

UN CADRE DE PLANIFICATION CONCERTÉE DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ À L'ÉCHELLE PANCANADIENNE

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR
LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ ET LES RESSOURCES
HUMAINES (CCPSSRH)

SEPTEMBRE 2005

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
Vers une meilleure planification des ressources humaines de la santé	3
I. POUR UNE APPROCHE CONCERTÉE DE PLANIFICATION DES (RHS)	7
L'ancien modèle : planification selon les tendances historiques et en solo	7
Les risques associés au statu quo	8
Le modèle souhaité : planifier au niveau des systèmes et en collaboration	10
II. LES DÉFIS	14
Défis reliés à la mise en œuvre du cadre de planification	14
Les défis de la planification concertée	15
III. LE PLAN D'ACTION	16
Postulats	17
Vision	18
Principes	18
Buts	18
Facteurs critiques de succès	19
Objectifs et actions	22
IV. CONCLUSION	31
ANNEXE : EXEMPLE DE MODÈLE CONCEPTUEL DE PLANIFICATION DES RHS	32
RÉFÉRENCES	39

INTRODUCTION

La population canadienne veut avoir accès, dans des délais convenables, à des services de santé de grande qualité, efficaces, axés sur le patient et sécuritaires. Pour répondre aux attentes du public, les divers paliers de gouvernement du Canada doivent planifier et gérer leur système de prestation et, en particulier, prévoir les ressources humaines de la santé (RHS) requises pour que ce système dispense des soins adéquats. Dans le cadre du « Plan décennal pour consolider les soins de santé », signé par les premiers ministres en septembre 2004, les provinces et territoires s'affairent à compléter leurs plans d'action concernant les ressources humaines de la santé d'ici au 31 décembre 2005.

La planification des RHS ne peut se faire de manière cloisonnée et exige une ouverture au contexte plus vaste de l'ensemble du système de santé. Chaque province et chaque territoire du Canada conçoit son propre système de prestation des services de santé en se basant sur les besoins en santé de la population, sur des données probantes concernant les services contribuant de manière efficace à améliorer la santé des personnes et de la collectivité en général, et en tenant compte des ressources disponibles. De plus, la prestation des services de santé reflète les accords intergouvernementaux comme l'engagement des premiers ministres à améliorer la sécurité des patients, à réduire les temps d'attente pour des procédures médicalement justifiées, à fournir des programmes de soins à domicile et à accroître le nombre d'initiatives consacrées à la prévention. L'élaboration d'un système de santé s'effectue également dans le cadre social, culturel, économique et politique dominant, ce qui se traduit tantôt en possibilités nouvelles et tantôt en nouvelles contraintes.

En tant que responsables des politiques et des budgets, les gouvernements s'emploient, de concert avec certains partenaires et intervenants – notamment les éducateurs, les employés des secteurs public et privé, les instances autochtones, les associations professionnelles, les patients et le public – à définir les systèmes de prestation de services (comme les soins primaires et les services de soins de courte durée), de manière à pouvoir fournir les services efficaces et accessibles dont a besoin la population. Le niveau de service doit être ajusté à celui des besoins et les ressources humaines requises dans le secteur de la santé dépendent, quant à elles, du type et du niveau de service requis.

VERS UNE MEILLEURE PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ

Les individus œuvrant au sein du système de santé en constituent la principale richesse. Au Canada, l'accès à des services de santé « de qualité, efficaces, axés sur le patient et sûrs » dépend de la disponibilité, en tout temps et dans toutes les régions, d'un ensemble de prestataires de services couvrant toute la gamme des compétences requises.

S'il est un atout, le personnel constitue aussi le principal élément de coût du système de santé. Au Canada, pour chaque dollar dépensé en soins de santé, 60 à 80 cents sont consacrés aux ressources humaines (sans compter les coûts de formation).¹ En Saskatchewan, par exemple, les dépenses consacrées aux ressources humaines du secteur de la santé représentent 73 % du budget de ce secteur.²

Toutes les administrations canadiennes sont aujourd'hui frappées par des pénuries de personnel soignant et confrontées à des listes d'attente dans plusieurs services et à une escalade des coûts. La situation est particulièrement préoccupante dans les communautés autochtones. L'imminence d'une crise au niveau des ressources humaines du secteur de la santé rend impérieux de refondre la planification et la prestation des services de santé. Le temps est venu de mettre en place des modèles de prestation qui incitent les professionnels à collaborer et à offrir des services couvrant la totalité de leur champ de pratique. Maintes occasions s'offrent aux instances provinciales et territoriales concernées de partager l'expérience dont elles disposent en matière de stratégies relatives aux RHS et à la prestation des soins.

Dans le cadre de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, les premiers ministres des provinces et territoires et le premier ministre du gouvernement fédéral se sont engagés à collaborer à l'amélioration de la planification des ressources humaines de la santé (RHS). Tout en gardant la responsabilité de la planification du système de prestation des services, les diverses administrations ont manifesté leur sens du leadership en adhérant à une approche concertée des problématiques communes.

¹ Kazanjian A, Hevert M, Wood L, Rahim-Jamal S. Regional Health Human Resources Planning & Management: Policies, Issues and Information Requirements. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. Vancouver, janvier 1999.

² Ministry of Health, Saskatchewan, 2004.

Lors de leur réunion de 2003, les premiers ministres ont reconnu que, bien que certaines améliorations aient été apportées, l'état de santé des populations autochtones du Canada est toujours inférieur à celui du reste de la population. Ils ont aussi reconnu que pour s'attaquer aux défis importants que représente l'état de santé des populations autochtones, il faudra des efforts ciblés et continus au niveau du secteur de la santé et des déterminants de base.

Lors de leur réunion de septembre 2004, les premiers ministres ont convenu de « poursuivre et accélérer leurs travaux sur des plans d'actions et/ou initiatives concernant les ressources humaines de la santé afin d'assurer des effectifs adéquats en professionnels de la santé, tant au niveau du nombre que de la représentation relative des diverses disciplines », de « resserrer la collaboration entre les secteurs de la santé, de l'enseignement supérieur et du marché du travail » et, d'ici le 31 décembre 2005, de rendre public leurs plans d'actions (y compris les cibles relatives à la formation, au recrutement et au maintien en poste des professionnels).

Lors de cette réunion, le gouvernement fédéral s'est engagé à :

- accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration des diplômés internationaux dans les disciplines de la santé afin d'aider les administrations participantes
- déployer des efforts ciblés pour augmenter le nombre de prestataires de services de santé œuvrant dans les communautés autochtones
- prendre des mesures pour répondre aux besoins en santé des groupes minoritaires des deux langues officielles
- prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation reliés à la santé
- participer à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé avec les administrations intéressées.

Le 13 septembre 2004, dans le cadre de la réunion des premiers ministres, les leaders autochtones et les premiers ministres se sont rencontrés pour discuter d'initiatives conjointes visant à améliorer l'état de santé des populations autochtones. Le gouvernement fédéral a alors annoncé une contribution de 100 millions de dollars en cinq ans pour une initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) dont les trois principaux objectifs sont :

- d'accroître le nombre de professionnels autochtones dans les carrières de la santé;
- d'améliorer le maintien en poste des professionnels de la santé œuvrant dans les communautés des Premières nations, des Inuits et autres communautés autochtones;

- d'adapter les programmes de formation actuels en améliorant leur pertinence culturelle ainsi que la compétence culturelle des prestataires de soins desservant les populations autochtones.

Sur la base des conseils prodigués par toutes les administrations et les principales instances concernées, ainsi que des rapports récemment déposés à propos du système de santé (par ex., Romanow, Kirby, Fyke, Clair et Mazankowski), le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) a élaboré un cadre pancanadien qui facilitera l'orientation de la planification des RHS et de la prestation des services. Dans le présent document, le CCPSSRH :

- reconnaît que l'agencement du système de santé ainsi que la planification des RHS relèvent du champ de compétence des diverses administrations, tout comme la détermination des ressources disponibles pour la prestation des soins;
- affirme que – considérant le nombre restreint de programmes de formation au pays ainsi que la mobilité naturelle du corps professionnel de la santé – les administrations ne peuvent planifier de façon cloisonnée et ont besoin d'une approche concertée à l'échelle pancanadienne pour planifier certains aspects des RHS;
- propose un cadre de planification concertée des RHS à l'échelle pancanadienne qui facilitera la planification des systèmes;
- décrit les défis associés à la planification des RHS, établit des priorités d'action concertée et définit des initiatives spécifiques et concrètes susceptibles d'être menées en collaboration par les diverses administrations afin de mettre en place un corps professionnel efficace et plus stable.

L'approche pancanadienne de planification des ressources humaines de la santé proposée ici diffère de l'approche traditionnelle en ce qu'elle repose sur une collaboration et a pour objectif la planification des systèmes de prestation des services en fonction des besoins de la population. Cette nouvelle approche pancanadienne ne remet pas en cause la responsabilité

LE RÔLE DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ ET LES RESSOURCES HUMAINES

En juin 2002, la Conférence des sous-ministres de la santé (CSM) a mis sur pied le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) avec le mandat suivant :

- fournir à la CSM des conseils en matière de

politiques et de stratégie sur la planification, l'organisation et la prestation des services de santé, y compris les questions relatives aux ressources humaines de la santé (RHS);

- répondre aux demandes de conseils provenant de la CSM;

- relever les problématiques émergentes et faire des recommandations aux sous-ministres;
- constituer un forum national de discussion et d'échange d'information sur les questions d'intérêt f/p/t

L'objectif central du CCPSSRH est d'œuvrer pour que, dans le futur, le Canada dispose des ressources humaines adéquates pour son système de santé.

de chaque administration* de planifier son propre système de soins, d'élaborer ses propres modèles de prestation des services et de formuler et de mettre en œuvre ses propres politiques et sa propre planification en matière de RHS, mais elle situe l'exercice de cette responsabilité dans un contexte plus vaste d'échange d'information et de collaboration visant à optimiser les effectifs et leur répartition par discipline dans un corps professionnel capable de répondre aux besoins de toutes les administrations.

