

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 28

Planification des soins : approches en matière de politiques et de planification des ressources humaines de la santé

par

Pat Armstrong, Ph.D.

Université York

et

Hugh Armstrong, Ph.D.

Université Carleton



octobre 2002

N° de catalogue CP32-79/28-2002F-IN

ISBN 0-662-87891-4

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles de l'(des) auteur(s), toutes ces études ont été soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	iv
Sommaire	vi
Introduction	1
La nature des soins	3
Les ressources humaines affectées aux soins	9
L'éducation axée sur les soins	13
Responsabilité et gouvernance en matière de soins	18
Complexité de la planification des soins	23
Conclusion	27
Notes	29
Bibliographie	30

Points saillants

Répondre à la question « Comment les politiques et les pratiques en matière de ressources humaines de la santé contribuent-elles à promouvoir ou à entraver le changement? » signifie que l'on doit d'abord décider de l'interprétation à donner aux soins et de la nature des changements en cause. Un modèle où les soins sont traités de façon distincte engendre des options différentes de celles d'un modèle où les soins sont considérés comme tout autre service, et une évolution continue vers la responsabilité individuelle engendre des besoins différents sur le plan des ressources que, par exemple, un programme national public de soins à domicile.

Voici certains des facteurs qui doivent être pris en considération :

- La gamme complète des prestataires de soins, rémunérés ou non, parce que tout changement dans le rôle d'un groupe de prestataires influera sur celui des autres. La recherche et les politiques ont tendance à mettre l'accent sur le personnel médical et infirmier qui ne représente que le tiers de la main-d'œuvre rémunérée dans le secteur de la santé et des services sociaux.
- Les caractéristiques de la population active et celles des personnes ayant besoin de soins, parce qu'elles ont une incidence sur les options qui s'offrent et la nature des soins requis.
- Les divers moyens de garantir l'obligation de rendre compte, outre les politiques axées sur la portée des fonctions, l'accréditation et l'attribution des permis.
- La reconnaissance des tensions à arbitrer dans l'élaboration des critères de reddition de comptes et la nécessité d'inclure les prestataires et les citoyens dans la prise de décision.
- La formation qui s'adresse à tous les groupes de prestataires.
- Les changements dans le contenu de l'enseignement formel visant à promouvoir la communication, le travail d'équipe, le savoir interdisciplinaire et une compréhension des déterminants de la santé — en particulier le sexe, le revenu et la culture.
- L'éducation continue en milieu de travail et à l'extérieur, le temps requis pour mettre en commun des connaissances sur une base quotidienne, ainsi que la reconnaissance de l'apprentissage tacite.
- L'harmonisation et la mise à niveau des programmes, conjuguées à une évaluation et à la reconnaissance des acquis préalables afin de permettre aux prestataires de s'adapter aux demandes nouvelles qui se posent dans des contextes particuliers.
- La recherche d'un équilibre entre les compétences spécialisées, d'une part, et une plus grande ouverture envers les nouvelles professions et le chevauchement des responsabilités, de l'autre, ainsi qu'un arbitrage des normes mais sans uniformisation qui ne tiendrait pas compte du contexte.
- Des politiques plus explicites sur les niveaux de responsabilité associés à la planification des ressources humaines de la santé.
- Une collecte plus systématique de données sur les ressources humaines de la santé.

- L'appui à de meilleures conditions de travail, à la sécurité d'emploi et à l'expansion des possibilités qu'ont les prestataires d'influer sur les décisions relatives aux soins.

Dans ce document, nous nous employons principalement à identifier des principes et des approches plutôt qu'à formuler des solutions particulières.

SOMMAIRE

Peu après que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada nous ait demandé de réfléchir à la question : « Comment les pratiques et les politiques en matière de ressources humaines de la santé contribuent-elles à promouvoir ou à entraver le changement? », l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié son rapport, intitulé *Les dispensateurs de soins au Canada*. Le Réseau canadien de recherche en politiques publiques a aussi produit un volumineux rapport résumant la documentation et les questions liées à la planification des effectifs en médecins et en infirmières autorisées. Plutôt que de reproduire ce qui se trouve dans ces rapports, nous avons pris pour acquis la masse de renseignements qu'ils renferment en cherchant à les compléter. Nous mettons l'accent sur l'identification de principes et d'approches en matière de planification du changement, plutôt que sur les détails ou sur la recommandation de solutions particulières.

Nous débutons par un examen des valeurs, parce qu'elles déterminent ce que font les prestataires de soins et la façon dont ils sont organisés pour faire leur travail. Nous présentons deux grands modèles axés sur la compréhension de la nature des soins en faisant ressortir leurs conséquences pour la planification des ressources humaines. Un modèle dans lequel les soins sont considérés comme un service distinct, où l'accent est mis sur l'autonomie, sur la reddition de comptes par l'intermédiaire de collègues prestataires, de jugements et de la spécialisation, et sur des équipes regroupant des compétences complémentaires. Un modèle dans lequel les soins sont considérés comme tout autre service, où l'accent est mis davantage sur la marge de manœuvre dont disposent les employeurs dans la répartition du travail, sur le contrôle de la gestion, sur la délégation des tâches aux prestataires de soins à moindre coût et sur la participation des citoyens par des moyens tels que les fiches de suivi. Ces aspects, et d'autres, des différents modèles sont eux-mêmes liés aux réformes actuelles et futures qui déterminent les besoins en ressources humaines dans le domaine de la santé. Quatre grandes réformes sont identifiées : une redéfinition des hôpitaux vers une spécialisation exclusive dans les soins les plus aigus, la prestation de soins de plus en plus complexes dans les établissements de longue durée, l'évolution vers des soins plus spécialisés à domicile, ainsi que la promotion de la réforme des soins primaires en s'appuyant sur la *télesanté*. De nouvelles initiatives, par exemple un programme national public de soins à domicile, auraient aussi des répercussions importantes sur les besoins en ressources.

Une fois établies les valeurs fondamentales, il est essentiel que l'éventail complet des prestataires soit inclus dans les plans de changement. La plupart des études et des débats de politique publique sont centrés sur le personnel médical et infirmier qui représente moins du tiers de la main-d'œuvre rémunérée du secteur de la santé et des services sociaux. Pourtant, la documentation sur les déterminants de la santé révèle que les gestionnaires et les préposés au nettoyage, les thérapeutes et les pharmaciens, le personnel de bureau et les diététiciens jouent tous un rôle essentiel sur le plan de la santé, en appuyant d'autres prestataires et en contribuant à un environnement sécuritaire pour la prestation des soins. En outre, le groupe le plus important de prestataires de soins demeure absent de la planification — les personnes soignantes non rémunérées, en majorité des femmes. Les changements qui concernent un groupe se répercutent nécessairement à l'ensemble de la main-d'œuvre rémunérée et non rémunérée.

Hautement organisée, hiérarchisée et partagée selon le sexe, la main-d'œuvre rémunérée est aussi vieillissante. Ces facteurs influent aussi sur les possibilités de changement. Il en est de même de la nature des soins requis par une population de plus en plus multiculturelle, raciale, éduquée et âgée, qui est plus à risque de contracter des maladies et des déficiences chroniques.

La planification de l'éducation devrait intégrer l'éventail complet des prestataires rémunérés et non rémunérés, tout comme elle devrait tenir compte de l'apprentissage formel, continu et tacite. Des programmes d'harmonisation et de mise à niveau, jumelés à des processus d'évaluation et de reconnaissance des acquis professionnels, permettraient aux prestataires de répondre aux demandes nouvelles engendrées par les réformes, l'évolution démographique et les nouvelles technologies. Des changements dans les programmes d'enseignement favoriseraient davantage l'aptitude à communiquer, les méthodes interdisciplinaires, le travail d'équipe et les connaissances requises pour participer activement à la planification des réformes et à l'évaluation des faits. L'apprentissage sur le tas permettrait de tenir compte des contextes et d'inciter les prestataires à accepter de travailler dans des établissements et des endroits différents.

L'obligation de rendre compte représente aussi un enjeu fondamental. L'attribution des permis et l'autoréglementation sont des moyens d'assurer l'obligation de rendre compte. Adaptées aux demandes nouvelles pour un plus grand partage des tâches, la transparence et la participation des citoyens, ces méthodes ont encore un rôle important à jouer. Les contrats négociés avec les organisations représentant les prestataires constituent un élément tout aussi important. Il faudrait accorder une certaine attention à l'absence de réglementation dans de vastes domaines du secteur de la santé, en particulier le travail des personnes soignantes non rémunérées. Les citoyens en général et les patients en particulier ont un rôle à jouer mais, comme dans le cas des prestataires de soins, il faut veiller à ce que leur participation soit significative. L'élaboration de mécanismes de reddition de comptes suscite inévitablement des tensions entre les personnes qui gèrent le système et qui prennent des décisions et celles qui assurent la prestation des soins, entre les patients et les prestataires et parmi les prestataires de soins eux-mêmes. Ces tensions doivent être reconnues et intégrées au moment de planifier le changement, en visant à réaliser un équilibre entre les normes et le besoin de conserver une certaine souplesse pour tenir compte du contexte dans lequel les soins sont dispensés.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont joué des rôles importants en façonnant à la fois l'offre et la demande. Ces rôles sont toutefois en déclin sous l'effet de la conclusion d'accords commerciaux internationaux, de la régionalisation, des contractions budgétaires, de l'instabilité du financement et de la privatisation. Certains moyens existent pour suivre l'évolution des ressources humaines de la santé aux paliers national, provincial et local. Avant de pouvoir entreprendre une planification plus efficace du changement, des décisions sont requises au sujet des responsabilités de chaque palier de gouvernement et des données de meilleure qualité doivent être recueillies. Il faudra aussi réaliser des arbitrages délicats entre les normes et l'uniformisation, et entre la planification et les choix à faire.

Ce qui est peut-être le plus important, les prestataires de soins, à tous les niveaux, seront plus ouverts à un changement positif s'ils jouissent de la sécurité d'emploi et de conditions de travail adéquates et s'ils sont invités à participer pleinement au processus décisionnel. Il est aussi plus probable qu'ils appuieront le changement si celui-ci est fondé sur une reconnaissance du caractère spécifique des soins de santé.

Pour toutes ces raisons, la planification des soins d'une façon qui reconnaisse le besoin simultané de changement et de stabilité est inévitablement un projet inachevé et complexe.

Introduction

Peu après que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada nous ait demandé de réfléchir à la question : « Comment les pratiques et les politiques en matière de ressources humaines de la santé contribuent-elles à promouvoir ou à entraver le changement? », l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié un rapport intitulé *Les dispensateurs de soins au Canada*. Le Réseau canadien de recherche en politiques publiques a aussi produit un volumineux rapport résumant la documentation et les questions soulevées par la planification des effectifs en médecins et en infirmières autorisées (Koehoorn, Lowe, Rondeau et coll., 2002). Plutôt que de reproduire ce qui se trouve dans ces rapports, nous avons pris pour acquis la masse de renseignements qu'ils renferment, en cherchant à les compléter. Nous mettons l'accent sur l'identification de principes et d'approches en matière de planification du changement, plutôt que sur les détails ou sur la recommandation de solutions particulières. Plusieurs solutions s'offrent à la Commission et au grand public. Dans l'étude, nous proposons des façons de les évaluer.

Pour répondre à la question de la Commission, il faut d'abord préciser la nature des changements en cause. Cela signifie qu'il faut identifier la nature des changements en cours et les options qui s'offrent quant aux changements futurs. Les choix relatifs à ces changements supposent nécessairement des choix quant à la nature des soins. Ce n'est que dans le cadre d'un modèle axé spécifiquement sur les soins que l'on peut établir si les initiatives de planification des ressources humaines de la santé sont ou seront couronnées de succès. C'est pourquoi nous centrons notre attention, dans la prochaine partie de l'étude, sur l'examen de deux modèles de soins distincts. L'adoption de l'un ou l'autre modèle façonnera les critères d'évaluation du succès des initiatives de planification et des recommandations plus spécifiques.

