernements et avec les dirigeants, les organismes nationaux et les collectivités autochtones;
- les employeurs doivent concevoir des programmes de recrutement et de maintien en poste des diplômés autochtones.

D'ici 2008,

- a. les collectivités et les universités doivent évaluer leur capacité interne de soutenir les étudiants autochtones (aide financière pour les frais de scolarité et de subsistance, soutien psychosocial par le mentorat et le counselling d'entraide, etc.) et entreprendre d'améliorer tout soutien qui laisse à désirer.

D'ici 2010,

- b. on devrait mettre en place des programmes de sensibilisation et de soutien afin d'encourager les étudiants autochtones à envisager une carrière dans les professions de la santé;
- c. dans les programmes des professions de la santé, on devrait porter le nombre d'étudiants autochtones à au moins 4 % de toutes les inscriptions (pour ainsi ménager une représentation proportionnelle minimale);
- d. on devrait créer un programme de cohortes de formation interprofessionnelle à l'intention des étudiants autochtones dans une diversité de professions de la santé.

4) Renforcer une stratégie nationale de gestion de l'apport des diplômés de l'étranger à la satisfaction des besoins en ressources humaines de la santé au Canada.

Responsabilités principales :

- les organismes d'autorisation et de réglementation doivent mettre des mécanismes d'évaluation en place;
- les gouvernements doivent assurer le financement requis et procéder à une réforme de la réglementation;
- les autorités en planification des ressources humaines doivent préciser la place des diplômés de l'étranger dans cette planification pour l'avenir;
- le gouvernement fédéral doit, en collaboration avec les provinces et les territoires, concevoir et appliquer des politiques de « recrutement déontologique ».

D'ici 2008,

- a. on devrait uniformiser les cadres d'évaluation dans tout le Canada pour permettre l'intégration des diplômés de l'étranger aux professions réglementées de la santé;
- b. on devrait clairement définir dans les plans de ressources humaines la contribution des soignants formés à l'étranger;
- c. en consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral devrait faire connaître à la population les progrès de la concertation avec les organismes de santé étrangers pour l'amélioration du « recrutement déontologique » de professionnels de la santé.

5) Accroître les possibilités pour les professionnels d'occuper tout leur champ d'exercice pour garantir que le système aura la capacité de répondre aux besoins locaux en santé des patients et de la population.

Responsabilités principales :

- gouvernements, régies régionales de la santé, employeurs, syndicats, associations professionnelles, éducateurs et organismes de réglementation.

D'ici 2008,

- a. les associations professionnelles et les organismes de réglementation des professions de la santé devraient s'adresser aux employeurs et aux citoyens pour mieux leur faire comprendre les différences et les similitudes entre les grandes professions de la santé;
- b. les régies régionales de la santé et les autres organismes employeurs devraient revoir le rôle actuel des soignants dans les milieux existants de soins afin de juger s'ils occupent tout leur champ d'exercice et si, avec un soutien approprié, ils pourraient mieux répondre aux besoins locaux en santé des patients et de la population.

D'ici 2010,

- c. on devrait apporter des changements aux modes d'organisation du travail pour mieux aligner les compétences et les champs d'exercice sur les besoins des patients ou des clients et faire connaître à la population les progrès accomplis dans cette évolution.

6) Hâter le passage à des régimes de rémunération des soignants qui stimulent la collaboration interprofessionnelle.

Responsabilités principales :

- gouvernements, associations professionnelles et employeurs.

D'ici 2008,

on devrait promouvoir l'adoption d'autres modes de rémunération de manière à accroître d'au moins 20 % la proportion de soignants du secteur public qui sont rémunérés dans des régimes plus souples.

7) Résoudre les problèmes de responsabilité professionnelle dans une pratique en collaboration.

Responsabilités principales :

- organismes de protection en responsabilité professionnelle, gouvernements, organismes de réglementation et organismes de protection des patients.

D'ici 2007,

- a. on devrait faire naître une compréhension commune des questions de responsabilité professionnelle dans une pratique en collaboration et ce qu'il reste à faire pour résoudre ces questions.

D'ici 2008,

- b. on devrait élaborer de concert une stratégie intégrée en matière de responsabilité et d'« imputabilité » professionnelles en tenant compte de la sécurité des patients, de la gestion des risques et de l'interprofessionnalisme.

8) Investir dans des encouragements, financiers ou non, qui améliorent le recrutement et le maintien en poste et faire connaître à la population les progrès des initiatives en matière de « milieu de travail sain ».

Responsabilités principales :

- employeurs du domaine de la santé.

D'ici 2008,

- a. en collaboration avec les chercheurs, les associations professionnelles et les syndicats, les employeurs devraient se reporter à des indicateurs comparables de « milieu de travail sain » pour diffuser des évaluations annuelles sur le maintien en poste et la satisfaction des travailleurs et d'autres aspects de la qualité de vie au travail;
- b. dans des rapports publics sur les indicateurs de « milieu de travail sain », les employeurs devraient régulièrement faire la démonstration des améliorations apportées à la qualité de vie au travail dans les milieux de soins;
- d. les employeurs devraient augmenter de 10 % le temps que passe actuellement le personnel à mener des activités de perfectionnement professionnel et à faire de l'accompagnement et du mentorat de carrière.

9) Veiller à ce que la planification des ressources humaines en santé soit fondée sur les besoins en santé de la population, entièrement intégrée à l'échelle des secteurs de compétence et bien dotée en ressources.

Responsabilités principales :

- en collaboration avec les régies régionales de la santé, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient améliorer leur planification et rendre compte de leurs plans;
- le Collège canadien des directeurs de services de santé devrait énoncer des exigences de compétence en planification des ressources humaines de la santé dans un cadre interprofessionnel.

D'ici 2008,

- a. les besoins en santé de la population devraient être l'élément de base des instruments de prévision dont se servent les gouvernements et d'autres pour planifier les besoins en ressources humaines dans le domaine de la santé;
- b. les plans fédéraux, provinciaux, territoriaux et régionaux de ressources humaines en santé devraient être intégrés les uns aux autres;
- c. les gouvernements et d'autres devraient faire connaître à la population leurs outils prévisionnels en planification des ressources humaines de la santé;
- d. l'accroissement des compétences de gestion en planification devrait s'appuyer sur une exigence de compétence en planification des ressources humaines dans un cadre de collaboration interprofessionnelle.

Prochaines étapes

Les recommandations que nous présentons ici font voir la nécessité d'intervenir dans des domaines précis et le Conseil prie instamment les responsables d'entreprendre immédiatement des mesures permettant de respecter les délais mentionnés. Nous prévoyons rendre compte publiquement des progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs dans le cadre de notre mandat de surveillance et de déclaration des activités de renouvellement du système de santé. Les questions de ressources humaines tiendront aussi une grande place dans le deuxième rapport annuel du Conseil aux Canadiens en janvier 2006 sur le renouveau des soins. Nous misons sur une poursuite du dialogue et de constants progrès.