Chaque administration déterminera la portée de son système de prestation des soins, ses besoins actuels et futurs, et le type de modèle de prestation de service répondant le mieux aux besoins de sa population et pourra, par conséquent, déterminer de façon plus précise ses besoins en RHS. La planification des ressources humaines de la santé en fonction de l'agencement du système et des besoins de la population – par opposition à la planification basée principalement sur les données historiques d'utilisation des services – se traduira en systèmes mieux adaptés et plus flexibles. Ce type de planification permet d'identifier les services nécessaires, de mettre en œuvre des moyens innovateurs de les dispenser, de définir le type de professionnels requis ainsi que la manière de les déployer qui mettra le mieux leurs compétences à contribution (c.-à-d. qui maximisera leur champ de pratique) – plutôt que de continuer à planifier en fonction du mode actuel de prestation des services et du type de prestataires actuellement en place. L'objectif est de constituer et de maintenir en place un corps professionnel favorable au renouvellement de soins.

*La province de Québec considère que la planification des ressources humaines en santé relève de sa responsabilité exclusive. Elle n'a pas contribué à l'élaboration de ce rapport et n'entend pas participer à une stratégie pancanadienne de planification concertée des ressources humaines en santé. Elle reste toutefois ouverte aux échanges de données et de pratiques exemplaires avec les autres administrations.

I. POUR UNE APPROCHE CONCERTÉE DE PLANIFICATION DES (RHS)

L'ANCIEN MODÈLE : PLANIFICATION SELON LES TENDANCES HISTORIQUES ET EN SOLO

Au Canada, l'approche traditionnelle a consisté à planifier les ressources humaines du secteur de la santé (RHS) en se fiant principalement à une analyse de l'utilisation historique de l'offre de services afin de répondre aux besoins à court terme. Ainsi, lorsqu'elles sont confrontées à des pénuries dans certaines disciplines, les diverses administrations ont tendance à augmenter les effectifs au niveau de la formation et à les réduire s'il y a un surplus de professionnels. Si des contraintes budgétaires se font sentir, on fait des coupures ou on réduit le nombre de postes permanents. Cette approche comporte plusieurs faiblesses critiques :

- les besoins du système étant définis en fonction des tendances historiques d'utilisation des ressources plutôt que des besoins émergents de la population, les administrations tendent à situer leur planification dans une perspective de passé plutôt que d'avenir;
- la planification repose sur des modèles traditionnels de prestation de services plutôt que sur des méthodes novatrices d'organisation et de prestation répondant aux besoins;
- la planification des ressources humaines de la santé a eu tendance à se cantonner presque exclusivement aux médecins et aux infirmières plutôt que de porter sur tout l'éventail des professions de la santé;
- la planification a été basée sur des données peu fiables et des hypothèses fragiles;
- nos modèles de planification ont eu tendance à considérer les ressources humaines comme un coût plutôt que comme un atout exigeant une gestion efficace (c.-à-d. que l'on n'a pas toujours évalué l'impact à long terme sur le recrutement et le maintien en poste de décisions prises en réaction à des pressions budgétaires à court terme);
- le manque de coopération entre le système éducatif, qui forme les prestataires de services de santé, et le système de santé, qui les gère et les emploie, a fait en sorte que le nombre et la répartition par spécialité des prestataires formés chaque année dépendent souvent davantage de priorités académiques que des besoins réels de la population ou du système de santé (mentionnons par exemple l'ajustement du nombre d'étudiants en fonction des budgets ou pour conserver certains programmes d'enseignement et soutenir la recherche ou la tendance à former des professionnels de plus en plus spécialisés);
- dans la plupart des administrations, la planification des systèmes n'a pas été accompagnée de stratégies efficaces visant à assurer la disponibilité de ressources humaines appropriées.

L'impact négatif des anciennes méthodes de planification a été amplifié par le fait que, traditionnellement, chaque province et territoire du Canada concevait séparément son système, développait ses propres modèles de prestation des services et planifiait ses RHS. Il en a résulté une compétition entre administrations pour un bassin limité de ressources humaines dans le secteur de la santé.

LES RISQUES ASSOCIÉS AU STATU QUO

Une approche de planification des ressources humaines du secteur de la santé basée sur le statu quo présente des risques économiques et politiques, et pourrait compromettre la capacité de toute administration de mettre en place des systèmes de prestation viables et les ressources humaines requises par de tels systèmes, l'empêchant du même coup de répondre aux souhaits de la population canadienne de disposer d'un système homogène d'une province ou d'un territoire à l'autre (tel que mentionné tant par Romanow que par Kirby).

Planification fondée sur l'utilisation des services

Si les diverses administrations continuent à utiliser une approche de planification basée sur les tendances historiques d'utilisation, elles continueront à subir les effets suivants :

- une incapacité à prévoir les changements au niveau des besoins de la population et du système de santé et d'y répondre;
- des cycles d'excédents et de pénuries (c.-à-d. des pics et des vallées) dans les effectifs en médecine, en sciences infirmières et dans les autres professions de la santé;
- un taux élevé de roulement et d'attrition du personnel;
- une déstabilisation du corps professionnel;
- une concurrence accrue face à des ressources limitées.

Les méthodes traditionnelles de recrutement et d'élaboration des programmes de formation pour les professions de la santé ne permettront pas aux diverses administrations d'honorer ni l'engagement qu'elles ont pris d'améliorer le niveau de santé des populations autochtones, ni d'autres engagements comme celui d'améliorer les soins à domicile.

Planification en solo

Bien que la planification et la gestion du corps professionnel de la santé au Canada reste sous la responsabilité des diverses administrations, la planification en solo présente des risques inhérents dont quelques-uns sont mentionnés ci-dessous :

- **Des retombées inattendues.** Les décisions prises par une administration peuvent avoir des effets imprévus sur d'autres administrations. Par exemple :
 - Des modifications apportées dans une administration à l'agencement de son système de soins pourraient avoir un impact négatif sur le niveau d'offre dans certaines professions de la santé dans d'autres administrations. Les risques qu'il en soit ainsi sont plus grands dans le contexte de réforme actuel qui fait que l'initiative unilatérale d'une administration peut compromettre la stabilité du système et la capacité d'autres administrations d'honorer leurs engagements (comme la réduction des temps d'attente et l'amélioration du niveau de santé des populations autochtones).
 - Toutes les administrations ne disposent pas actuellement de programmes de formation dans toutes les disciplines de la santé. Si une administration où est actuellement formée une fraction importante des prestataires d'un certain type de services de santé au pays (par ex., les perfusionnistes) décidait de réduire les effectifs au niveau de la formation dans ce programme, l'effet négatif sur d'autres provinces pourrait être considérable;
 - Si une province décidait d'augmenter le nombre de postes d'étudiants dans une spécialité médicale, il pourrait en résulter un afflux d'étudiants venant des programmes de médecine familiale d'autres provinces, ce qui aggraverait la pénurie actuelle en médecins de famille;
 - La décision de resserrer les critères d'admission à la pratique dans une administration tend à induire le besoin d'un resserrement comparable dans les autres administrations. Changer les critères d'admission à la pratique peut avoir un impact sur la qualité et la sécurité des services de santé, sur la rémunération, sur le niveau de l'offre et la distribution des effectifs, sur le système d'enseignement supérieur et sur celui de la santé, ainsi que sur la mobilité du corps professionnel – tant sur le territoire de l'administration qui a initié le changement que dans les autres provinces et territoires;
 - Si une administration augmentait la rémunération de ses prestataires de services de santé, cela pourrait inciter des prestataires d'autres provinces et territoires à venir s'y établir ou provoquer une demande d'augmentation des rémunérations qui compliquerait la gestion des coûts reliés à la santé dans d'autres administrations;
 - Les incitatifs offerts par certaines administrations peuvent encourager une mobilité inappropriée en drainant les prestataires d'une région mal desservie vers une autre.
- **Un déséquilibre entre l'offre et la demande.** Un manque de concertation entre les diverses administrations (et entre le système de l'éducation et celui de la santé) au niveau de la planification contribue à engendrer des surplus de personnel dans certaines disciplines et des pénuries dans d'autres.

- **Des chevauchements coûteux.** Toutes les administrations investissent des ressources pour développer des fichiers de données sur les RHS ainsi que des modèles de simulation et de prévision, et pour mettre au point des cadres de planification. Sans une approche concertée, ces modèles ne pourront inclure l'impact des décisions prises par d'autres administrations.
- **Une incapacité à répondre efficacement aux problématiques ou pressions internationales.** Les questions liées à l'internationalisation du permis d'exercer et au contrôle de la qualité, qui découlent à la fois d'une concurrence globale pour l'accès à un bassin limité de prestataires et de la disponibilité de nouvelles technologies, dépassent souvent la capacité de toute administration individuelle au Canada (par exemple, les systèmes de téléradiologie numérique permettront aux petites collectivités des régions éloignées d'avoir plus facilement accès à des services d'IRM et de tomographie numérique, mais il y a un risque de voir les images ainsi produites interprétées par des radiologues pratiquant à l'étranger et non autorisés à exercer au Canada). Le Canada pourrait se retrouver désavantagé par rapport à d'autres pays faute de pouvoir présenter un front uni sur les questions liées aux RHS en raison d'un manque de collaboration de ses administrations sur les questions ayant une dimension internationale.

LE MODÈLE SOUHAITÉ : PLANIFIER AU NIVEAU DES SYSTÈMES ET EN COLLABORATION

Les diverses administrations du pays souhaitent offrir à tous les Canadiens l'accès, lorsqu'ils en ont besoin, à des services de santé de haute qualité, efficaces, axés sur le patient et sécuritaires. Pour ce faire, il leur faut adopter une approche concertée qui renforce leurs efforts de planification et de mise en place de systèmes de soins basés sur une compréhension des besoins de la population et permette de prévoir les RHS requises par leur système de prestation des services. On trouvera en annexe un exemple de modèle conceptuel de planification des RHS qui illustre l'éventail des facteurs dont les divers gouvernements doivent tenir compte lorsqu'ils élaborent leur système de soins et identifient leurs besoins en ressources humaines dans ce secteur.