Cela ne veut pas dire que les critères d'une planification réussie sont simples ou manifestes. Même si l'on s'entend sur un modèle préféré de soins et, partant, sur l'orientation souhaitable du changement, la planification des ressources humaines de la santé demeure inévitablement une entreprise complexe et inachevée. Les contextes et la dynamique du changement, les tensions entre les divers critères compatibles avec le modèle préféré, ainsi que la complexité même du vaste domaine des soins de santé concourent tous à compliquer les choses. La prestation des soins de santé requiert la contribution d'un large éventail d'intervenants. L'expansion ou la contraction d'un groupe de prestataires et l'évolution des relations entre ces groupes auront des effets marqués sur la nature des soins disponibles. On peut dire la même chose de la formation des prestataires parce qu'elle influe sur les compétences et l'optique dans laquelle ils abordent leur travail et parce qu'elle représente un facteur déterminant du nombre de prestataires disponibles. Un autre élément important de la planification des ressources humaines de la santé est la nature du processus de décision, de réglementation et de contrôle des soins de santé. Cet élément a une incidence significative sur la qualité et la nature des soins et sur la façon dont les prestataires s'adaptent au changement. Dans les sections subséquentes, nous examinons les ressources humaines actuellement engagées dans la prestation des soins et les relations entre les groupes de prestataires, la formation axée sur les soins, ainsi que l'obligation de rendre compte et la gouvernance dans ce domaine. La gamme de ces sources d'influence sur la planification des ressources humaines de la santé et les tensions au sein de ces sources et entre celles-ci contribuent au caractère inévitablement complexe et incomplet de cette planification.

Avant de clore cette section, toutefois, il importe de faire mention de la nature des changements en cours. Depuis au moins un siècle, l'histoire des soins de santé au Canada a été marquée par une évolution constante mais, durant la dernière décennie, les réformes dans le domaine des soins de santé ont pris un caractère plus dramatique. Ces réformes revêtent quatre formes évidentes. La première est la restructuration des soins hospitaliers vers les interventions aiguës, de courte durée et tributaires de la technologie. Cette évolution est elle-même liée à la seconde, c'est-à-dire l'évolution significative des soins dispensés dans les établissements de longue durée. Les personnes qui reçoivent des soins de longue durée ont aujourd'hui des besoins médicaux plus complexes, auxquels viennent souvent s'ajouter des problèmes de santé mentale. Alors que les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée mettent aujourd'hui l'accent sur les soins médicaux de pointe, des soins de plus en plus complexes sont dispensés à domicile. Ce troisième aspect de la réforme, comme les autres, a été rendu possible par les progrès de la technologie et des médicaments, ainsi que par l'émergence de notions nouvelles sur la gestion, les responsabilités, les coûts, les faits et la nature des soins. Un quatrième type de réforme reçoit actuellement une attention accrue — les soins primaires et la télésanté. Toutes ces réformes se déroulent dans des contextes international et national en mutation profonde, un aspect sur lequel nous reviendrons plus loin. Ces contextes façonnent plusieurs des options disponibles de même que les conséquences des choix faits parmi ces options. À notre avis, de nombreuses propositions sur la planification des ressources humaines de la santé ne tiennent pas suffisamment compte de ces contextes.

Cela ne signifie pas que les réformes et les contextes actuels dictent étroitement les options de changement pour l'avenir. Des choix doivent être faits quant à la façon de définir et de dispenser les soins les plus appropriés possibles. Nous passons maintenant à un examen de différentes approches en ce qui a trait à la nature des soins et à certaines de leurs conséquences pour la planification des ressources humaines de la santé.

La nature des soins

Notre approche à la planification des ressources humaines de la santé débute par une reconnaissance du caractère spécifique des soins de santé. Dans cette optique, les soins de santé ne sont pas une activité commerciale comme les autres et les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé diffèrent de façons significatives de celles qui œuvrent dans les autres secteurs. Nombre de ces différences peuvent paraître évidentes — elles découlent du bon sens — mais il importe de les identifier parce qu'elles situent le contexte de tout examen du changement et de la planification des ressources.

Ce qui est peut-être le plus évident, les soins de santé concernent la vie humaine. Cela signifie que les risques et les conséquences ne peuvent être évalués exclusivement ou même principalement en termes économiques. Les soins de santé concernent aussi des personnes, chacune ayant ses propres problèmes de santé, spécifiques et complexes, et chacune étant le produit d'un contexte culturel, social et économique particulier. Même s'il importe clairement de rechercher des tendances au niveau de la santé des populations et de recueillir des données sur l'efficacité d'interventions particulières, il est tout aussi important de comprendre que ces tendances ne s'appliquent pas forcément à chaque individu, dans un contexte social donné. De fait, les données sur les soins de santé portent principalement sur ce qui donne des résultats relativement bons, la plupart du temps, pour une proportion significative de gens. Cependant, les décisions au sujet des soins prodigués concernent nécessairement des personnes et celles-ci pourraient ne pas correspondre au profil général. Les besoins en soins de santé et les méthodes permettant d'y répondre ne peuvent jamais être définis avec précision et de façon scientifique. Par conséquent, l'idée de pouvoir déterminer exactement l'intervention requise, par la bonne personne, pour la bonne personne, au bon moment et au bon endroit n'est tout simplement pas pertinente dans le domaine des soins de santé. Il faut l'intervention d'un professionnel qualifié pour faire le lien entre les données relatives à un cas spécifique, et une certaine confiance qu'il réussira à le faire. Quelle que soit la technologie, la médecine dépend de la qualité et de la crédibilité des relations personnelles entre cliniciens et patients et des structures qui les appuient (Mechanic, 2002, p. 466). La même chose s'applique au personnel infirmier et aux autres prestataires qui dispensent la plupart des soins quotidiens.

En outre, les soins sont un processus interactif dans lequel prestataires et bénéficiaires sont liés par des mécanismes qui ont forcément une incidence sur ce qui peut être fait et ce qui sera fait, ainsi que sur l'effet de leurs actions. Le meilleur cadre scientifique ne peut prédire avec exactitude comment un individu réagira à un traitement, parce que les soins constituent une relation entre des personnes, chacune intervenant avec ses propres attitudes, son expérience et sa situation. Il ne s'agit pas non plus de déterminer simplement ce qu'un prestataire particulier fera dans un cas donné. La santé tant des patients que des prestataires est déterminée par tout un éventail de facteurs, dont leur condition psychologique, sociale, physiologique, économique et matérielle, comme c'est le cas de leurs réactions. Et les événements douloureux, notamment le passage de la vie à la mort, engendrent des besoins particuliers sur le plan du soutien et des soins, pour les patients et pour les prestataires.

Ces caractéristiques distinctives des soins se répercutent sur le travail de prestation des soins. Cela signifie que les prestataires doivent être sensibles à l'intégralité de la personne et à ses contextes particuliers, tout comme ils doivent connaître les façons différentes et complexes dont les gens réagissent aux soins qu'ils reçoivent. Cela requiert toute une gamme de compétences complémentaires qui sont intégrées soit par les prestataires individuellement soit par différentes personnes collaborant à la prestation des soins. Ces caractéristiques uniques signifient aussi que de nombreuses personnes impliquées dans la prestation des soins doivent non seulement posséder toute une gamme de compétences, mais aussi disposer de l'autonomie requise pour porter des jugements sur les besoins particuliers de la personne à soigner et les possibilités de collaboration et de consultation. Les données servent de guide plutôt que de règles en la matière. Elles s'ajoutent à l'expérience et aux compétences pour créer l'expertise (Benner, 1984). L'autonomie exige que les prestataires assument des responsabilités et que l'on ait confiance qu'ils poseront des actes responsables. En outre, la nature des soins signifie que leur prestation met à contribution tout un éventail de compétences et d'endroits. Les prestataires se considèrent habituellement comme des travailleurs de la santé, peu importe qu'ils fassent une intervention chirurgicale ou qu'ils soient chargés du nettoyage après celle-ci, qu'ils administrent une régie régionale de la santé ou qu'ils prennent des rendez-vous pour des patients en clinique, qu'ils soient bien rémunérés pour dispenser des soins dans un hôpital ou qu'ils ne reçoivent rien en prodiguant des soins à domicile. D'ailleurs, les résultats de la recherche sur les déterminants de la santé corroborent cette interprétation.

Cependant, il serait faux de penser que cette vision des soins de santé est partagée de façon universelle. En fait, de nombreuses réformes entreprises au cours de la dernière décennie ont reposé explicitement ou implicitement sur l'hypothèse que les soins de santé sont une activité commerciale comme les autres et que les personnes employées dans ce système peuvent être gérées comme toutes les autres. Ces réformes ont été adoptées sans que l'on démontre qu'elles convenaient aux prestataires de soins et, parfois même, en l'absence de données indiquant qu'elles avaient donné de bons résultats dans d'autres secteurs.

Les fusions d'hôpitaux ressemblent aux fusions qui ont eu lieu dans le secteur des entreprises. Au Canada, plus de 30 grands hôpitaux universitaires ont récemment été amalgamés au sein d'organisations gigantesques (Levine, 2000, p. iii) et de nombreux petits hôpitaux communautaires ont été fermés ou transformés. Markham et Lomas (1995) affirment qu'il n'y a pas de preuve empirique démontrant que les grands hôpitaux multi-établissements engendrent des gains sur les plans de l'efficacité économique, de la qualité ou des ressources humaines, et des données indiquent que les coûts pourraient augmenter, que la souplesse et la capacité de répondre aux besoins individuels des patients pourraient diminuer et que les relations avec les employés pourraient se détériorer. De même, la réduction des effectifs dans les services de santé emprunte une stratégie appliquée dans d'autres secteurs, même si les études sur la réduction de la taille des entreprises indiquent qu'une majorité d'entre elles n'ont pas vu leur productivité augmenter, qu'un grand nombre ont vu leurs dépenses augmenter, et que tant le moral que la confiance en ont souffert habituellement (Appelbaum, Everard et Hung, 1999). En outre, l'« efficacité » pour une organisation équivaut souvent au simple délestage de coûts sur une autre organisation ou sur les particuliers et les ménages où ce sont habituellement les femmes qui doivent assumer le fardeau supplémentaire du travail non rémunéré. Dans les termes de Janet Gross Stein (2001, p. 71), l'efficacité est une notion intensément politique.

Entre 1994 et 1996, 85 p. 100 des hôpitaux canadiens ont réduit leurs effectifs dans une proportion de plus de 10 p. 100 (Wagar et Rondeau, 2000, p. iv). La baisse la plus importante est survenue dans les postes de gestion et de direction, mais 14 p. 100 du personnel d'entretien et 12 p. 100 du personnel infirmier a aussi été mis à pied. Une partie de cette réduction traduit l'adoption de technologies nouvelles qui ont rendu possibles la chirurgie de jour et la prestation de soins complexes à domicile, ainsi qu'une évolution philosophique à la faveur de laquelle les soins à domicile sont perçus comme étant non seulement de meilleure qualité, mais aussi en accord avec les préférences du public. Il n'est donc pas étonnant que la réduction des emplois se soit traduite par une baisse de satisfaction des employés et l'aggravation des conflits pour ceux qui sont demeurés en poste (Wagar et Rondeau, 2000, p. iv). Les nouveaux emplois créés dans la collectivité n'ont pas compensé les pertes d'emploi dans le secteur institutionnel (Kazanjian, 2000, p. 6), et peu a été fait dans les établissements de soins de longue durée pour tenir compte de l'évolution des besoins des patients. Dans l'intervalle, le virage vers les soins à domicile et les soins en établissement de longue durée a signifié, dans bien des cas, la transformation des soins en une activité commerciale puisqu'un nombre croissant de ces services sont offerts dans un cadre à but lucratif, par de grandes sociétés.