Étant donné le nombre relativement restreint de programmes de formation dans le secteur de la santé au Canada et la mobilité des ressources humaines de ce secteur, les diverses administrations sont déjà dans une situation d'interdépendance généralisée et il y va de l'intérêt général de participer à une approche plus concertée de la planification des RHS.

Le bilan d'expériences de collaboration en matière de RHS

Plusieurs expériences de planification concertée des RHS couronnées de succès ont déjà eu lieu au Canada, notamment entre divers ministères, au niveau régional et au niveau pancanadien, comme le montrent les exemples qui suivent :

- Les provinces atlantiques (Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard et Nouveau-Brunswick) collaborent à établir les besoins actuels et futurs dans 30 professions reliées à la santé. Sous l'égide du Comité consultatif sur les Ressources humaines des régions atlantiques, les ministères responsables de la santé et de l'enseignement supérieur en sont à examiner si les programmes de formation du secteur de la santé sont adaptés à la demande. Chaque province a mené une analyse du marché du travail afin de définir les niveaux actuels et futurs d'offre et de demande dans les principales professions de la santé en se basant sur le système en vigueur dans les quatre provinces atlantiques. Ces travaux conduiront à un modèle de simulation des RHS qui permettra aux provinces d'identifier l'impact potentiel de décisions au niveau des politiques sur le bassin de RHS requis ainsi que les lacunes et autres aspects importants. Ces projets ont reçu un appui financier de Ressources Humaines et Développement des Compétences Canada (RHDC). Suite à ces initiatives, ces provinces disposeront de données sur l'offre et la demande, d'un inventaire des programmes de formation théorique et pratique avant l'admission à la pratique comme après, d'un profil de conjoncture sur les questions relatives à la formation théorique et pratique, et d'un outil de prévision, par scénarios, des programmes de formation théorique et pratique. La collaboration à l'échelle régionale a renforcé les initiatives individuelles de chaque province, amélioré la capacité régionale de prévision des besoins reliés à la formation théorique et pratique dans le secteur de la santé, et contribué à mettre en place des stratégies visant à maintenir un corps professionnel compétent et flexible. Elle a aussi donné aux diverses administrations concernées maintes occasions de partager des données et a renforcé la capacité de toute la région face aux problématiques reliées au marché du travail et aux ressources humaines.
- Depuis l'année 2002, les ministères responsables de la santé et de l'enseignement supérieur des provinces de l'Ouest (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Manitoba) ainsi que des Territoires du Nord (Yukon, Territoires du Nord-ouest et Nunavut [depuis 2005]) collaborent dans le cadre du Forum de planification des ressources humaines de la santé des régions de l'Ouest et du Nord. Ce forum, qui était au départ un mécanisme d'échange d'information, s'est peu à peu transformé en organe de collaboration régionale. Tous les membres étaient parfaitement conscients de la nécessité de se pencher sur les aspects multilatéraux de la planification des RHS et la création d'un Secrétariat fut leur réponse à ce défi. Le forum a initié 20 projets régionaux (bénéficiant chacun de la participation de plusieurs administrations) qui reçoivent un financement de Santé Canada dans le cadre de la stratégie en matière de RHS. Les résultats de tous les projets devront être communiqués aux autres membres du forum et certains ont une portée pancanadienne. Parmi toutes ces initiatives, mentionnons l'élaboration d'une approche normalisée de définition d'un noyau de compétences pour les infirmières auxiliaires autorisées (LPN en anglais), un projet sur les

pratiques exemplaires en formation clinique, un autre visant un réseau de placement clinique en sciences de la santé, un autre sur un protocole d'évaluation des diplômés internationaux en médecine et un projet de symposium sur la rémunération des médecins.

- Dans le cadre du Groupe de travail canadien sur l'octroi du permis d'exercer aux diplômés internationaux en médecine, les provinces et territoires et le gouvernement fédéral ont préparé une série de recommandations visant à mettre sur pied une « approche nationale intégrée d'évaluation et de formation des diplômés internationaux en médecine » (DIM). Cette approche a pour but d'assurer que des normes rigoureuses continuent à régir l'octroi du permis d'exercer tout en donnant aux diverses administrations un meilleur accès à des médecins formés à l'étranger. Les recommandations du groupe de travail, qui incluent notamment la mise en place de normes d'évaluation, un plus grand nombre de mesures d'aide et de programmes de formation des DIM et un fichier national de données pour faciliter le recrutement et le repérage des DIM, ont été approuvées par la Conférence des sous-ministres et en sont au stade de la mise en application. Le succès de cette initiative fut tel qu'elle est en cours de répétition, appliquée cette fois à l'évaluation, la formation et à l'admission à la pratique des diplômés internationaux en sciences infirmières et en sciences paramédicales, en commençant par les professions pour lesquelles les pénuries sont les plus graves (c.-à-d. les pharmaciens, les techniciens de laboratoire médical, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes).
- En octobre 2004, les ministres de la santé du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires ont annoncé la création et la mise en œuvre d'un protocole pancanadien de gestion des demandes de modification des titres d'admissibilité à la pratique des professions reliées à la santé. Le but de ce protocole est de déterminer si les changements demandés reposent sur des données solides et servent les intérêts des patients et du système de santé. Le comité de coordination sur les titres d'admissibilité à la pratique analyse chaque demande et prépare à l'intention des gouvernements des provinces et territoires un rapport où sont résumés les points forts et les faiblesses de la demande et son impact sur les patients, sur la qualité et la sécurité des services de santé, sur le niveau de l'offre et la distribution des professionnels concernés, sur le système d'enseignement supérieur et celui de la santé, et sur la mobilité des effectifs professionnels. (La province de Québec ne participe pas à cette initiative mais continue à y collaborer en échangeant des données).
- À la demande des comités consultatifs sur la santé de la population, sur la sécurité de la santé et sur la prestation des soins et les ressources humaines, un sous comité où siégeaient des représentants des gouvernements fédéral et provinciaux, du système de santé publique et des universitaires a élaboré un cadre de référence décrivant les buts et les grands objectifs d'une planification concertée de la planification des ressources humaines

en santé publique ainsi que les stratégies proposées dans ce domaine. En juin 2005, les sous-ministres de la santé ont donné leur approbation de principe à ce cadre de référence et demandé au Réseau pancanadien de santé publique et à l'Agence de santé publique du Canada d'assurer le leadership des aspects pancanadiens de la planification des ressources humaines en santé publique, de peaufiner les stratégies correspondantes et de définir les priorités, les ressources requises ainsi que les autres questions relatives à la dissémination et à la mise en œuvre du cadre de référence. Ce dernier a été conçu pour aider toutes les administrations à se doter d'un corps professionnel dynamique et viable en santé publique.

Les avantages d'une approche de planification concertée

Une approche pancanadienne plus concertée de certains aspects de la planification des systèmes aurait des retombées bénéfiques immédiates, notamment :

- une meilleure capacité de mise en pratique des politiques et priorités visant à améliorer l'accès aux services de santé et la qualité de ces services, à un prix abordable pour les Canadiens;
- une meilleure capacité d'influencer les déterminants du système de santé et les facteurs qui régissent les besoins en ressources humaines, de partager des meilleures pratiques et d'optimiser les résultats obtenus en termes d'impact sur la santé des individus et sur le système;
- moins de doublons coûteux dans la planification des initiatives et de meilleurs modèles de simulation et de prévision;
- un meilleur partage d'information pouvant faciliter les procédures de négociation collective de la rémunération et des questions connexes;
- une meilleure compréhension de la conjoncture provinciale et nationale en matière de RHS (grâce au partage d'un fichier minimal national) et une meilleure capacité de réponse aux problématiques communes concernant les RHS;
- un corps professionnel plus stable dans toutes les administrations du pays et jouissant d'une mobilité plus convenable;
- des systèmes de santé moins vulnérables aux pressions d'origine globale et mieux adaptés pour retenir les prestataires formés au Canada et faire face à la concurrence internationale pour le recrutement de professionnels de la santé compétents.

II. LES DÉFIS

DÉFIS RELIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE DE PLANIFICATION

L'introduction d'un plus haut niveau de concertation dans la conception des systèmes et d'une planification mieux alignée sur les besoins s'accompagne, pour le Canada, de plusieurs défis. La capacité de toutes les administrations du pays de mettre en application le cadre de planification proposé se heurte en effet aux obstacles suivants :

- un manque de données fiables et cohérentes sur les principales disciplines de la santé et de normes nationales régissant ces données, y compris même une absence de définitions communes et de méthodologie cohérente de collecte des données;
- un manque de données concernant la productivité, la charge de travail, l'utilisation des ressources, la demande et la performance;
- un manque de données concernant les établissements d'enseignement et leur capacité;
- un manque de capacité d'évaluation des besoins en santé, de modélisation des systèmes de prestation des services et de prévision de la demande en ressources humaines;
- un manque de capacité d'analyse des données concernant les RHS et de convertir cette analyse en savoir utilisable;
- un manque de financement continu des initiatives portant sur les données et la modélisation.

LES DÉFIS DE LA PLANIFICATION CONCERTÉE

Bien qu'une approche plus concertée de la planification des ressources humaines du secteur de la santé présente des avantages indéniables, elle n'est pas sans présenter aussi certains défis. Par exemple :

- Comment le Canada peut-il améliorer sa capacité de planification concertée des ressources humaines de la santé tout en respectant la flexibilité dont dispose chaque administration de prendre ses propres décisions en matière de planification de son propre système?
- Comment les diverses administrations choisiront-elles les activités relevant d'une responsabilité partagée et celles qu'il convient de maintenir au niveau provincial, territorial ou fédéral?
- Comment éviter que le système ne génère un autre niveau administratif qui limiterait la capacité de planifier les RHS au lieu de l'améliorer?
- Comment la planification concertée des RHS s'articulera-t-elle aux initiatives provinciales, territoriales, régionales ou fédérales déjà en place dans ce domaine?

Comment faire participer d'autres intervenants majeurs à un effort national concerté? La collaboration et la coordination des efforts de planification des RHS n'est pas une nécessité s'imposant aux seuls gouvernements. D'autres instances partageant une responsabilité dans la structuration du système de santé et la mise en œuvre des modèles de prestation des services, comme les éducateurs, les employeurs des secteurs public et privé, les prestataires de services, les instances autochtones, les associations professionnelles, les patients et le public, doivent également y jouer un rôle important. Plus les liens entre les différents intervenants seront serrés, plus les décisions concernant les effectifs, les compétences requises et la distribution relative des diverses disciplines refléteront les besoins de la population et ceux du système de santé.

III. LE PLAN D'ACTION

Une bonne planification et une bonne gestion des ressources humaines du secteur de la santé sont essentielles pour que les Canadiens aient accès aux prestataires de soins de santé dont ils ont ou auront besoin. Il importe de mettre en place des stratégies de collaboration pour améliorer les données sur lesquelles repose la planification à l'échelle nationale, favoriser la formation interdisciplinaire des prestataires de soins, améliorer le recrutement et le maintien en poste du personnel, et assurer une relève suffisante.

– Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins

Selon un sondage effectué dans les diverses administrations du Canada, pour qu'une approche de planification concertée des ressources humaines de la santé soit bien acceptée et efficace, elle doit bonifier la planification actuellement en cours dans les provinces et territoires et donner accès à des données, des outils, des modèles, des approches et une influence que ne permet pas une approche cloisonnée.

Le CCPSSRH a mis au point un plan d'action conçu pour favoriser la planification concertée des ressources humaines à l'échelle pancanadienne. Ce plan établit les principes d'une telle collaboration et identifie les principales lignes d'action qui s'offrent aux diverses administrations pour collaborer entre elles à surmonter les défis que présente la conception d'un système, la planification en fonction des besoins de la population, l'élimination des risques et des chevauchements inhérents à l'approche actuelle de planification en solo, et l'amélioration de leur capacité de planification tout en respectant leurs champs de compétence ainsi que les initiatives régionales de planification.

Le plan d'action proposé se situe dans la continuité de l'Accord de 2003 des premiers ministres et donne corps à l'engagement pris lors de la réunion de 2004 des premiers ministres de « poursuivre et accélérer la planification et/ou les initiatives en cours concernant les ressources humaines de la santé afin d'assurer des effectifs suffisants et une répartition adéquate des diverses professions reliées à la prestation des soins de santé », tout en « favorisant une collaboration plus étroite entre les secteurs de la santé, de l'enseignement supérieur et le marché du travail » Plus spécifiquement, ce plan d'action vient étayer l'accord des gouvernements f/p/t visant à « augmenter les effectifs professionnels du secteur de la santé en fonction d'une

analyse de lacunes » et à rendre publics leurs plans d'action, d'ici le 31 décembre 2005 (y compris leurs objectifs en matière de formation, de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé).

POSTULATS

Le cadre pancanadien de planification et de gestion concertées des RHS repose sur les postulats suivants :

- Pendant que les administrations s'emploient à concevoir les systèmes qui leur permettront de répondre aux besoins de la population en matière de santé, il se peut que le type de professionnels requis et la manière de les déployer évolue. La planification des RHS doit tenir compte de la manière dont les systèmes respectifs de chaque administration sont agencés et des modèles de prestation qui y ont été choisis.
- une collaboration pancanadienne améliorera la capacité de chaque administration de planifier et de gérer le corps professionnel de la santé, de surveiller les tendances, de prévoir les besoins et de réaliser les objectifs de la planification;
- la planification efficace des RHS exige des données fraîches et exactes. L'amélioration de la qualité des données sur lesquelles repose la planification des RHS pourrait exiger un raffinement ou un ajustement des modèles de planification.
- la planification des RHS requiert une meilleure intégration entre le système éducatif qui forme les prestataires de services et le système de santé qui les emploie et les place;
- le secteur des RHS – contrairement à d'autres (régis par le marché) – continuera à être en grande partie financé par des fonds publics et, par conséquent, à exiger une approche différente (c.-à-d. non régie par le marché) pour prévoir l'offre et la demande;
- un investissement stratégique dans la planification des RHS qui inclut le recrutement, le maintien en poste et les initiatives relatives à la santé au travail, peut grandement réduire les coûts associés à l'absentéisme, aux indemnités des accidents de travail et au roulement du personnel;
- la planification efficace des RHS assurera une meilleure imputabilité dans les décisions concernant les ressources humaines, ce qui conduira à des soins mieux adaptés et de meilleure qualité (c.-à-d. contribuera à ce que des soins adéquats soient fournis par les professionnels appropriés et, par conséquent, à une réduction ou une élimination des services inappropriés);
- le déploiement des ressources humaines et leur utilisation reste sous la responsabilité des administrations concernées.

VISION

Une amélioration de l'accès des Canadiens à des services de santé appropriés, efficaces, performants, économiquement viables et adaptés à leurs besoins, ainsi qu'un milieu de travail plus favorable et satisfaisant pour les professionnels de la santé, grâce à une collaboration stratégique entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral pour la planification des ressources humaines du secteur de la santé.

PRINCIPES

Une planification pancanadienne efficace, concertée et coordonnée des ressources humaines de la santé aura comme caractéristiques de :

- permettre à chaque administration d'agencer son système de santé en fonction des besoins de la population et d'identifier les ressources humaines requises par le biais d'une procédure axée sur le patient, sensible aux aspects culturels, fondée sur des données probantes et soucieuse avant tout des résultats;
- rester dans une perspective de renouvellement des soins de santé et d'évolution de l'agencement du système;
- favoriser la sécurité des patients;
- rester sensible aux aspects culturels et tenir compte des besoins des populations autochtones en matière de santé;
- assurer la flexibilité d'un corps professionnel possédant le savoir, les compétences pratiques et autres attributs nécessaires pour exercer dans le cadre de modèles de prestation interdisciplinaires, économiquement viables, novateurs, et où la qualité prime;
- favoriser la santé et la sécurité au travail;
- favoriser la participation active des éducateurs, des employeurs, des instances de financement, des chercheurs et des prestataires de services au processus de planification;
- respecter les différences entre administrations et les champs de compétence en matière de prestation des services, et refléter la responsabilité commune d'assurer un leadership au sein du système de santé.

BUTS

1. Améliorer la capacité de chaque administration de planifier et d'optimiser le niveau des effectifs, la répartition des disciplines et la distribution géographique des prestataires en fonction du système et des modèles de prestation choisis et des besoins de la population.

2. Améliorer la capacité de chaque administration de mettre en place, en collaboration étroite avec le système éducatif, un corps professionnel doté des compétences théoriques et pratiques requises pour fournir des services de santé sécuritaires et de haute qualité en s'adaptant à des contextes novateurs de manière à répondre à l'évolution des systèmes de santé et des besoins de la population.
3. Améliorer la capacité de chaque administration de se doter d'une palette adéquate de professionnels de la santé et de les répartir selon des modèles qui mettent à contribution toutes leurs compétences.
4. Améliorer la capacité de chaque administration de recruter et de maintenir en poste un corps professionnel viable dans un contexte de travail sain et sécuritaire.

FACTEURS CRITIQUES DE SUCCÈS

On trouvera dans les tableaux présentés ci-après une liste d'objectifs prioritaires visant à atteindre les buts du plan d'action, une liste d'initiatives proposées à court, moyen et long terme pour chacun des objectifs et une description des résultats souhaités.

Pour adhérer au cadre de planification et mettre en œuvre le plan d'action, les diverses administrations doivent continuer à collaborer de manière à :

- clarifier et orienter l'échéancier de planification;
- identifier les créneaux actuellement favorables à des initiatives coordonnées et concertées;
- améliorer leur capacité de planification des RHS, de suivi, d'analyse et de prise de décisions stratégiques en renforçant une infrastructure d'aide à la collecte de données, à la recherche et à la modélisation prédictive;
- mettre au point des mécanismes de gestion et de déploiement appropriés et en encourager l'utilisation systématique.

La recherche active d'un plan d'action concertée contribuera également à assurer que la planification des RHS reste une priorité stratégique dotée de ressources appropriées dans toutes les administrations et que les décisions prises par une administration au sujet de leur système de santé et ayant des répercussions au niveau des RHS n'aient pas d'effets inattendus dans d'autres administrations.

Le succès du cadre de planification et du plan d'action dépend de l'engagement de toutes les instances concernées à passer du statu quo à une approche où la collaboration joue un rôle plus important. Les facteurs critiques dont dépendent la réussite de la mise en œuvre du cadre de planification et le renforcement de cet engagement sont :

1. Une participation adéquate des intervenants concernés

La planification des RHS reposera sur l'agencement des systèmes de soins et sur des modèles de prestation de services répondant aux besoins de la population. Le type de travail des prestataires qui œuvreront dans le cadre des nouveaux modèles de prestation pourra évoluer et il se peut qu'ils aient à développer de nouvelles compétences pratiques ou théoriques. La diversité des facteurs qui entrent en jeu au sein du corps professionnel de la santé requiert la participation d'un vaste éventail d'intervenants.

La participation des intervenants sera obtenue de manière progressive et dépendra des progrès réels obtenus grâce à une planification concertée des RHS à tous les niveaux. Il faudra savoir consulter et communiquer en temps opportun et prévoir des mesures incitatives visant à faire accepter une nouvelle manière de travailler.

2. Un leadership marqué et des ressources adéquates

Le changement réel ne se fait pas sans leaders. Le système doit identifier des leaders à tous les niveaux, dans chaque administration, dans le système d'éducation, chez les employeurs et les prestataires de services et ces leaders devront collaborer en tant que champions de la planification concertée des RHS et partager la même vision.

Une planification concertée efficace des RHS exigera également un engagement de la part des gouvernements : premiers ministres, ministres et sous-ministres devront allouer les ressources nécessaires pour soutenir la planification, y compris la planification inter-gouvernementale et inter-administrations (régionale).