Des stratégies de ressources humaines ont aussi été importées de l'extérieur du secteur de la santé et elles ont également contribué au mécontentement et aux conflits. Les méthodes de gestion de la qualité totale ont été parmi les plus populaires, en partie parce que l'accent mis sur la participation et le travail d'équipe, l'amélioration des processus et de la satisfaction de la clientèle, la polyvalence et l'innovation semblent bien adaptés au secteur des soins de santé (Hassen, 1992). Cependant, dans le contexte des compressions de coûts, de la réduction des effectifs et de la perception des soins de santé comme une activité commerciale semblable à toute autre, ces promesses n'ont pas été remplies (Armstrong, Armstrong, Choinière et coll., 1997; Lam et Reshef, 1999). Au lieu d'un travail d'équipe, on observe souvent une fragmentation de la prestation des soins en une série de tâches exécutées par des prestataires peu qualifiés, coûtant moins cher, ou par du personnel volontaire, pour la plupart des femmes, qui n'a reçu qu'une brève formation.

Un plus grand contrôle de gestion, exercé notamment par des méthodes de mesure et de séquence de soins, et l'insistance sur la suppression du gaspillage défini comme les lits excédentaires ou le temps non consacré à l'exécution de tâches médicales, ont été des éléments clés de ces réformes. L'exercice du contrôle entre souvent en conflit avec l'exercice traditionnel d'un jugement clinique autonome de la part des professionnels de la santé. Du même coup, le nivellement hiérarchique a tendance à concentrer le contrôle au sommet tout en déléguant les responsabilités, avec moins de ressources, à ceux qui sont chargés de la prestation des soins. Un domaine où le conflit devient évident est celui de l'utilisation des technologies de l'information. Ainsi, la tenue informatisée des dossiers des patients, vantée à l'origine parce qu'elle facilitait le travail du personnel infirmier, améliorerait la coordination entre les activités médicales et infirmières et haussait la qualité des soins tout en abaissant les coûts a engendré une surabondance et une uniformisation des renseignements, un accroissement de la charge de travail du personnel administratif, une plus grande rigidité dans l'organisation des tâches et la négation de l'autonomie des spécialistes (Sicotte, Denis et Lehoux, 1998, p. 440-441). Le principal problème est l'incapacité d'harmoniser les technologies à la façon dont les soins infirmiers sont dispensés; en d'autres termes, l'incapacité de reconnaître la nature spécifique du travail de

prestation des soins. Les stratégies de mesure des tâches empruntées au secteur privé posent des problèmes semblables parce qu'elles supposent qu'une tâche particulière prendra le même temps à exécuter quel que soit le patient ou le prestataire.

Les conséquences de ces stratégies ressortent de façon évidente des taux élevés de maladie et de blessures parmi le personnel infirmier et les personnes chargées de les assister. Les travailleurs de la santé ont une probabilité plus de 50 p. 100 supérieure à celle des autres travailleurs de s'absenter du travail pour cause de maladie ou de blessure. Si le taux d'absentéisme des infirmières autorisées correspondait à celui des autres travailleurs, il y aurait près de 5 500 personnes de plus au travail, à temps plein, à chaque année (ICIS, 2002, p. 87), c'est-à-dire presque exactement le nombre de personnes ayant obtenu un diplôme d'infirmière autorisée ou un baccalauréat en sciences infirmières en 1999 (ICIS, 1999, p. 31). On observe des taux élevés d'épuisement, un sentiment d'insécurité professionnelle, notamment parmi le personnel infirmier moins expérimenté, et des tensions entre travail et famille (ICIS, 2002, p. 87). L'emploi à temps partiel et occasionnel y est beaucoup plus répandu que dans d'autres secteurs, de même que le ratio des personnes occupant plus d'un emploi. Ces tendances peuvent être liées aux stratégies de gestion qui ne tiennent pas adéquatement compte de la spécificité des soins de santé. Notant que les pratiques actuelles de gestion ont engendré une insatisfaction professionnelle croissante parmi le personnel infirmier, le Rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI, 2002) est explicite sur la nécessité de régler d'urgence les problèmes liés à la charge de travail, au temps supplémentaire, à l'absentéisme, à la maladie et aux blessures, au roulement, à la paperasse, à la gestion de première ligne par le personnel infirmier et aux postes d'infirmière chef. Le rapport débouche sur la conclusion qu'il faut non pas « rénover » la profession infirmière, mais plutôt les cadres de travail dans lesquels les infirmières pratiquent leur profession (CCCSI, 2002, p. 25). En d'autres termes, le besoin se situe au niveau des pratiques empruntées aux entreprises qui n'arrivent pas à reconnaître le caractère spécifique du travail de prestation des soins. La même chose est vraie pour le cadre de travail dans lequel évoluent les autres professionnels de la santé.

Évidemment, le Canada n'est pas le seul pays à se trouver dans cette situation. Les stratégies de gestion et les technologies connexes ont une portée universelle, tout comme, de plus en plus, le personnel de gestion. La participation plus grande du secteur à but lucratif au Canada s'est aussi traduite par l'entrée d'un plus grand nombre de sociétés étrangères dans le domaine des soins. Avec la tendance globale vers une définition des soins ressemblant à celle des services offerts par d'autres secteurs, on constate l'apparition de problèmes généralisés dans la conception des milieux de travail (Baumann et O'Brien-Pallas, 2001). Une étude portant sur le personnel infirmier dans cinq pays a mené à la conclusion qu'en tentant d'appliquer des modèles industriels, les gestionnaires d'hôpitaux ont engendré des problèmes au niveau de la conception des tâches qui entraînent la prestation de soins de qualité inégale, des erreurs médicales et des résultats préjudiciables pour les patients, ainsi qu'un plus grand mécontentement parmi le personnel infirmier et des taux élevés d'intention déclarée de quitter cette profession (Aiken, Clarke, Sloane et coll., 2001; voir aussi, entre autres, Burke et Greenglass, 2000). Qui plus est, on ne sait pas clairement dans quelle mesure les accords commerciaux internationaux forceront le Canada à poursuivre dans cette voie. Ce qui est clair, toutefois, c'est qu'ils imposent des limites à la mesure dans laquelle nous pouvons expérimenter, et que les expériences infructueuses seront coûteuses tant du point de vue des dépenses engagées que de la perte de

contrôle qui en résulte sur la politique de soins (Gold, 2002; Sanger, 2001; Pollock et Price, 1999). Il est aussi évident que, pour ceux qui négocient et appliquent les accords commerciaux internationaux, les soins de santé représentent une activité commerciale en croissance rapide. Ce contexte international doit être pris en compte dans l'élaboration des stratégies de réforme des soins de santé et, partant, des ressources humaines du secteur de la santé.

L'acceptation plus ou moins enthousiaste par les gouvernements, au Canada et l'étranger, du modèle des soins perçus comme une activité commerciale favorise la participation accrue d'entreprises à but lucratif dans le financement et la prestation des soins de santé¹. Mais une distinction doit être faite entre la comparaison des modèles et la description des secteurs public et privé. Dans cette section, nous comparons des modèles au lieu de décrire ces secteurs. Bien que notre préférence pour le modèle des soins perçus comme un secteur d'activité distinct soit évidente, l'argument central élaboré dans cette section est que le choix entre différents modèles a des conséquences pour la nature de la main-d'œuvre requise.

Le modèle des soins perçus comme une activité distincte privilégie l'acquisition des compétences, l'apprentissage continu par la pratique, l'autonomie clinique, la responsabilisation par des jugements fondés sur les faits et un examen par les pairs ou (moins souvent) les citoyens, de même que la collaboration au sein d'équipes regroupant des aptitudes complémentaires. Le modèle des soins envisagés comme toute autre activité commerciale met l'accent sur la division du travail en tâches apprises rapidement, la responsabilisation par des pratiques ancrées dans les faits et le contrôle de gestion, ainsi que le remplacement de prestataires hautement qualifiés par des prestataires ayant des compétences limitées et la souplesse dans l'attribution des tâches aux prestataires. Bien entendu, les deux modèles se recoupent. Ainsi, les deux encouragent la prestation d'une plus grande partie des soins par du personnel infirmier professionnel et des sages-femmes, mais pour des raisons différentes. Le premier modèle appuie ces prestataires parce qu'il s'intéresse à la personne dans son intégralité et accorde plus d'attention à la promotion de la santé, tandis que le second appuie ces prestataires parce qu'ils représentent des solutions de remplacement moins coûteuses aux médecins qui, autrement, dispenseraient les soins. Le premier modèle suppose une expansion des compétences; le second, une réduction de celles-ci. Les deux favorisent aussi une prise de décision fondée sur les faits, bien que le premier modèle considère les faits comme un moyen de donner aux prestataires un plus grand contrôle et d'améliorer les soins qu'ils dispensent, tandis que, dans le second, les faits constituent un moyen de contrôler les prestataires et de faire en sorte qu'ils dispensent les soins les moins coûteux. Chaque modèle englobe en outre des perspectives concurrentes au sujet des rôles qui devraient incomber à chacun. Ainsi, de nombreux médecins conçoivent les soins primaires dans le cadre d'un modèle médical où les médecins sont assistés par d'autres, tandis que les infirmières autorisées ont tendance à favoriser un modèle davantage axé sur la collaboration où elles jouent un rôle plus important.

Ces descriptions forcément brèves et simplifiées visent à démontrer l'importance des modèles et des contextes dans la structuration des soins. Avant que puisse s'amorcer la planification du changement, les modèles doivent être mieux précisés et des décisions doivent être prises au sujet du modèle qui prévaudra, et à quel degré. Ces décisions sont elles-mêmes liées à celles touchant à la nature des soins qui seront dispensés, à quel endroit et dans quelle structure. La mise en place d'un programme public national de soins à domicile ou de

soins palliatifs, par exemple, exigerait davantage de ressources, et le modèle encadrant le programme déterminerait la proportion de ces soins qui serait assurée par les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées ou d'autres prestataires rémunérés et non rémunérés, ayant ou non reçu la formation requise pour dispenser ces soins.

Les ressources humaines affectées aux soins

La main-d'œuvre du secteur de la santé est hautement organisée; 62 p. 100 de celle-ci est syndicalisée alors qu'une autre tranche est représentée par des organismes professionnels (Akyeampong, 2001, p. 52). Cette main-d'œuvre est fortement structurée, selon des modèles hiérarchiques complexes, bien que ces structures aient été déstratifiées au cours des dernières années avec la suppression de nombreux postes de gestionnaires intermédiaires et que le travail d'équipe ait toujours été présent dans la prestation des soins. Les médecins décident toujours de ce qui est médicalement nécessaire, mais leur autorité est de plus en plus contestée par les gestionnaires, les patients et les autres prestataires. Plus de trente professions et métiers sont réglementés en vertu de divers textes de loi provinciaux ou fédéraux (Koehoorn, Lowe, Rondeau et coll., 2002, p. 11), mais elles ne représentent qu'une minorité des effectifs du secteur et aucune réglementation n'existe pour les soins dont la prestation n'est pas rémunérée. En outre, il y a une variation considérable entre les sphères de compétence quant aux droits des prestataires individuels, des syndicats et des employeurs. On observe aussi une grande diversité dans les règles et les pratiques des différents lieux de travail. Tout aussi important, il y a des écarts significatifs entre ce que les gens font réellement et ce que la réglementation ou les documents de politique disent qu'ils font. Ainsi, les prestataires de soins à domicile et les employés d'hôpitaux évoluent dans des régimes différents, comme c'est le cas des médecins et des infirmières travaillant dans un même hôpital. Les infirmières en poste dans le Nord du pays exécutent un éventail de tâches beaucoup plus étendu que celles qui travaillent dans le Sud, et les soins dispensés en établissement uniquement par des prestataires réglementés sont souvent assurés à domicile par des personnes n'ayant que peu ou pas de formation officielle.

Ces structures signifient que les organisations qui représentent les prestataires de soins doivent participer au changement, et qu'il y a une gamme étendue d'organisations et de règlements à prendre en considération. Bien que ces organisations défendent les intérêts de leurs membres, cela ne veut pas dire nécessairement qu'elles font obstacle au changement ou qu'elles ne tiennent pas compte des besoins des patients. Ainsi, les études portant sur les grèves importantes survenues dans le secteur hospitalier montrent que les employés, à prédominance féminine, étaient préoccupés avant tout par la situation de leurs patients (White, 1990), tandis que les recherches axées sur les médecins indiquent qu'ils étaient beaucoup plus ouverts au changement avant les réformes récentes (Woodward 2000, p. 14). Dès lors, c'est la nature du changement qui est en cause, de même que la rapidité avec laquelle il se produit et la participation des prestataires aux décisions afférentes au changement.

Le secteur de la santé englobe un large éventail d'emplois. Le personnel infirmier représente 20 p. 100 des travailleurs rémunérés de ce secteur. Avec les médecins, qui demeurent le groupe le plus puissant dans le domaine de la prestation des soins, les infirmières sont le groupe ayant reçu le plus d'attention aux niveaux des politiques et de la recherche. Parmi les autres, il y a les dentistes professionnels, les travailleurs sociaux, les thérapeutes et les technologues, mais une proportion importante de la main-d'œuvre est représentée par les préposés à l'entretien, à la buanderie et à l'administration, les gens de métier et les assistantes diététiciennes. La Loi canadienne sur la santé reconnaît que toutes les personnes employées dans un hôpital jouent un rôle nécessaire dans la prestation des soins. Plus récemment, toutefois, ces services de soutien ont été comparés à des services hôteliers et certains ont été cédés en sous-traitance, en rejetant

explicitement toute notion de spécificité. Pourtant, les études montrent que la complexité technique des hôpitaux et les responsabilités confiées aux travailleurs de soutien exigent un ensemble différent de compétences et de formation que celui requis dans un hôtel, notamment parce que les soins deviennent de plus en plus complexes (Cohen 2001, p. i). En outre, ce travail est intégré à celui des professionnels et leur permet d'exercer leurs tâches spécialisées. Plus les soins se déplacent hors des hôpitaux, moins ils sont dispensés par des professionnels réglementés et plus il est possible que ces soins soient offerts par une entreprise. Cependant, des études réalisées en Colombie-Britannique indiquent que le travail de soutien a aussi une importance critique pour la santé des personnes qui reçoivent des soins à domicile (Hollander et Tessaro, 2001). La planification des ressources humaines de la santé doit donc tenir compte du soutien à apporter aux travailleurs non seulement au niveau des effectifs, mais aussi sur les plans de la formation et de la réglementation. Cela est notamment pertinent lorsque les soins se déplacent hors du cadre hospitalier et de celui des professions réglementées.

La main-d'œuvre du secteur des soins de santé révèle aussi une répartition marquée selon le sexe. Plus de 1,5 million de personnes font partie de la main-d'œuvre rémunérée du secteur de la santé et des services sociaux et plus de 80 p. 100 de ces personnes sont des femmes (ICIS, 2002, p. 40). Les femmes représentent une proportion équivalente des prestataires de soins primaires non rémunérés, bien que leur nombre réel soit plus difficile à déterminer. Nous savons que les personnes qui assurent des soins à titre de parent, d'ami ou de bénévole sont en nombre beaucoup plus important que les prestataires rémunérés, et que les services rémunérés sont complémentaires de ceux qui ne le sont pas, et non le contraire (Armstrong et Kits, 2001). Bien que les femmes soient entrées en nombre croissant dans la population active et dans les emplois du secteur des soins de santé traditionnellement dominés par les hommes, et que certains hommes aient commencé à occuper des emplois majoritairement occupés par des femmes, la profession infirmière et les professions de soutien demeurent l'apanage des femmes, comme c'est le cas des soins à domicile. De fait, le Forum national sur la santé (1997, p. 19) a employé le terme de « conscription » pour décrire l'obligation qu'ont les femmes d'assurer sans rémunération la prestation des soins à domicile aux membres du ménage. Cela signifie que l'on s'attend de plus en plus à ce que les femmes qui assurent des soins contre rémunération interviennent aussi pour prodiguer des soins sans rémunération à domicile.

Même sans enfant handicapé, un parent à la santé fragile ou un conjoint malade à la maison, les femmes ont une probabilité plus élevée que les hommes de vivre un conflit entre le travail rémunéré et la famille. Étant donné que la plupart des hommes gagnent encore davantage que la plupart des femmes, ces dernières ont aussi une probabilité plus grande d'être tributaires du lieu de travail de leur conjoint. Cependant, en raison du fait que leur conjointe occupe un emploi et de l'évolution des valeurs au sujet du rôle des parents, les hommes sont aussi moins disposés à travailler à des heures qui rendent difficile leur vie au foyer. En outre, la société incite les femmes à se sentir responsables des soins et elles font beaucoup d'efforts pour combler les lacunes croissantes du système, de façons qui rendent les conséquences des coupures moins visibles mais qui menacent leur santé. Tout aussi important, on attend d'elles qu'elles prodiguent des soins. Les systèmes de prestation reposent sur cette attente. Parce qu'elles prodiguent la plus grande partie des soins directs, les femmes sont aussi considérées comme responsables des soins par leurs employeurs, les patients et les organismes professionnels. De même, les personnes qui assurent les soins à domicile, sans rémunération ou formation, sont aussi tenues responsables des

soins requis par les membres de leur famille. La présence prépondérante des femmes dans ce type de travail a contribué à masquer de nombreuses compétences intervenant dans les soins et à rendre invisible le travail rémunéré et non rémunéré actuellement accompli par des femmes dans le but de combler les écarts laissés par les réformes du système de soins de santé (Morris, 2001). Ces tendances ont des conséquences profondes sur les plans de la rémunération, de la répartition des effectifs et de la localisation des soins, de même que sur l'ouverture au changement. Les politiques visant à promouvoir le changement doivent tenir compte à la fois des soins rémunérés et non rémunérés, ainsi que de la répartition des effectifs entre les sexes (Armstrong, Amaratunga, Bernier et coll., 2001).

La main-d'œuvre qui assure les soins de santé est par ailleurs vieillissante. En raison du fait que les femmes demeurent dans la population active et des réductions survenues dans l'embauche et la formation, l'âge moyen des personnes travaillant dans le système de santé dépasse sensiblement 40 ans pour la première fois. Cela signifie que de nombreux travailleurs éprouvent de plus en plus de difficulté à travailler dans les conditions actuelles. Un grand nombre approchent de la retraite ou envisagent de prendre une retraite anticipée. Ce qui est tout aussi important, la cadence accrue du travail limite les possibilités qu'ont ces personnes de partager leurs connaissances avec les nouveaux venus sur une base quotidienne. Cela signifie non seulement que la planification doit envisager le remplacement de l'important contingent qui partira bientôt à la retraite, mais des stratégies sont requises dès maintenant pour faire en sorte que les personnes actuellement employées demeurent en poste jusqu'à l'âge de la retraite et transmettent les connaissances qu'elles ont acquises durant leur période d'activité (Schetagne, 2001, p. 20; Kazanjian, 2000, p. 6; CCCSI, 2002, p. 37). Cela signifie aussi que les écarts importants qui existent au sein de chaque groupe professionnel doivent être pris en compte dans la planification. Qui plus est, les coupures effectuées durant la dernière décennie ont creusé un écart entre les groupes d'âge de la population active et l'on retrouve très peu de gens entre les groupes les plus âgés et les plus jeunes.

En outre, les ressources englobent les personnes actuellement sans emploi ou sous-employées dans le secteur des soins. Il y a celles qui ont déjà quitté parce qu'elles ont été mises à pied ou ont trouvé les conditions de travail trop difficiles, et d'autres qui ont vu leur horaire de travail réduit au temps partiel ou qui ne travaillent plus qu'occasionnellement. En outre, il y a les personnes qui ont encore un emploi mais qui n'ont pas la possibilité d'utiliser les connaissances et les compétences qu'elles possèdent. Ces personnes représentent un réservoir de main-d'œuvre qui pourrait être mis à contribution si les conditions changeaient pour leur offrir un emploi sécuritaire à temps plein et si elles bénéficiaient d'un soutien et du temps nécessaires pour dispenser les soins appropriés. Les prestataires formés à l'étranger représentent un autre bassin de main-d'œuvre auquel nous faisons de plus en plus appel. Cependant, cela signifie que d'autres pays paient pour la formation des travailleurs que nous y recrutons et que ces pays pourraient se retrouver privés des ressources dont ils ont besoin. Enfin, d'autres questions se posent au sujet de la culture des soins acquise à l'étranger et de la réglementation de la pratique professionnelle au Canada.

Enfin, la nature de la main-d'œuvre est liée à la nature des soins requis. Les besoins sur le plan des soins changent. Le changement dont on parle le plus est le vieillissement de la population. Ses conséquences alimentent un débat soutenu. Certains prédisent des effets

catastrophiques, tandis que d'autres soutiennent que les personnes âgées aujourd'hui sont en meilleure santé que leurs ancêtres et que les coûts des soins sont, à bien des égards, engendrés par les soins que nous offrons plus que par la demande de soins qui accompagne inévitablement le vieillissement (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001). Dans cette dernière optique, les changements qui s'imposent sont liés davantage à la nature des soins requis qu'au montant des ressources qui doivent y être consacrées. Un exemple qui pourrait permettre de réduire les coûts, tout en contribuant à un confort et à une dignité accrue, serait de réaffecter une partie des ressources vers les soins palliatifs. À tout événement, plus de services gériatriques sont requis. La plupart des personnes atteintes d'une incapacité grave vivent aussi plus longtemps, comme c'est le cas des personnes atteintes d'une maladie chronique. Certaines de ces personnes demandent un plus grand contrôle sur les prestataires de soins et toutes ont besoin de plus de soins. Une plus grande partie de la population a émigré au Canada en provenance d'Asie, d'Europe de l'Est, d'Amérique latine et des Caraïbes et une plus grande partie de la population est d'origine autochtone. Simultanément, les gouvernements offrent moins de mécanismes de soutien social, et il y a moins d'enfants pour soutenir les membres de la famille à un âge avancé, plus de femmes au sein de la population active et moins de conjoint(e)s en raison d'un taux de divorce plus élevé.

Une demande est également engendrée indépendamment de cette évolution démographique. La publicité accrue axée sur les médicaments et les traitements dans les médias de masse traditionnels et sur Internet a contribué à façonner la demande de soins, parfois de façons inappropriées. La conséquence de ce déluge d'information sur les soi-disant risques menaçant la santé est que les gens se sentent beaucoup plus vulnérables (Petrie et Wessely 2002, p. 690). Tous ces éléments influent tant sur la structure de la prestation des soins que sur la nature des soins requis et, partant, sur la nature des changements que les prestataires doivent envisager.