3. Une vision claire des rôles et des responsabilités

Les initiatives de planification RHS ont lieu à plusieurs niveaux. Certains problèmes trouveront réponse au niveau d'une instance locale, d'autres au niveau des gouvernements des provinces ou territoires, d'autres encore dans le cadre d'accords bilatéraux entre administrations, d'autres dans le cadre d'ententes régionales et d'autres enfin grâce à une collaboration à l'échelle pancanadienne. La réussite de cette dernière exige une vision claire des rôles et des responsabilités de chacun.

4. Une attention particulière aux problèmes d'interface entre administrations

L'approche pancanadienne portera principalement sur les problèmes communs à plusieurs administrations. Les leaders veilleront à renforcer la planification déjà en place dans les diverses administrations et à mettre au point des outils pour aider et renforcer la capacité de chaque administration ou région de mettre en place des politiques et une planification en matière de RHS.

Les priorités seront établies après consultation de toutes les administrations et refléteront des problématiques multilatérales communes. Les problématiques majeures seront identifiées et des plans seront établis pour les résoudre.

5. Un changement de culture organisationnelle ou de système

Une approche pancanadienne de planification des RHS faisant une place plus grande à la concertation sera accompagnée d'un changement de culture. Pour effectuer ce changement, le système doit avoir une vision claire du paysage culturel actuel (par ex., les attitudes et les attentes des éducateurs, des employeurs et des prestataires ainsi que le mode de pratique traditionnel), des changements requis, des changements déjà en cours et du degré d'ouverture au changement sur lequel on peut compter.

En faisant l'évaluation de la culture en place, les intervenants concernés devront accorder une attention particulière aux prestataires de soins de santé en tant qu'atout essentiel et tenir compte de leurs besoins et de leurs aspirations. La planification des systèmes devra inclure une analyse des problèmes affectant le recrutement et le maintien en poste du personnel et des décisions en faveur de milieux de travail sains et où l'on aime travailler.

6. La souplesse

Un cadre pancanadien de planification concertée des RHS doit être souple et s'ajuster à tout changement dans l'agencement du système adopté par chaque administration et à l'impact d'un tel changement sur les RHS.

OBJECTIFS ET ACTIONS

Les tableaux qui suivent présentent les objectifs et les actions qui permettront d'atteindre les quatre buts décrits ainsi que leurs résultats potentiels. Les initiatives déjà en cours sont surlignées. Ces tableaux illustrent les liens entre les éléments d'une vaste gamme d'activités ainsi que la manière dont ces éléments convergent pour constituer une approche stratégique de planification concertée des ressources humaines de la santé.

Les provinces et territoires ainsi que le gouvernement fédéral devront investir pour mettre en œuvre le plan d'action proposé et en réaliser les résultats souhaités. Les investissements requis seront chiffrés dans des plans de travail plus détaillés.

But No 1. Améliorer la capacité de chaque administration de planifier et d'optimiser le niveau des effectifs, la répartition des disciplines et la distribution géographique des prestataires en fonction du système et des modèles de prestation choisis et des besoins de la population.				
OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Moyen terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
1.1 Améliorer la capacité d'évaluer les besoins de la population en matière de santé et la demande de services, en tenant compte des besoins spécifiques des populations autochtones.	Des plans et outils permettant aux administrations de mieux préparer les plans d'action pour décembre 2005.	Des modèles basés sur les besoins pour simuler des scénarios mettant en œuvre divers modèles de prestation des services.	Poursuite du développement et amélioration des modèles de simulation et de prévision.	Une meilleure capacité d'aligner la planification sur les futurs besoins en santé de la population.
	Un inventaire des outils et modèles de simulation et de prévision.	Des modèles de simulation et de prévision pour évaluer l'impact de divers modèles de prestation des services et les besoins en RHS. Des indices permettant un suivi de la demande en RHS		

But No 1. Améliorer la capacité de chaque administration de planifier et d'optimiser le niveau des effectifs, la répartition des disciplines et la distribution géographique des prestataires en fonction du système et des modèles de prestation choisis et des besoins de la population.

OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Moyen terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
1.2 Appuyer la capacité des diverses administrations d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des modèles novateurs de prestation de services de santé répondant aux besoins de la population et en partager les résultats avec les autres juridictions.	Une analyse des facteurs de succès qui pointent en faveur d'une utilisation appropriée des RHS.	Une mise à jour des facteurs de succès et une évaluation de leur intégration au système de prestation des soins.	Une analyse détaillée de l'impact sur les besoins en RHS pendant la prochaine décennie d'un meilleur niveau de connaissances de la part des usagers du système de santé, du rôle grandissant de l'autosoins et de la popularité des services alternatifs (comme les naturopathes, les chiropraticiens, la médecine traditionnelle chinoise).	<p>Une meilleure gestion interprofessionnelle des soins aux patients</p> <p>Un meilleur suivi et une meilleure évaluation des initiatives de renouvellement des soins (comme les nouveaux modèles de prestation des services et les changements de rôles professionnels).</p>
1.3 Mettre au point une approche plus uniforme de collecte des données concernant les RHS.	<p>Un fichier minimal national permettant d'orienter la collecte de données sur les RHS et des normes permettant de recueillir des données comparables pour de nouvelles catégories professionnelles.</p> <p>Des indices pour faire un suivi des effectifs générés par le système éducatif qui forme les professionnels de la santé.</p>	<p>Des changements dans la manière dont on recueille les données dans toutes les administrations.</p> <p>Le développement de bases de données spécifiques concernant l'offre en pharmaciens, en ergothérapeutes, en physiothérapeutes, en techniciens de laboratoire médical et en radiation médicale.</p> <p>De nouvelles méthodologies permettant d'estimer la charge de travail, la productivité et l'utilisation.</p>	<p>Une identification personnelle unique pour tous les professionnels de la santé.</p> <p>La mise en place de banques de données spécifiques sur l'offre.</p>	<p>Des données plus cohérentes et comparables au sujet des RHS.</p> <p>Une information de meilleure qualité et des indices permettant de mieux décrire l'offre en RHS.</p> <p>Une meilleure capacité de planification pour un éventail de professions de la santé.</p> <p>Une vision plus claire de la productivité et de l'utilisation du corps professionnel.</p> <p>Un plan principal de 5 à 10 ans qui facilite la planification, la prévision, le suivi et l'évaluation des RHS.</p>

But No 1. Améliorer la capacité de chaque administration de planifier et d'optimiser le niveau des effectifs, la répartition des disciplines et la distribution géographique des prestataires en fonction du système et des modèles de prestation choisis et des besoins de la population.

OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Moyen terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
1.4 Améliorer les données sur le corps professionnel autochtone, notamment celles qui permettent d'évaluer la participation actuelle et de faire un suivi des progrès accomplis.	Une évaluation des lacunes actuelles et des stratégies visant à les combler.	Une base de données sur le corps professionnel autochtone dans le secteur de la santé.		Une meilleure capacité de planification et de gestion des RHS permettant de répondre aux besoins des communautés autochtones en matière de santé.
1.5 Améliorer la collaboration et fournir des données probantes sur des questions comme le niveau d'effectifs requis, les proportions des diverses disciplines représentées et leur répartition géographique.	Des études sectorielles sur les médecins, le personnel infirmier et les pharmaciens ainsi qu'un profil professionnel des cadres supérieurs de la santé.	Possibilité d'autres études sectorielles (par ex. sur les services reliés au cancer).		<p>Une meilleure capacité de planification fondée sur des données probantes dans toutes les administrations, dans un climat de compréhension mutuelle et de reconnaissance des rôles des divers partenaires, notamment des prestataires de services, des éducateurs et des employeurs.</p> <p>Moins d'études spécifiques à certaines professions ou sectorielles.</p>

But No 2. Améliorer la capacité de chaque administration de mettre en place, en collaboration étroite avec le système éducatif, un corps professionnel doté des compétences théoriques et pratiques requises pour fournir des services de santé sécuritaires et de haute qualité en s'adaptant à des contextes novateurs de manière à répondre à l'évolution des systèmes de santé et des besoins de la population.

OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Moyen terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
2.1 Améliorer notre compréhension des systèmes de formation théorique et pratique dans le domaine de la santé.	<p>Un fichier minimal national sur la capacité du système éducatif et la démographie des étudiants.</p> <p>Un rapport sur la capacité du système éducatif, notamment des programmes de formation, et une analyse de la manière dont ils sont ajustés aux besoins et aux politiques du secteur de la santé (en fonction d'indices établis).</p> <p>Une base de données sur les programmes de formation en sciences infirmières.</p> <p>Un inventaire des créneaux de formation favorisant l'avancement de carrière dans une discipline donnée ou par transfert d'une profession ou discipline de la santé à une autre.</p>	<p>Une base de données sur les programmes de formation dans d'autres professions de la santé.</p> <p>Une stratégie d'avancement dans les carrières de la santé.</p>		<p>Une meilleure compréhension de la capacité du système éducatif (en nombre et en répartition par discipline).</p> <p>Davantage de possibilités d'avancement de carrière et une amélioration du maintien en poste.</p>

But No 2. Améliorer la capacité de chaque administration de mettre en place, en collaboration étroite avec le système éducatif, un corps professionnel doté des compétences théoriques et pratiques requises pour fournir des services de santé sécuritaires et de haute qualité en s'adaptant à des contextes novateurs de manière à répondre à l'évolution des systèmes de santé et des besoins de la population.

OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Court terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
2.2 Ajuster les programmes de formation aux besoins et aux politiques concernant la santé.	<p>La participation active des organismes d'enseignement à la planification des effectifs, tant du point de vue du nombre que de la représentation relative des diverses disciplines, du niveau de savoir, des compétences pratiques et des autres attributs des futurs professionnels.</p> <p>Une analyse du degré d'alignement des programmes de formation actuels sur les besoins et les politiques du secteur de la santé.</p> <p>Des projets pilotes de formation interprofessionnelle.</p> <p>Une approche cohérente face aux demandes de relèvement des critères d'admissibilité à la pratique, notamment des principes directeurs et une procédure d'examen et d'évaluation fondée sur la preuve.</p>	<p>De propositions de changement des programmes de formation pour mieux les aligner sur les besoins et les politiques en matière de santé.</p> <p>Le développement de programmes de formation interprofessionnels.</p>		<p>Une augmentation au niveau du recrutement dans les programmes de formation en collaboration interdisciplinaire.</p> <p>Une augmentation du nombre de prestataires disposés à pratiquer dans des équipes interprofessionnelles.</p> <p>Un corps professionnel souple et capable de s'ajuster aux besoins reliés à la santé.</p> <p>Un système éducatif qui appuie le maintien des compétences (par ex. avancement par échelons, transferts)</p> <p>Les changements apportés à des titres d'admissibilité à la pratique n'auront pas d'effet pervers au niveau des coûts ou de l'accès aux services.</p> <p>Les changements apportés à des titres d'admissibilité à la pratique se traduiront par une amélioration des résultats obtenus en termes de santé.</p>

But No 2. Améliorer la capacité de chaque administration de mettre en place, en collaboration étroite avec le système éducatif, un corps professionnel doté des compétences théoriques et pratiques requises pour fournir des services de santé sécuritaires et de haute qualité en s'adaptant à des contextes novateurs de manière à répondre à l'évolution des systèmes de santé et des besoins de la population.

OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Moyen terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
2.3 Mettre en œuvre des efforts ciblés de recrutement des Autochtones dans les carrières de la santé.	Une campagne de promotion des carrières de la santé à l'intention de la jeunesse autochtone.	Une augmentation du nombre d'étudiants d'origine autochtone dans les programmes de formation aux carrières de la santé.		Davantage de soins accessibles aux communautés autochtones et des services mieux adaptés aux sensibilités culturelles. Un meilleur niveau de santé pour les populations autochtones.
2.4 Mettre en œuvre des efforts ciblés pour établir un corps professionnel diversifié du point de vue de la culture et de la langue et capable de répondre aux besoins de la population en matière de santé.		Une augmentation du nombre d'étudiants venant des communautés de minorités linguistiques dans les programmes de formation aux carrières de la santé.		Des services de santé mieux adaptés aux sensibilités culturelles pour les communautés minoritaires de langues officielles.
2.5 Réduire le fardeau financier des étudiants du secteur de la santé.	De nouvelles stratégies de prêt et de remboursement à l'intention des étudiants en médecine.	Des stratégies visant à réduire le fardeau financier des étudiants dans d'autres disciplines de la santé.		Une augmentation du nombre de postulants de haut calibre dans les programmes de formation aux carrières de la santé.

But No 3 Améliorer la capacité de chaque administration de se doter d'une palette adéquate de professionnels de la santé et de les répartir selon des modèles qui mettent à contribution toutes leurs compétences.

OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Moyen terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
3.1 Comprendre le rôle joué par les prestataires de service en fonction de leur champ de pratique et de leurs compétences.	<p>Examiner le rôle potentiel des médecins adjoints et d'autres groupes de prestataires.</p> <p>Des stratégies pour faciliter la mobilité des RHS et appuyer l'agenda stratégique f/p/t.</p>	<p>Des stratégies visant à faire face à tout obstacle légal ou réglementaire à la pratique en collaboration (par ex. la réforme de la responsabilité médicale).</p> <p>Un article examinant la faisabilité d'une harmonisation pancanadienne des champs de pratique, incluant un inventaire du champ de pratique et du rôle des prestataires agréés et soulignant ce qui les différencie.</p> <p>Élargir la reconnaissance des titres de compétence reconnus dans au moins une administration au Canada.</p>		<p>Une meilleure aptitude à optimiser le corps professionnel de la santé et à utiliser les compétences disponibles de manière efficace.</p> <p>Une meilleure aptitude des diverses administrations à optimiser le corps professionnel.</p> <p>Une plus grande mobilité des effectifs.</p> <p>Un plus haut degré de satisfaction chez les prestataires.</p> <p>Une plus grande efficacité dans le recrutement des RHS.</p>
3.2 Mettre au point des approches plus uniformes d'aborder les questions concernant la rémunération des RHS.	<p>Des bases de négociation communes concernant les barèmes et la rémunération des médecins.</p> <p>Une base de données multilatérale (inter-administrations) sur les relations de travail dans le secteur de la santé.</p>	<p>Évaluation de la pertinence actuelle de la base de données multilatérale (inter-administrations) sur les relations de travail.</p>	<p>Des modèles de rémunération qui favorisent un niveau d'effectifs suffisant, une répartition appropriée des diverses disciplines et une mobilité adéquate des RHS.</p>	<p>Une mobilité plus appropriée des RHS.</p> <p>Une harmonisation d'une administration à l'autre.</p>

But No 4. Améliorer la capacité de chaque administration de recruter et de maintenir en poste un corps professionnel viable dans un contexte de travail sain et sécuritaire.

OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Moyen terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
4.1 Accélérer et élargir l'évaluation des diplômés internationaux en sciences de la santé et leur intégration.	<p>Élimination des obstacles à l'évaluation, la formation et l'admission à la pratique des médecins.</p> <p>Mise en place de procédures cohérentes pour évaluer, former et admettre à la pratique les diplômés internationaux en médecine.</p>	<p>Élimination des obstacles à l'évaluation, la formation et l'admission à la pratique des infirmières.</p> <p>Mise en place de procédures cohérentes pour évaluer, former et admettre à la pratique les diplômés internationaux en sciences infirmières.</p>	<p>Élimination des obstacles à l'évaluation, la formation et l'admission à la pratique du personnel paramédical.</p> <p>Mise en place de procédures cohérentes pour évaluer, former et admettre à la pratique les diplômés internationaux des disciplines paramédicales.</p>	Des effectifs accrus de prestataires de services de santé qualifiés.
4.2 Rendre les carrières de la santé plus attrayantes.	<p>Une campagne générique de marketing de toutes les carrières reliées à la santé.</p> <p>Un cadre de référence sur les RH en santé publique.</p> <p>Un plan d'action pour rendre la carrière en médecine familiale plus attrayante, et des recommandations aux principales instances et aux administrations.</p>	Des stratégies visant à renforcer et à promouvoir les carrières dans des secteurs spécifiques et reposant sur l'agencement des systèmes et les modèles de prestation.		<p>Un corps professionnel plus stable.</p> <p>Un niveau d'effectifs adéquat et une répartition relative appropriée des diverses professions reliées à la santé publique de manière à répondre aux besoins des individus et de la communauté.</p> <p>Un accroissement du nombre de diplômés en médecine dont le premier choix d'internat est en médecine familiale.</p> <p>Des effectifs appropriés en prestataires de services de santé.</p> <p>Une plus grande satisfaction au travail pour les prestataires.</p> <p>Une amélioration du maintien en poste des prestataires.</p> <p>Une augmentation des demandes d'inscription et des inscriptions menant aux professions de la santé et des carrières dédiées à la conception des systèmes de soins.</p>

But No 4. Améliorer la capacité de chaque administration de recruter et de maintenir en poste un corps professionnel viable dans un contexte de travail sain et sécuritaire.

OBJECTIFS	ACTIONS			RÉSULTATS
	Court terme 1-2 ans	Moyen terme 2-4 ans	Long terme > 4 ans	
4.3 Améliorer la capacité de prendre des mesures pour régler les problèmes de santé et de sécurité au travail, et réduire les maladies et blessures reliées à l'exercice des professions de la santé ainsi que le taux d'absentéisme.	<p>Des initiatives relatives à la santé au travail et aux pratiques exemplaires.</p> <p>Établissement d'un partenariat avec la Commission des accidents du travail afin de réduire l'incidence des maladies reliées au travail.</p>			<p>Une amélioration de la santé et de la sécurité au travail.</p> <p>Une baisse des coûts associés à la maladie et à l'invalidité.</p> <p>Une amélioration du maintien en poste.</p>

IV. CONCLUSION

La planification des ressources humaines du secteur de la santé s'effectue dans le contexte d'un système et dépend de l'agencement de ce système ainsi que des modèles de prestation en usage qui, à leur tour, dépendent des besoins de la population en matière de santé.

La planification des ressources humaines du secteur de la santé est une science en pleine évolution. Tous les participants devront évaluer de façon continue l'impact sur les RHS des décisions prises au niveau des modèles de prestation et faire les ajustements requis en essayant de nouvelles stratégies, en réfléchissant à leur impact et en faisant les corrections nécessaires. Ainsi, tous les participants collaboreront à la maximisation des retombées bénéfiques potentielles d'une approche concertée tout en minimisant les éventuels effets non-désirables d'une approche pancanadienne.