Pour conclure, une stratégie de ressources humaines efficace dans le domaine de la santé doit passer par la collaboration entre employeurs, syndicats et associations professionnelles; par la reconnaissance de la diversité des cadres de prestation des soins, des soins requis par la population et des professions impliquées dans les soins de santé; par la reconnaissance du rôle vital joué dans le système de soins de santé par les professions non réglementées et les personnes qui prodiguent des soins, sans rémunération, à des parents, des amis et des voisins; par des approches différenciées selon le sexe tenant explicitement compte des demandes concurrentes auxquelles doivent faire face les femmes en particulier; par des initiatives permettant de maintenir en poste les travailleurs plus âgés en les aidant à partager leur expérience avec les nouveaux venus dans le secteur de la santé; par des efforts visant à mieux utiliser les services des personnes sous-employées dans le secteur de la santé, de celles qui ont quitté ce qu'elles considéraient comme un domaine peu attrayant et de celles qui ont acquis des titres de créance à l'étranger que nous pourrions mieux reconnaître; enfin, par une attention constante à l'évolution de la population nécessitant des soins.

L'éducation axée sur les soins

L'historique de l'éducation axée sur les soins est en partie marquée par une spécialisation croissante, l'augmentation du nombre d'années d'études formelles et la formation continue (ICIS, 2002, p. 18-29). Simultanément, toutefois, un nombre croissant de prestataires de soins sont formés rapidement ou ne possèdent que peu ou pas de formation, notamment une formation en cours d'emploi. Même si la plus grande partie de la formation officielle est dispensée dans des établissements publics, il y a aussi de la formation structurée en milieu de travail. Les méthodes d'enseignement varient non seulement dans le temps et d'une sphère de compétence à l'autre, mais aussi selon les approches en matière de soins. La planification des soins doit tenir compte de tous ces aspects.

Une question fondamentale liée à la planification est de déterminer qui devrait recevoir une formation structurée sur les soins de santé. Même s'il y a consensus sur le fait que la santé dépend de tout un éventail de facteurs, y compris le contexte matériel et social, les soins de santé sont souvent traités comme un déterminant distinct des autres facteurs. Ainsi, les personnes définies comme les professionnels de la santé reçoivent une formation spécialisée, tandis que celles dont la tâche est de veiller à ce que les soins soient dispensés dans un cadre sécuritaire sont rarement obligées de suivre des cours axés sur la santé. Percevoir les fonctions de soutien comme des services hôteliers reflète une telle approche, mais on reconnaît de plus en plus aujourd'hui que ces prestataires doivent aussi posséder des compétences particulières. À titre d'exemple, des études réalisées à Montréal démontrent l'importance du travail des préposés à l'entretien des hôpitaux dans la prévention des maladies (Messing, 1998), alors que des hôpitaux de Colombie-Britannique préfèrent embaucher du personnel d'entretien ayant complété une formation de trois mois dans un collège communautaire (Cohen, 2001, p. 6). De même, des études sur le personnel administratif sont arrivées à la conclusion que le manque de cohérence et l'absence de normes de formation nuisent à l'efficacité et à la qualité des soins, suscitant des recommandations pour des programmes de formation destinés à refermer l'écart de compétences (Hospital Employees Union et coll., 1999, p. 13). Même si une part importante des soins est actuellement assurée à la maison par des parents, des amis et des bénévoles, il y a peu de formation structurée et encore moins de cohérence dans la façon dont on aborde cet écart de compétences. La formation insuffisante, observée aussi dans certains services de soutien rémunérés, traduit à la fois le caractère peu visible de ces tâches et la croyance selon laquelle les femmes, à qui incombe la plus grande partie de ce travail, sont naturellement douées pour donner des soins. Les conséquences sur le plan de la santé tant des personnes qui reçoivent les soins que des prestataires sont souvent négatives. Du même coup, la notion voulant que les soins de santé constituent une activité commerciale comme les autres signifie que les gestionnaires du secteur de la santé ne sont pas tenus de posséder une formation spécialisée en soins de santé. De fait, certains proviennent directement d'autres secteurs. De l'avis de Henry Mintzberg, peut-être le plus grand spécialiste en gestion au Canada, le culte de la gestion de l'efficacité mesurable a eu des conséquences immorales. Il illustre son point de vue en faisant référence aux soins de santé, où nous commençons à réaliser ce que nous avons perdu mais seulement après de nombreuses années. Ils [les gestionnaires qui appliquent une analyse avantages-coûts sans avoir de connaissance réelle des soins de santé] savaient ce qu'ils économisaient instantanément (cité dans Swift, 1999, p. 19).

La nécessité d'envisager la formation de l'ensemble des personnes œuvrant à la prestation des soins est elle-même liée à la formation au travail d'équipe. Il y a une longue tradition de travail en équipe dans le secteur de la santé, notamment parmi le personnel infirmier. Aujourd'hui, les pénuries de personnel infirmier, les efforts de compression des coûts et les nouvelles philosophies de gestion favorisent les stratégies permettant de mieux intégrer les infirmières auxiliaires autorisées, le personnel soignant auxiliaire et d'autres intervenants aux équipes de soins (Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada, 2000). De même, on s'intéresse à nouveau à la promotion d'équipes de soins primaires réunissant des infirmières professionnelles, des sages-femmes, des thérapeutes, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et d'autres. Cela pourrait donner lieu à des stratégies de formation du personnel actuel en vue d'un renforcement des compétences et d'une meilleure préparation au travail d'équipe. Ainsi, l'Hospital Employees Union affirme que le soutien du travail infirmier en équipe et une meilleure formation pratique du personnel infirmier contribueront pour beaucoup à réduire ces tensions et à améliorer la qualité des soins hospitaliers (Hospital Employees Union et coll., 1999, p. 3). Des programmes de formation transitoires permettraient aux prestataires non seulement d'acquérir les compétences appropriées, mais aussi de pouvoir passer d'une catégorie à l'autre sans compromettre les exigences professionnelles. L'accent mis sur le travail d'équipe pourrait aussi comporter une plus grande formation commune et interdisciplinaire dans les programmes d'enseignement de premier niveau, ainsi qu'une meilleure formation sur le tas au sein d'équipes de collaboration.

Il y a tout de même le risque que ces stratégies puissent aboutir à une substitution plutôt qu'à une complémentarité en servant à réduire les périodes de formation en institution et en milieu de travail plutôt qu'à reconnaître que tous les prestataires doivent acquérir un solide bagage de connaissances dans le domaine de la santé. On se préoccupe aussi de la possibilité que de tels cours déplacent en partie la formation axée sur les compétences critiques. En outre, on s'inquiète de la domination éventuelle d'une profession et d'un modèle de soins, les médecins et leur modèle biomédical étant notamment vus avec méfiance par certains. En Ontario, les sages-femmes ont opté pour un programme universitaire distinct en partie parce qu'elles craignaient la domination de la profession médicale. Enfin, les coûts de la formation continue et de l'éducation permanente posent aussi un problème, notamment pour les femmes, dont la plupart n'ont pas le temps ou l'argent requis pour suivre des cours en dehors des heures de travail rémunérées.

L'enseignement commun, les cours interdisciplinaires et la formation au sein d'équipes de collaboration ne sont pas les seules suggestions au niveau du contenu de l'enseignement pour les prestataires de soins qui les aideraient à mieux s'adapter au changement. Le fameux rapport Flexner sur les soins de santé, publié au début du vingtième siècle, affirmait que des cours en sciences humaines favoriseraient la communication avec les patients et les autres prestataires. Quelques progrès modestes ont été faits, en dépit des nombreuses autres études qui ont abondé dans le même sens. Les aptitudes à la communication ont reçu une attention accrue et sont devenues de plus en plus importantes au sein d'une population multiculturelle et hautement scolarisée. Internet a aussi accru la nécessité de posséder ces compétences, comme d'ailleurs l'accent mis sur les choix informés (Mechanic, 2002). On a aussi suggéré d'offrir des cours sur la structure du système de soins de santé, notamment à cette époque de changement rapide. Puisque l'on reconnaît aujourd'hui que l'inégalité, la culture, le sexe et les pratiques sexuelles sont des déterminants de la santé, ces sujets méritent aussi une attention. Et le vieillissement de la

population, conjugué au virage vers les soins communautaires et palliatifs, signifie que l'on doit mettre davantage l'accent sur les soins aux personnes âgées et les soins à domicile. Le passage à des stratégies de promotion de la santé, accompagné de pratiques mieux ancrées dans les faits, figure aussi au programme. Ici, le problème est bien entendu le temps limité que l'on peut consacrer à un programme, bien que ce problème puisse être résolu en intégrant tous les éléments dans le matériel didactique. Cette documentation pourrait aussi se retrouver inconfortablement intégrée à un programme d'enseignement privilégiant certaines formes de données (Muzzin, 2001). Une autre solution partielle serait de recourir davantage à des procédures d'évaluation et de reconnaissance de l'apprentissage acquis au préalable.

On pourrait faire une plus large place aux compétences et au contenu dans les programmes d'enseignement en milieu de travail, en insistant sur les besoins particuliers de la population et de l'endroit. L'enseignement en milieu de travail peut aider les prestataires à se familiariser avec les technologies nouvelles et les besoins nouveaux des patients. En exigeant qu'une certaine part de la masse salariale soit consacrée à la formation, comme on le fait actuellement au Québec, pourrait constituer une incitation en ce sens (Schetagne 2001, p. 20). Les études sur l'enseignement dispensé aux médecins indiquent que l'emplacement des établissements d'enseignement joue aussi un rôle. Les personnes formées en milieu rural ont plus de chance d'aller y travailler. On pourrait dire la même chose des personnes qui acquièrent une bonne partie de leur formation dans le secteur des soins à domicile ou dans des établissements de soins de longue durée.

Le travail d'équipe ne s'apprend pas exclusivement, ou même principalement, en classe. À vrai dire, une bonne partie de ce que les prestataires ont besoin de savoir est acquis de façon tacite, au contact des autres et hors des structures d'apprentissage formelles. De plus, les changements rapides qui se produisent dans les organisations du secteur de la santé et l'adoption continue de technologies nouvelles signifient que l'apprentissage doit devenir un volet régulier du travail de tous les prestataires. Certaines professions obligent leurs membres à suivre des cours d'éducation permanente. D'autres envisagent des façons d'évaluer périodiquement les compétences. Des contrats passés entre employeurs et syndicats font formellement place à des programmes d'apprentissage en milieu de travail. Mais il y a peu de cohérence parmi les politiques d'éducation continue dans les professions de la santé et peu de recherche au sujet de leur efficacité. En outre, peu d'attention a été accordée à la formation des personnes qui dispensent des soins de longue durée ou des soins à domicile afin qu'elles puissent répondre aux demandes nouvelles. Enfin, l'évolution vers les soins dispensés dans des ménages isolés signifie que les prestataires ont peu d'occasion d'apprendre et de partager au contact des autres à moins que des efforts délibérés ne soient faits pour susciter de telles possibilités.

Parallèlement à l'accent mis sur l'éducation permanente, on a observé un intérêt renouvelé envers l'apprentissage tacite et le mentorat. Du même coup, il est devenu de plus en plus difficile pour les prestataires expérimentés de partager leur savoir ou d'assimiler de nouvelles méthodes de travail. Cela est principalement attribuable au modèle d'organisation axé sur l'augmentation de la productivité à court terme, qui a eu pour effet d'accroître leur charge de travail en ne leur laissant que peu de temps ou d'énergie pour partager ou apprendre. Les travaux de recherche sur les soins infirmiers incitent à recommander une plus grande souplesse en permettant aux employés plus âgés de travailler moins d'heures tout en conservant leur poste permanent.

Cette souplesse à l'égard des employés plus âgés leur permettrait de continuer à travailler, tout en assurant un encadrement approprié des recrues par des infirmières autorisées d'expérience, avec un effet bénéfique sur les conditions de travail et la qualité des soins. Une telle politique passe par une collaboration soutenue entre les employeurs et les syndicats (Kazanjian, 2000, p. 6). De la même façon, un rapport sur les pénuries de compétences a débouché sur la recommandation que les employeurs négocient, dans les conventions collectives, des clauses permettant le passage graduel à la retraite, en prévoyant une période durant laquelle il serait possible de transmettre des connaissances aux travailleurs plus jeunes (Schetagne, 2001, p. 20). Bien entendu, cette approche signifie aussi que l'on accorderait aux jeunes travailleurs plus de temps pour apprendre, ce qui pourrait entrer en conflit avec les modèles « d'entreprise » axés sur des tâches mesurables et la réduction du coût des soins. Cette approche permettrait aussi aux travailleurs âgés d'apprendre auprès des plus jeunes. Bien que l'insistance sur l'apprentissage tacite se situe habituellement au niveau des particuliers, les groupes peuvent aussi apprendre et ils le font dans des contextes organisationnels spécifiques qui influencent la façon dont ils acquièrent des connaissances. En étudiant l'adoption d'une nouvelle technologie de chirurgie cardiaque, un chercheur américain est arrivé à la conclusion qu'il est peut-être même improductif d'inciter les organisations à adopter rapidement des technologies nouvelles qui requièrent des connaissances tacites pour qu'il y ait amélioration et qui soulèvent un besoin d'indépendance parmi les utilisateurs. Il en est ainsi parce qu'il est difficile d'expliquer comment améliorer le travail d'équipe et la coordination (Anonyme, 2002, p. 26). Il faudrait élaborer d'autres solutions, par exemple la participation à des équipes plus expérimentées, afin d'assurer le transfert des connaissances.

Des nouveaux secteurs d'activité, tels que la télésanté, imposent aussi de nouveaux besoins d'apprentissage. À l'heure actuelle, les services téléphoniques de dépannage font appel à du personnel infirmier expérimenté, formé pour assurer d'autres types de soins. Les évaluations ont porté davantage sur la mesure dans laquelle ces services réduisaient le recours aux salles d'urgence et aux cabinets de médecins que sur la nature des compétences requises (Lattimer, Sassi, George et coll., 2000). D'autres modèles de télésanté ont reçu encore moins d'attention dans les évaluations des aptitudes requises ou de l'éventail complet des besoins des patients. À titre d'exemple, il n'y a eu que peu de recherche sur le soutien social dans les situations où des patients sont traités à l'aide de systèmes de télécommunication.

Cela laisse sans réponse la question de savoir comment l'apprentissage est évalué et comment les diplômés sont reconnus. On observe d'importantes variations au pays dans la façon dont les gens passent des études à la pratique et peu de moyens existent pour suivre leur cheminement une fois leurs études complétées. Certains ont préconisé l'uniformisation des critères éducationnels et des normes d'admission à la pratique pour certaines professions, conjuguée à un numéro d'enregistrement unique qui permettrait de suivre le cheminement des professionnels. Cela nécessiterait une coordination beaucoup plus grande entre les diverses sphères de compétence et les organisations qui représentent les prestataires. Cela supposerait aussi une évaluation des coûts et des avantages. L'uniformisation ne fait pas l'unanimité. Elle pourrait nuire à la diversité apparue en réponse aux différences régionales dans les besoins et pourrait susciter une concurrence entre les régions pour attirer les prestataires.

On a accordé moins d'attention à l'évaluation et à la reconnaissance du savoir acquis antérieurement. Cette procédure nous permet de mettre à contribution des connaissances et des compétences assimilées grâce à l'expérience, ou dans un pays étranger, tout en profitant de la diversité de ces sources de compétences et connaissances. Les programmes de transition pourraient aider à combler la demande pour toute une gamme d'autres intervenants possédant des aptitudes utiles à la prestation des soins.

Si nous nous orientons davantage vers les soins de longue durée et les soins à domicile, un plus grand recours à des équipes de soins primaires et à la télésanté, à des interventions technologiquement plus complexes, ainsi qu'à un plus grand effort de promotion de la santé, alors les programmes d'enseignement en milieu de travail et à l'extérieur devront offrir un cadre propice à l'amélioration des compétences et des relations requises par ces types de soins sensiblement différents. Étant donné qu'il faudra forcément servir une population plus diversifiée culturellement et économiquement, avec une plus grande différenciation entre les sexes, les programmes d'enseignement devront sensibiliser les prestataires à cette diversité.

Responsabilité et gouvernance en matière de soins

Les débats au sujet de la responsabilité pour les soins de santé remontent aussi loin dans le temps que le serment d'Hippocrate. Durant la plus grande partie du vingtième siècle, on s'est efforcé de veiller à ce que ceux que l'on définit comme des professionnels possèdent les compétences nécessaires et s'en tiennent à des modes de pratique déterminés par leurs pairs. Les politiques visant à régir la portée des fonctions par l'attribution de permis, l'accréditation et l'enregistrement² traduisaient ce que les professions considéraient comme les compétences requises. De fait, la définition même d'une profession était, dans une large mesure, fondée sur la notion d'auto-réglementation et l'existence d'une somme de connaissances ancrées dans la théorie. L'histoire du vingtième siècle est jalonnée de processus qui ont permis à un nombre croissant de métiers d'obtenir le statut de profession, leur assurant à la fois une plus grande reconnaissance et un plus grand contrôle sur leurs tâches (Johnson, 1972). À compter des années 60, la crainte que les professions soient davantage vouées à leurs intérêts propres qu'à la protection des patients, conjuguée à une scolarisation croissante du public, a suscité des appels en faveur d'une plus grande participation des patients aux décisions touchant aux soins et à une plus grande participation des citoyens à la réglementation des professions (Blisshen, 1991). En conséquence, des membres du public ont été invités à siéger au sein des organismes de réglementation des professions, les procédures de ces derniers ont été rendues plus transparentes et l'on a reconnu aux patients certains droits (Flood et Epps, 2001, p. 4). Plus récemment, des modèles de réglementation axés sur les tâches ont été adoptés afin de limiter l'attribution de permis aux seules tâches considérées comme présentant un risque de préjudice sérieux. On s'intéresse aussi de plus en plus à la mise à niveau et à l'évaluation formelles des compétences, ainsi qu'aux enquêtes sur la satisfaction des patients.

De nos jours, l'accent est mis sur la pratique ancrée dans les faits, sur la limitation des coûts et sur une plus grande souplesse pour les gestionnaires dans la répartition des tâches. Les technologies de calcul comparatif permettent de rendre visibles [les activités] des particuliers, de calculer la mesure dans laquelle elles s'écartent de la norme de rendement et d'accumuler ces données dans des ordinateurs et des fichiers afin de les comparer (Peter Miller, cité dans Exworthy et Halford, 1999, p. 5). La responsabilité prend souvent sa dimension concrète dans des chiffres, et les stratégies comme celles établissant la rémunération des médecins selon un taux fixe pour chaque patient inscrit à la pratique (capitation et inscription) visent à faire en sorte que les médecins soient tenus financièrement responsables des soins. Beaucoup moins d'attention a été accordée aux professions non réglementées, même si leurs responsabilités et leur rémunération sont habituellement précisées par contrat. Les prestataires non rémunérés ne sont que rarement assujettis à des mécanismes formels de responsabilisation.

Ainsi, la responsabilité est un terme complexe qui peut prendre des significations passablement différentes. Dans les débats, on se demande à qui les prestataires devraient rendre des comptes, pour quelles actions et par quel mécanisme? Les prestataires sont-ils redevables à leurs pairs, à leurs patients, à leurs employeurs, aux citoyens qui les rémunèrent par leurs impôts, aux gouvernements qui décident des politiques, ou à tous ces groupes à la fois? L'obligation de rendre compte porte-t-elle sur les ressources, les pratiques, les opinions, les responsabilités ou les relations avec les collègues? Concerne-t-elle les rapports et l'évaluation périodiques, l'autoréglementation et les plaintes, ou l'enseignement et la mise à niveau périodiques?

On assiste aussi à des débats sur la rigidité des lignes de démarcation qui définissent la portée des fonctions des différents prestataires.

Il n'y a pas de réponses simples à ces questions, mais plutôt des tensions à équilibrer dans l'élaboration de stratégies qui paveront la voie à des changements positifs.

Premièrement, il y a des tensions entre les gestionnaires/employeurs/gouvernements et les prestataires au sujet du contrôle et de la nature de leur pratique. Les gestionnaires et l'État favorisent une main-d'œuvre flexible, en cherchant à imiter les pratiques du secteur des entreprises. La polyvalence faciliterait le déploiement des effectifs et l'adoption de nouveaux modèles relatifs à la portée des fonctions, en permettant à un plus grand nombre de prestataires d'accomplir des tâches actuellement soumises à des restrictions. Une répartition des tâches permettrait le remplacement de certains travailleurs par d'autres, libérant ainsi les plus spécialisés pour certaines tâches particulières, ainsi qu'une formation plus rapide pour les tâches définies comme étant les moins spécialisées. Plus les soins s'éloignent du cadre hospitalier et des professions réglementées, plus on préconise la flexibilité.

À l'encontre de cette position, on retrouve ceux qui appuient la prestation collégiale de services intégrés, fondée sur la reconnaissance de compétences spécialisées et complémentaires, et le besoin d'assurer l'intégralité des soins dont un patient a besoin, ainsi que sur le caractère souhaitable de l'autoréglementation. À titre d'exemple, les organisations d'infirmières affirment que les soins dispensés dans les établissements de longue durée requièrent l'intervention de prestataires réglementés et une mise à niveau périodique des compétences pour permettre de faire face aux besoins nouveaux et à l'adoption de technologies en constante évolution. Au niveau tant des gouvernements que des groupes de prestataires, on assiste aussi à des différends sur le degré de spécialisation requis. Ainsi, les infirmières autorisées ont longtemps été divisées sur l'opportunité d'imposer le baccalauréat en sciences infirmières comme norme de formation minimale. Ce débat persistant traduit, en partie, des visions différentes des soins.

Il y a une abondance de données montrant la nécessité de recourir à la réglementation et à des travailleurs hautement qualifiés, notamment pour les soins dispensés par les infirmières autorisées (CCCSI, 2002, p. 24). Les règles d'attribution de permis liées à la portée des fonctions contribuent à protéger les patients et les prestataires. De fait, on peut présenter un argument en faveur d'une extension de la réglementation aux groupes émergents. Les techniciens en pharmacie constituent ici un exemple (Peartree Solutions, 2001). Pourtant, les variations observées au pays dans la définition de la portée des fonctions et des personnes assujetties à la réglementation, et les variations observées au sein des provinces relativement à qui fait quoi, laissent penser que ces lignes de démarcation ne peuvent être tracées de façon rigide. Il en est de même du chevauchement des secteurs de services visés. Les faits montrent que les infirmières professionnelles et les sages-femmes peuvent accomplir de façon sécuritaire certaines tâches relevant des médecins. Mais il y a eu beaucoup moins d'études sur l'effet de la polyvalence des tâches dans le secteur des soins de santé et sur le recours à d'autres prestataires. Les techniciens en pharmacie fournissent encore ici un exemple. Le fait que l'utilisation structurée d'une main-d'œuvre adéquatement formée, mais ne détenant pas de permis, puisse être bénéfique aux organisations, aux patients et aux professionnels de la santé soulève peu d'opposition

(Backman, 2000, p. 33). Ce qu'il faut faire c'est d'assurer un équilibre entre la protection des compétences et la souplesse.