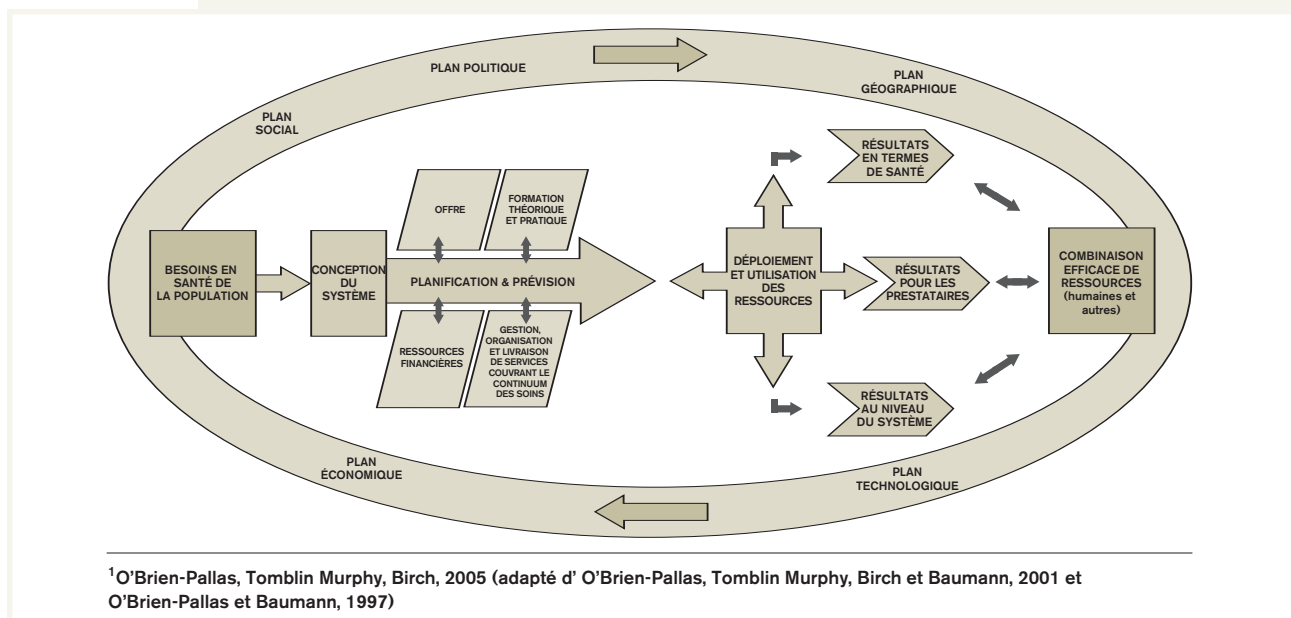
Il est important que les diverses administrations et leur système de soins aient une vision claire de ce qu'on y attend de la planification concertée des RHS. Une telle planification concertée à l'échelle pancanadienne peut les aider à développer et à maintenir en place un corps professionnel possédant les compétences lui permettant de soutenir le système de prestation en place et de faire en sorte que les citoyens y aient accès, dans des délais raisonnables, à des services de santé de haute qualité, efficaces, axés sur le patient et sécuritaires. Pour que la planification concertée à l'échelle pancanadienne permette d'atteindre ce type de résultats, les administrations devront établir des cibles réalistes et mettre en place des mécanismes de suivi.

ANNEXE : EXEMPLE DE MODÈLE CONCEPTUEL DE PLANIFICATION DES RHS

PAR GAIL TOMBLIN MURPHY

La figure 1 illustre un modèle conceptuel de planification des RHS basé sur les besoins de la population et dépendant de l'agencement du système de santé qui lui sert de contexte. Il a été développé par O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Birch, et Baumann (2005). [Fig. 1]. Il constitue une adaptation des travaux antérieurs de O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Birch, et Baumann (2001), de O'Brien-Pallas et Baumann (1997) et se situe dans la continuité du modèle d'utilisation des services de Anderson (1995), du cadre de référence sur la qualité des soins de Donabedian (1966), de la conceptualisation de la technologie dans les services à la population de Leatt et Schneck (1981), et des travaux d'un groupe canadien de réflexion dont les conclusions ont été résumées par Kazanjian, Pulcins et Kerluke (1992). Ce modèle conceptuel est conçu pour inclure les éléments essentiels de la planification des ressources humaines de manière à rendre compte de la dynamique d'interaction entre plusieurs facteurs qui n'avaient été conceptualisés que séparément (O'Brien-Pallas, 2002). Le modèle conceptuel permet à ceux qui formulent les politiques et la planification d'orienter leurs décisions en tenant compte de la conjoncture actuelle (comme les effectifs disponibles) et des facteurs dont on doit tenir compte lorsque l'on planifie les RHS (par ex., les ressources financières et les changements

Figure 1 : Modèle conceptuel des ressources humaines de la santé¹



au niveau de la formation conceptuel ou pratique des professionnels). Ce modèle conceptuel à système ouvert tient compte de facteurs qui, bien que jouant un rôle important dans la planification des RHS, peuvent avoir jusqu'ici été ignorés dans les exercices de planification. Ces facteurs comprennent notamment des composantes d'ordre social, politique, géographique, économique et technologique. La reconnaissance du fait que les ressources humaines du secteur de la santé doivent être alignées le plus possible sur les besoins en soins de santé de la population est au centre du modèle conceptuel (O'Brien-Pallas 2002).

Quand on l'utilise à des fins de planification, un modèle comme celui-là peut aider les responsables des politiques et de la planification à tenir compte de l'impact d'un éventail de variables dynamiques du système de santé sur :

- les circonstances actuelles (par ex. les effectifs professionnels disponibles)
- le niveau d'effectifs et les compétences dont on doit tenir compte dans la planification des RHS (par ex. ressources financières, changements au niveau de la formation professionnelle théorique et pratique)
- d'autres facteurs importants dans le processus de planification des RHS et qui peuvent avoir été négligés dans le passé, comme certains facteurs sociaux, géographiques, économiques et technologiques.

Les responsables de la planification peuvent utiliser ce type de modèle comme point de départ de simulations qui, à leur tour, peuvent fournir, en fonction des besoins de la population, des estimés des ressources humaines requises pour atteindre les résultats souhaités en termes de santé, de prestataires et de système.

ÉLÉMENTS DU MODÈLE CONCEPTUEL

La description des éléments du modèle conceptuel est basée sur les travaux de O'Brien-Pallas (2002).

Les besoins en santé de la population (facteurs basés sur les besoins) reflètent les caractéristiques multivariées des individus qui, au sein de la population, créent une demande pour des services de santé curatifs aussi bien que préventifs. Les besoins en santé de la population dépendent de plusieurs facteurs (Eyles, Birch, & Newbold, 1993) comme le niveau de santé réel ou perçu de la population, le statut socio-économique, les données démographiques et les comportements liés à la santé. Les besoins en santé sont influencés par des considérations sociales, culturelles, politiques, conjoncturelles, géographiques, environnementales et financières. Les besoins en santé de la population sont également influencés par les déterminants de la

santé incluant notamment : les attributs biologiques des personnes et leur réponse individuelle à ces attributs, le contexte social et physique où ils vivent, les conditions économiques (c.-à-d. la productivité et la richesse) de la société à laquelle ils appartiennent, et l'accessibilité du système de santé ainsi que sa qualité.

Il est important que les chercheurs et les responsables de la planification aient une image exacte de l'état de santé actuel de la population et des prévisions à cet égard. Comme le montre la figure 1, les besoins en santé de la population sont influencés par plusieurs autres éléments et influencent plusieurs autres éléments du modèle conceptuel (O'Brien-Pallas, 2002). L'échec des approches de planification qui reposent sur l'utilisation des RHS et le niveau d'offre est attribuable au manque de lien entre la planification et les besoins en santé de la population.

La conception du système : l'agencement des services de santé a un impact sur les ressources humaines requises. Le système est conçu de manière à répondre à un niveau donné de besoin au sein de la population. Les gouvernements (responsables des politiques et du financement), en partenariat avec des intervenants, choisissent les modèles de prestation des services (par ex. les soins primaires et les services de soins de courte durée) et le niveau des services requis. Ces activités de planification sont également conditionnées par des accords intergouvernementaux comme les ententes des premiers ministres sur les soins de santé visant à améliorer la sécurité des patients, à réduire le temps d'attente des interventions médicales, à fournir des services de soins à domicile et à accroître les initiatives de prévention.

La planification et la prévision reflètent la diversité des pratiques et des modèles de planification des RHS disponibles avec leurs postulats, leurs méthodes, leurs critères au niveau des données, et leurs limites. Cet élément du modèle conceptuel représente les méthodes concrètement utilisées pour prédire les besoins en ressources humaines et autres. La prévision des besoins en prestataires de services de santé varie selon la méthode utilisée pour faire ces prévisions. Le choix de méthode dépend de plusieurs facteurs, notamment les pratiques traditionnelles, les données disponibles, les pressions politiques et, en tout premier lieu, de la question à laquelle on tente de répondre. Il est important que les activités de prévision et de planification soient menées de manière continue et accompagnées d'analyses des données et d'évaluation des résultats.

L'offre est un élément qui reflète le nombre réel de prestataires agréés et non agréés, leur type et leur répartition géographique. Il tient également compte du fait que l'offre est fluide et dépend à la fois du système éducatif et d'autres facteurs comme le recrutement, le maintien en poste, l'admission à la pratique, la réglementation et les champs de pratique. L'offre est

sujette à des modifications selon certains indices associés au marché du travail comme le taux de participation, le nombre de prestataires par rapport à la taille de la population, le niveau d'éducation et les caractéristiques démographiques des prestataires, le statut par rapport à l'emploi et le secteur d'emploi (Organisation internationale du travail). Les décès, les départs à la retraite, l'émigration et l'immigration influencent également l'offre en prestataires. La distribution géographique des prestataires peut varier selon les grandes tendances économiques, selon les mesures incitatives en place et le style de vie choisi. La répartition des prestataires dans les divers segments du marché du travail peut dépendre de facteurs reliés au système éducatif comme le nombre de poste d'internat disponibles et le niveau de compétition, ou la disponibilité de postes de spécialisation pour les diplômés en sciences infirmières ainsi que le degré de sophistication technologique et les conditions de travail dans des segments concurrentiels du marché.

L'offre comprend également le type de services rendus possibles par les compétences de chaque prestataire, ce qui dépend à la fois de facteurs reliés au système éducatif et à des questions de normes et de champs de pratique ainsi qu'à des critères reliés à la réglementation des professions, c.-à-d. la certification, l'admission à la pratique, la réglementation et les contraintes locales imposées par l'employeur (O'Brien-Pallas, 2002).

Les ressources financières constituent un élément qui fournit un « contexte économique » aux décisions concernant les RHS et requiert un estimé de la conjoncture économique à partir de laquelle les ressources humaines de la santé qui font l'objet d'une prédiction seront financées. Cela permet d'estimer la fraction des ressources totales qui pourrait être allouée aux soins de santé et la fraction qui irait aux ressources humaines. Les décisions relatives à l'allocation des ressources aux soins de santé et à d'autres programmes publics seront probablement basées, entre autres, sur le niveau et la distribution des besoins de la population et sur le rôle que jouent les ressources humaines dans la réponse données à ces besoins. Cet élément réfère à la fraction totale du produit national brut (public et privé) allouée aux soins de santé (prévention et traitement), à la formation des prestataires, et à la recherche en santé. On doit chercher un équilibre entre le capital humain et le capital matériel. On doit pour cela déterminer le nombre adéquat de services de santé, leur répartition relative par disciplines et leur distribution. Des choix minutieux doivent être faits sur la base des meilleurs travaux de recherche disponibles et dans le contexte de choix sociaux plus vastes reflétés dans les réalités fiscales du moment. Les ressources financières doivent être allouées aux initiatives et aux dépenses en capital les plus susceptibles de répondre aux besoins en santé de la population. La combinaison de ressources financières réservée à la santé doit refléter un juste équilibre entre les ressources matérielles (comme la technologie, les médicaments, les lits d'hôpitaux, etc.) et les ressources humaines (OMS/WHO, 2000; O'Brien-Pallas, 2002).