Des tensions entre gestionnaires et prestataires surgissent non seulement au sujet des compétences, mais aussi du contrôle. Les gestionnaires tentent d'exercer un plus grand contrôle sur ce que font les prestataires aux fins de la planification et de la compression des coûts, mais aussi parce qu'ils voudraient que les prestataires en général, et les médecins en particulier, assument une plus grande responsabilité pour le contrôle des coûts. La réduction du nombre de lits dans les hôpitaux et les séquences de soins sont des exemples du premier; la capitation et l'inscription à une liste de service sont des exemples du second. Le versement d'un salaire aux médecins représente une solution mitoyenne entre la capitation et la rémunération à l'acte, qui permet de dissocier le contrôle des coûts des actes médicaux posés ou du nombre de patients soignés tout en offrant un meilleur potentiel de choix en fonction des besoins. Du même coup, les prestataires affirment que seuls leurs pairs sont en mesure d'évaluer les soins qu'ils dispensent, et qu'ils ont besoin d'autonomie pour exercer leur jugement devant les faits de chaque cas. Certains voient l'autonomie comme liée intégralement au mode de paiement. Le personnel de soutien soutient aussi qu'il a besoin de souplesse dans l'organisation de son travail afin de pouvoir décider de la qualité requise dans des cas particuliers. En outre, la confiance est un ingrédient critique et essentiel du système parce que les prestataires ne peuvent être soumis à une surveillance constante et parce que des règles ne peuvent être élaborées pour chaque cas. Ici aussi, il y a lieu d'arbitrer les tensions plutôt que de choisir une approche au détriment de l'autre. Mais il est clair que lorsque les prestataires et leurs organisations participent réellement et pleinement à la conception et à la mise en œuvre des changements, il y a moins de risque qu'ils s'y opposent. Ce qui est plus important, ils contribuent à une meilleure prise de décision sur l'opportunité de procéder à des changements, la rapidité avec laquelle on devrait le faire, et dans quel sens (voir, par exemple, Carrier et Tolbert, 1998, notamment aux p. 20-23 et 28).

Deuxièmement, il y a des tensions entre patients et prestataires. Plusieurs patients, mais non tous, souhaitent influencer les décisions prises en matière de soins et avoir leur mot à dire sur les traitements qu'ils reçoivent, tandis que de nombreux prestataires souhaitent conserver l'autonomie nécessaire pour orienter les soins à donner aux patients en fonction de leurs connaissances. Les responsables des politiques sont en faveur de la participation des patients et des citoyens afin de promouvoir une utilisation appropriée des services, à un bon ratio coût-efficacité, de réduire la dépendance, d'améliorer la capacité de réponse du système et d'accroître l'acceptation et la compréhension des décisions prises au niveau des politiques (Coulter, 2001). La participation peut être un moyen de faire face à la demande croissante de services. Les sondages auprès des patients, les aides décisionnelles, les jurys de citoyens et les chartes des droits des patients sont autant de moyens qui ont été proposés pour améliorer les soins et imposer aux prestataires l'obligation de rendre des comptes.

Les critiques affirment que les patients ne sont souvent pas en position de porter un jugement parce qu'ils n'ont pas les connaissances requises, le temps ou l'incitation à le faire, et parce que leur participation peut contribuer à renforcer certains préjugés à l'endroit de certains groupes, comme les homosexuels ou les personnes atteintes d'une maladie mentale (Rosén, 2001). La plupart des évaluations faites par les patients ont un caractère sommatif plutôt que formatif; en d'autres termes, les patients cotent les soins plutôt que de proposer des moyens de les améliorer.

Les données administratives sur le rendement comportent aussi de sérieuses limites, donnant l'impression d'une évaluation de la qualité alors qu'elles ont souvent peu d'utilité pour faire une distinction entre les services (Naylor, 2002). Une étude américaine sur les fiches d'évaluation des hôpitaux a révélé que les cotes accordées permettaient difficilement de départager les processus de soins ou les taux de mortalité de deux hôpitaux (Krumholz, Rathore, George et coll., 2002, p. 1277). Le classement des hôpitaux de la revue *Maclean* est, de la même façon, limité à des paramètres simples qui ne peuvent rendre justice au caractère multidimensionnel des indices d'efficacité des traitements ou des contextes dans lesquels sont dispensés les soins de santé dans le monde réel (Page et Cramer, 2001, p. 297).

Par ailleurs, les patients pourraient avoir un choix plus limité de services, notamment dans les régions rurales, de sorte que les données risquent simplement de susciter de l'anxiété au sujet des soins, tout en incitant à blâmer les prestataires pour des problèmes imputables au système plutôt qu'aux méthodes employées par un prestataire. En fait, diverses formes de participation pourraient servir principalement à légitimer des décisions de rationnement et à déplacer le blâme. La participation des patients n'a pas d'utilité si le système n'est pas en mesure d'y réagir et, elle s'inscrit trop souvent dans un modèle de soins centré sur le « consommateur » ou le « marché », où la qualité et l'accès sont définis exclusivement en termes de choix individuel et d'achat de soins. Tout aussi important, une stratégie centrée sur les demandes des patients ne tient pas compte des façons dont le secteur privé, à but lucratif, tente de stimuler la demande afin de mousser les ventes. La publicité sur les médicaments d'ordonnance qui cible directement le consommateur est un exemple à cet égard (Mintzes, Barer, Kazanjian et coll., 2002).

Une distinction doit être faite entre la participation individuelle des patients à leur propre formation, diagnostic et traitement, et la participation plus collective des citoyens à la prise de décision en matière de soins de santé. On doit aussi faire la distinction entre consultation et prise de décision, et entre participation régulière et intervention occasionnelle. On a démontré avec succès l'utilité de la participation régulière des citoyens au sein d'organismes de réglementation et de régie, où ils acquièrent des connaissances et de l'expérience tout en faisant valoir leur propre expertise dans le processus. Leur mode de sélection (nomination ou élection) et leur représentativité (eux-mêmes ou un groupe particulier) sont des questions plus litigieuses, tout comme le processus décisionnel. Il en est de même de la consultation des citoyens sur la nature des services qui devraient être offerts, et à qui. Si les citoyens qui siègent aux régies régionales participent aux décisions sur les grandes politiques de services, les prestataires conservent habituellement le droit de définir ce qui est nécessaire dans un cas donné, y compris de définir ce qui est médicalement nécessaire. De façon similaire, des questions se posent au sujet de l'obligation de rendre compte des professionnels, à titre individuel, et de leur participation en tant que groupe à la prise de décision. En plus de favoriser la satisfaction au travail, la participation à la gestion et à la gouvernance permet au système de profiter de leur expertise et incite les prestataires à être plus ouverts au changement (Backman, 2000, p. 28). Les critiques nous préviennent toutefois que ces groupes interviennent principalement pour défendre leurs intérêts, et certains craignent que les médecins, notamment, en viennent à dominer le processus. Ce qu'il importe de bien équilibrer ici, c'est non seulement le jugement exercé par les prestataires et les droits des patients ou des citoyens, mais aussi la responsabilité des concepteurs de politiques de décider et d'assumer la responsabilité de leurs actions, d'une part, et la responsabilité et les droits des patients, de l'autre.

Troisièmement, il y a des tensions parmi les prestataires. Des médecins ont lutté farouchement contre l'octroi de permis aux sages-femmes, des infirmières autorisées ont lutté contre l'embauche d'infirmières auxiliaires autorisées, et ainsi de suite. Ce faisant, ils protègent non seulement leurs intérêts, mais aussi (dans leur perception) la qualité des soins dispensés dans les conditions actuelles. À titre d'exemple, des études révèlent que la qualité des soins dans les hôpitaux et les établissements de longue durée est directement liée à la proportion d'infirmières autorisées : plus est grande leur part du travail accompli, plus est élevée la qualité des soins (Shamian et Thomson, 1999). De plus, la capacité des infirmières de pratiquer leur profession selon les normes et les valeurs qui lui sont propres est un déterminant clé de leur satisfaction et de leur engagement (Backman, 2000, p. 28). Le morcellement des soins en multiples tâches réduit la capacité d'offrir des soins intégrés en tenant compte de la gamme complète des soins que l'on peut dispenser. L'insécurité d'emploi, conjuguée aux efforts faits pour réduire les soins à une série de tâches simples à maîtriser, et la perte d'autonomie sont donc des facteurs importants dans l'explication de la réticence à redéfinir la portée des fonctions.

Pourtant, il n'est pas nécessaire que l'évolution vers une plus grande souplesse et le travail d'équipe passe par l'abandon de la réglementation sur la portée des fonctions ou qu'elle compromette la qualité de la prestation. Il est possible d'organiser les soins intégrés en élargissant le groupe d'intervenants et en fondant les soins sur leurs compétences combinées et leur collaboration. Cela exige une appréciation des compétences propres aux autres prestataires et une prédisposition à partager le pouvoir. Une telle stratégie peut garantir la qualité tout en permettant à un éventail plus étendu de prestataires de participer et de partager à la fois le savoir et la responsabilité. Travailler en équipe rend aussi le travail quotidien plus visible, ce qui favorise la responsabilisation des prestataires envers ceux qui sont informés sur la qualité des soins. Cependant, ce genre de stratégie requiert la sécurité d'emploi et de revenu, ainsi que la reconnaissance des besoins de formation et de l'importance des compétences. Enfin, le travail d'équipe ne peut constituer la seule solution parce qu'il est difficile d'organiser des équipes et parce que cette formule ne convient pas dans certains domaines.

Pour transformer l'obligation de rendre compte en changement, il faut reconnaître qu'elle va bien au-delà de la dimension financière, et que cette dimension suppose des valeurs. La qualité des soins entre aussi en ligne de compte, tant à court terme qu'à long terme, tout comme la confiance à l'égard des prestataires et du système. Il est difficile d'ancrer l'obligation de rendre compte pour les soins dans un modèle de marché où prédominent la concurrence et le choix. Dans un tel modèle, trop d'aspects ont un horizon limité et sont confidentiels, et trop peu d'éléments sont sûrs et continus. Si les soins doivent être intégrés, il y aura trop peu d'organisations disponibles pour faire des choix entre des concurrents véritables. Aussi, les enjeux sont beaucoup trop élevés et les moyens d'évaluation beaucoup trop restreints pour que l'obligation de rendre compte repose sur la concurrence, même s'il y a suffisamment de prestataires pour engendrer une rivalité. Toute stratégie de responsabilisation engendre des tensions qui doivent être prises en compte, et cette prise en compte signifie une collaboration continue entre la gamme complète des organisations représentant les prestataires, les employeurs, les patients et les gouvernements. Enfin, les prestataires ont plus de chance de manifester de l'ouverture face à de nouveaux mécanismes de responsabilisation si leur emploi est garanti.

Complexité de la planification des soins

Les facteurs sociaux, économiques, politiques et démographiques définissent les contextes dans lesquels se manifestent les besoins et la demande de soins de santé. Il en est de même des hypothèses sur la nature des soins et la façon dont ils devraient être dispensés parce qu'elles influent sur le genre de prestataires requis.

Si la préférence se porte vers le caractère spécifique des soins, les équipes de collaborateurs fondées sur la reconnaissance de compétences complémentaires auront alors la faveur, bien que de multiples modèles seront envisagés pour répondre aux besoins sensiblement différents de diverses populations et à la variété des modèles de pratique. Cela signifie qu'il faudra continuer à privilégier les compétences spécialisées et la portée des fonctions, tout en permettant l'exercice d'un plus grand nombre de professions comme les sages-femmes et les travailleurs paramédicaux, et plus de chevauchements dans les pratiques. Les professions naissantes, comme celles d'aide-pharmacien, et les nouveaux champs d'activité, tels la télésanté, exigeraient une réglementation et une formation spécifiques. Les personnes qui travaillent dans des établissements de soins de longue durée ou qui dispensent des soins à domicile participeraient à des programmes de recyclage afin de pouvoir répondre aux demandes nouvelles et l'on appuierait les programmes de formation transitoires. Une attention particulière serait accordée à la formation du personnel de soutien et des prestataires non rémunérés. Cela signifierait aussi le retour de certains gestionnaires intermédiaires possédant une formation dans le domaine qu'ils dirigent, en réduisant l'accent mis sur les soins médicaux dans certains domaines. Tout aussi important, les prestataires et les organisations qui les représentent participeraient à la prise de décision au sujet des changements envisagés et joueraient un rôle important dans l'élaboration des mécanismes de reddition de compte.