La formation théorique et pratique (appelée « production » en anglais) désigne les diverses composantes de la formation des futurs prestataires de services. Les programmes de formation diffèrent par le niveau de qualification qu'ils requièrent et par leur approche pédagogique. Le nombre de places officiellement ouvertes dans chaque établissement varie selon les ressources financières et le nombre de places subventionnées. Le lien entre les besoins en santé de la population et la capacité future d'y répondre devrait impérativement faire partie des facteurs pris en considération lorsque l'on détermine le nombre de places à offrir dans toute discipline reliée à la santé (O'Brien-Pallas, 2002). Ce lien n'a pourtant pas encore été bien étudié.

La gestion, l'organisation et la livraison des services constituent un ensemble dont on reconnaît de plus en plus l'influence indirecte sur les résultats obtenus (O'Brien-Pallas, 2002). Cet ensemble comprend des variables clés ayant un impact sur la manière dont les services sont offerts (c.-à-d. les modèles évolutifs de prestation des services) dans tous les secteurs. Les caractéristiques de gestion et d'organisation (comme l'arrangement des structures, le degré de formalisation et de centralisation, la complexité du milieu de travail et la culture qui sont autant d'éléments ayant un impact sur la manière de travailler et sur les résultats) influencent à la fois la quantité et la qualité des services offerts ainsi que la santé et le degré de satisfaction des prestataires et les coûts associés à la prestation des services (O'Brien-Pallas, 2002).

Le déploiement et l'utilisation des ressources constituent un bloc représentant quantitativement et qualitativement les ressources mises en œuvre pour offrir des services de santé à la population en général. L'utilisation représente le genre et la nature des ressources utilisées par la population pour satisfaire ses besoins en matière de santé. L'efficacité et la performance de la prestation de services dépend dans une large mesure de l'efficacité et de la performance du déploiement et de l'utilisation du personnel. Les décisions prises concernant le déploiement et l'utilisation du personnel dans tous les secteurs du système de la santé influencent l'accès aux services et leur utilisation par la population ainsi que les résultats obtenus (O'Brien-Pallas, 2002).

Les résultats en termes de santé constituent un regroupement des facteurs reliés à la santé des personnes et des populations ou collectivités. Plusieurs indicateurs de statut sanitaire ont été élaborés tant à partir de sources primaires que secondaires incluant des sondages sur la santé des populations, les données sur la mortalité dans les statistiques de l'état civil, le registre du cancer, les diagnostics associés à la mise en congé des hôpitaux et aux réclamations des médecins pour la rémunération des prestations fournies. Comme exemple de certains de ces indicateurs mentionnés : les taux de mortalité prématurée (c.-à-d. avant 75 ans), l'espérance de vie, le taux de mortalité normalisé, les mortalités associées au cancer, aux accidents et aux

maladies chroniques, le taux de morbidité, le statut médical associé à une perte de fonctionnalité et à un état de santé perçu comme déficient, l'insuffisance de poids à la naissance et les résultats des soins prénataux. Ces indicateurs traduisent divers aspects de la santé d'une collectivité, allant de la morbidité et de la mortalité due au cancer, aux blessures, et aux maladies chroniques jusqu'aux handicaps des jeunes et aux conditions médicales associées à des pertes de fonctionnalité et aux jours d'activité réduite chez les personnes âgées (O'Brien-Pallas, 2002).

Les résultats pour les prestataires comprennent divers facteurs comme : l'état de santé du prestataire, le taux de maintien en poste, le taux de roulement du personnel, les congés de maladie, le degré de satisfaction au travail, le taux d'incidence de cas d'épuisement professionnel et autres indicateurs des réponses individuelle au travail et au milieu de travail (O'Brien-Pallas, 2002).

Les résultats au niveau du système sont les retombées en termes de coûts (financiers et autres), de bénéfices et de changements associés à la gestion et à l'utilisation des ressources reliées à la santé. Les éléments de mesure comprennent : les taux d'admission et de réadmission dans les hôpitaux, les visites à domicile, les dépenses dans les divers secteurs de la santé, le nombre de cas traités dans chaque discipline, le niveau de besoin de la population à qui s'adressent les services, la lourdeur des cas, l'efficacité par rapport aux coûts, l'efficacité des mises en congé de l'hôpital, la proportion de soins considérés comme de courte durée, le taux de chirurgie ambulatoire et de chirurgie avec hospitalisation, et le taux d'occupation des lits d'hôpitaux (O'Brien-Pallas, 2002).

Les facteurs de contexte relèvent du contexte social, politique, géographique, technologique et économique où se situe l'allocation des ressources en général et celle des ressources humaines de la santé en particulier. Ces facteurs influencent la planification des RHS dans la mesure où ils représentent des choix de société et les limites imposées à la fraction des ressources totales de la collectivité qui sera allouée à la santé et aux soins de santé. Ces éléments signalent également le cadre général où doivent se situer les politiques en matière de santé et de RHS. Les décisions concernant la planification des RHS sont également influencées par la présence ou l'absence de volonté politique d'investir dans une promotion du renouvellement des soins de santé parmi l'éventail des priorités en lice pour du financement. Au Canada, l'accès aux services, y compris aux ressources humaines, dépend aussi de facteurs géographiques. La santé de la population varie également en fonction de la géographie. L'arrivée de nouvelles technologies et les attentes qu'elles génèrent ont une influence sur les effectifs en cours de formation, sur le niveau de l'offre, et sur l'efficacité des prestataires de soins. Les facteurs économiques contribuent à la fois à l'état de santé de la population et à sa capacité de répondre raisonnablement à ses

besoins en santé. Les coûts potentiels d'un rehaussement des effectifs des ressources humaines consacrées à la santé devront toujours être soigneusement pondérés en fonction des autres priorités budgétaires. Outre ces facteurs de contexte, ceux qui formulent la planification doivent tenir compte des « chocs subis par le système » qui surviennent de temps à autre de manière imprévue et peuvent influencer le dossier des ressources humaines (par ex. les oscillations abruptes du paysage économique avec ses pics et ses vallées, les épidémies, les désordres politiques ou sociaux catastrophiques) (O'Brien-Pallas, 2002).

La combinaison efficace des ressources (humaines et autres) est simplement la quantité et le type de ressources requis pour optimiser les résultats tant en termes de santé que du point de vue de l'impact sur les prestataires et sur le système (O'Brien-Pallas, 2002).

Ce modèle conceptuel offre une plate-forme à partir de laquelle il est possible de faire des simulations du système de santé pour estimer, en fonction des besoins, les RHS requises pour optimiser les résultats désirés. Le modèle repose sur des données fournies par la recherche aux niveaux micro, meso et macro, recherche rendue nécessaire par la complexité des relations entre les diverses composantes d'un processus relatif aux ressources humaines en santé (O'Brien-Pallas, 2002).

RÉFÉRENCES

Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3), 1-10.

Birch, S., Eyles, J., & Newbold, K. (1993). Equitable access to health care: methodological extensions to the analysis of physician utilization in Canada. *Health Economics*, 2(2), 87-101.

Birch, S., O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Tomblin Murphy, G., and Thomson, D. (2003). Beyond demographic change in health human resources planning: An extended framework and application to nursing. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(4), 225-229.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care (Review). *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3 Suppl.), 166-206.

Eyles, J., Birch, S., & Newbold, K.B. (1993). Equity and healthcare: Analysis of the relationship between need for care and the utilization of nursing services in Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 25(4), 27-46.

Leatt, P., & Schneck, R. (1981). Nursing subunit technology: A replication. *Administrative Science Quarterly*, 26, 225-236.

Kazanjian, A., Pulcins, I. R., & Kerluke, K. (1992). A human resources decision support model: Nurse deployment patterns in one Canadian system. *Hospital Health Services Administration*, 37(3), 303-319.

O'Brien-Pallas, L. (2002). Where to from here? (Editorial). *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 3-14.

O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Baumann, A., & Birch, S. (2001). Document de travail : Comment les politiques et les pratiques relatives aux ressources humaines de la santé entraînent-elles le changement ? Dans Romanow, R.J. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport final*. Ottawa: Gouvernement du Canada.

O'Brien-Pallas, L., Birch, S., Baumann, A., & Tomblin Murphy, G. (2000). *Integrating workforce planning, human resources and service planning*. World Health Organization: Geneva.

O'Brien-Pallas, L., Birch, S., and Murphy, G. T. (2001). Workforce planning and workplace management. *International Nursing Perspectives*, 1(2-3), 55-65.

Tomblin Murphy, G. and O'Brien-Pallas, L. (2002). A Health human resources discussion paper: How do health human resource policies and practices promote or inhibit change? In Romanow, R.J. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada Final Report*. Ottawa: Government of Canada.

Tomblin Murphy, G. and O'Brien-Pallas, L. (2003). How do human-resources policies and practices inhibit change in health care? A plan for the future. In PG Forest, T. McIntosh, and G. Marchildon (Eds.) *Changing health care in Canada*. (pp. 150-182). Toronto: University of Toronto Press.

Tomblin Murphy, G. and O'Brien-Pallas, L. (2004). The Development of a National Data Set for Health Human Resources in Canada: Beginning the Dialogue. A working Document with Canadian Institute for Health Information. Ottawa: CIHI.

World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000. *Health systems: Improving performance*. Geneva, Switzerland: Author.