Si l'accent est mis sur les pratiques d'affaires et les coûts, les équipes fondées sur une vision beaucoup plus souple de la portée des fonctions et une formation limitée axée sur des tâches spécifiques deviendraient la norme, tant dans les établissements qu'à l'extérieur. L'obligation de rendre compte s'orienterait vers la collecte de données, les facteurs financiers et le contrôle de gestion. La formation des gestionnaires privilégierait les aptitudes commerciales et non les aptitudes spécifiques aux soins de santé. La participation des patients serait encouragée, ainsi que la mesure des résultats par le public comme moyen de promouvoir la concurrence et l'efficacité. Les contrats deviendraient la norme pour ce qui est de définir les soins, plutôt que de continuer à reposer sur la portée des fonctions et l'autoréglementation des professions.

En plus de faire des hypothèses sur les soins, il faut aussi décider du rôle que joueront les divers paliers de gouvernement aux chapitres de la planification, de l'éducation, de l'obligation de rendre compte et de l'emploi. Le gouvernement fédéral exerce actuellement une influence sur la planification des ressources humaines de la santé sur le plan de la collecte des données, du soutien de la recherche et de l'enseignement, des principes régissant le financement de la prestation publique de la plupart des soins de santé, la prestation de soins de santé aux autochtones, les mesures de protection de la santé et les politiques d'immigration. Les accords internationaux conclus par le gouvernement fédéral ainsi que d'autres sources de pression, comme les préoccupations en matière de sécurité depuis le 11 septembre 2001, ont imposé certaines restrictions au droit du gouvernement de décider qui peut entrer au pays et en sortir,

ainsi qu'à la nature des services offerts au pays. D'autres initiatives fédérales, par exemple le soutien à la réforme des soins primaires, ont aussi une influence sur les ressources. Mais ces différents aspects de la participation fédérale sont mal coordonnés et il y a peu de planification systématique des ressources à ce niveau.

Même si les provinces et les territoires sont plus directement impliqués dans la planification des ressources humaines, ils manquent aussi de mécanismes de planification systématiques et coordonnés. De fait, les gouvernements actuels de l'Ontario et de la Colombie-Britannique ont démantelé leur organisme d'adaptation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. En outre, les réformes ont affaibli le contrôle exercé par les provinces dans certains domaines, comme d'ailleurs les réductions fédérales dans les fonds accordés et les changements apportés aux mécanismes de financement. Étant donné que presque tous les gouvernements ont décentralisé la prestation des soins de santé à la faveur d'un effort de régionalisation, ou qu'ils ont adopté des mesures de délégation semblables, à tout le moins pour la prestation des soins autres que médicaux, ils n'ont plus à leur disposition autant de leviers de politique pouvant être appliqués directement au règlement des questions d'emploi et/ou de déploiement des effectifs (Kazanjian, 2000, p. 10). La tendance à ménager une plus grande place aux établissements d'enseignement et aux services de santé privés limite aussi la portée de la planification gouvernementale, comme c'est le cas du droit continu des professions réglementées de contrôler les critères d'admission aux programmes d'enseignement, l'absence de réglementation des autres prestataires de soins de santé et les accords commerciaux internationaux.

À l'heure actuelle, il n'existe au pays qu'un ensemble limité de données communes sur les prestataires et des renseignements centralisés encore plus restreints sur l'enseignement, les aptitudes et les critères d'admission à la pratique. Divers rapports ont proposé que la planification débute par une collecte systématique de ces renseignements et l'adoption d'un mécanisme de suivi du cheminement des prestataires individuels (par exemple Backman, 2000; Kazanjian, 2000; CCCSI, 2002). Avec de telles données, on serait mieux en mesure de comprendre les ressources actuelles, leur répartition et la composition des compétences. Ces rapports ont aussi recommandé la mise sur pied d'une organisation nationale pour identifier des stratégies et des méthodes permettant de mieux appuyer la planification des ressources humaines (Backman, 2000, p. 81). Cela pourrait comprendre l'appui à une plus grande uniformisation entre gouvernements aux chapitres de l'enseignement et de l'admission à la pratique. L'Accord sur le commerce interne (ACI) de 1995 laissait entrevoir la promesse d'une plus grande liberté de mouvement pour les membres des professions réglementées ainsi qu'une évolution vers des normes plus uniformes pour l'entrée et la pratique. D'autres professions de la santé ne sont pas visées par ce projet. Cependant, les provinces et les territoires souhaitent conserver un certain contrôle, comme d'ailleurs les organismes prestataires, non seulement pour protéger leurs intérêts mais aussi afin de pouvoir tenir compte des ressources et des besoins locaux. En outre, si les normes sont les mêmes et que le mouvement est facilité, chaque sphère de compétence sera en concurrence avec les autres pour attirer la main-d'œuvre. Mais, du même coup, la présence prédominante des femmes au sein de ces effectifs pourrait contribuer à réduire la mobilité des prestataires.

Essentiellement, l'offre de prestataires provient de trois sources. L'une est le bassin de main-d'œuvre actuel, qui comprend tant les personnes employées, à temps plein ou à temps partiel, que celles qui sont sans emploi ou qui possèdent une formation en soins de santé mais qui travaillent dans un autre domaine. Y a-t-il une pénurie de prestataires qualifiés ou une pénurie de bons emplois pour les prestataires qualifiés? Les taux élevés de blessure, conjugués au grand nombre de personnes qui ne sont pas employées à temps plein dans leur profession laissent penser que la seconde explication est la bonne. Les travaux de recherche menés aux États-Unis montrent que la satisfaction professionnelle des médecins et leur disposition à exercer diminuent parallèlement au contrôle qu'ils exercent (Williams, Conrad, Scheckler et coll., 2001). Les mêmes relations se vérifient presque certainement au Canada. Il est utile de rappeler qu'une vaste enquête auprès des infirmières travaillant en milieu hospitalier dans plusieurs pays, dont le Canada, a établi un lien entre les niveaux élevés d'insatisfaction au travail et la pénurie actuelle (Aiken, Clarke, Sloane et coll., 2001). Des conditions de travail et d'apprentissage appropriées, ainsi que la sécurité d'emploi et la confiance, sont des ingrédients essentiels si l'on veut convaincre des prestataires de revenir travailler dans le secteur des soins de santé.

Les recrues constituent une autre source de main-d'œuvre. Il ne semble pas manquer de candidats aux programmes d'enseignement, bien que la hausse rapide des frais de scolarité semble modifier la composition des personnes qui s'inscrivent à ces programmes et le genre de travail qu'elles souhaitent obtenir une fois leurs études complétées. Cela est notamment vrai pour les étudiants en médecine, qui proviennent de plus en plus de ménages ayant un statut socioéconomique élevé (Kwong, Dhalla, Streiner et coll., 2002). Les étudiants inscrits dans les écoles de médecine de l'Ontario, où les frais de scolarité ont récemment augmenté si rapidement qu'ils sont devenus les plus élevés au pays, s'attendent aussi à être plus endettés au terme de leurs études – 80 000 dollars pour les étudiants entrés en 2000 contre 57 000 dollars pour ceux entrés en 1997 (Dhalla, Kwong, Streiner et coll., 2002, tableau 3). Dans l'intervalle, lors d'un exercice de sélection initiale, les diplômés se sont tournés massivement vers les postes d'internes en chirurgie, laissant vacantes 109 ouvertures dans le domaine moins lucratif de la médecine familiale (Sullivan, 2002). Mais il semble y avoir pénurie de candidats prêts à travailler dans les domaines où l'on a actuellement besoin de recrues, ainsi qu'une pénurie de bons emplois. La sécurité d'emploi favoriserait certes le maintien en poste dans ces domaines. De meilleures possibilités de formation parrainées par l'employeur aurait le même effet. Des études sur les médecins ontariens montrent que les solutions de marché ont peu de chance de résoudre le problème de localisation (Blomqvist et Tissaaratchy, 2002). La proportion élevée de femmes et l'évolution des attitudes des hommes envers le travail et les responsabilités familiales signifient qu'il faudra tenir compte davantage des besoins familiaux au niveau des organisations.

La troisième source de main-d'œuvre est constituée des prestataires formés à l'étranger. Celle-ci soulève certaines questions fondamentales au sujet des compétences appropriées et de l'opportunité de compter sur les ressources provenant d'autres pays. Il n'y a eu que peu d'examen systématiques de cette source de main-d'œuvre, et il est difficile de proposer des stratégies autres que d'étudier ses conséquences et les options qui s'offrent. Pour le Canada, l'un des avantages liés à l'embauche de prestataires formés à l'étranger est qu'ils peuvent posséder certaines compétences linguistiques et une familiarité culturelle utiles pour desservir certains segments de sa population diversifiée.

La demande est liée non seulement à une plus grande scolarisation de la population et à l'accès à Internet, mais aussi à la publicité qui vise à accroître la demande, notamment pour les médicaments d'ordonnance. La proportion croissante de personnes âgées, de personnes atteintes d'une invalidité ou d'une maladie chronique et de celles qui ne peuvent s'exprimer ni en français ni en anglais influe également sur la demande, comme l'évolution vers les établissements de soins de longue durée et les soins à domicile. Cela signifie un changement de priorités dans les programmes d'enseignement et une plus grande intégration de l'éducation aux activités professionnelles.

Pour résumer, les gouvernements fédéral et provinciaux ont joué des rôles importants en façonnant tant l'offre que la demande. Cependant, ces rôles sont en déclin sous l'effet des accords commerciaux internationaux, de la régionalisation, de la baisse et de l'instabilité du financement, ainsi que des efforts de privatisation. Peu de moyens existent pour suivre l'évolution des ressources humaines en santé aux niveaux national, provincial ou local. Avant de pouvoir entreprendre une planification plus efficace du changement, des décisions doivent être prises au sujet de la contribution que doit faire chaque niveau et il importe de recueillir de meilleures données. Enfin, un équilibre délicat doit être atteint entre les normes et l'uniformisation et entre la planification et les choix.

Conclusion

Toute une série de propositions touchant à la planification des ressources humaines de la santé ont déjà été élaborées. D'autres encore sont en préparation en vue d'être présentées à la Commission. Le défi est de trouver une façon de les évaluer plutôt que de simplement les accumuler. Le présent document vise à articuler le genre de questions que l'on devrait se poser au sujet de ces travaux. Ces questions sont élaborées plus en détail dans le document, mais on peut les résumer ainsi :

1. Quel modèle de soins de santé guide l'analyse et les recommandations? Les soins de santé sont-ils perçus comme une activité commerciale semblable aux autres, ou comme une activité distincte, avec des valeurs, des effectifs, des relations, une organisation du travail, des structures décisionnelles et des demandes spécifiques?
2. Comment les contextes international, national, régional, local et institutionnel sont-ils pris en considération?
3. Quelles composantes sociales, économiques, culturelles et démographiques sont intégrées à l'interprétation de l'évolution de la demande de soins et comment les stratégies proposées harmonisent-elles ou répondent-elles à ces demandes?
4. Prend-on en considération l'éventail complet des prestataires rémunérés et non rémunérés, leurs structures de travail actuelles sont-elles reconnues, et les relations entre les prestataires de même que leurs caractéristiques respectives sont-elles prises en compte?
5. Quelle est la vision de l'éducation et comment cette vision intègre-t-elle l'apprentissage formel et informel pour tout l'éventail des prestataires rémunérés et non rémunérés? Le partage des connaissances est-il perçu comme un élément clé de la pratique quotidienne et l'éducation continue fait-elle partie intégrante de la culture du milieu de travail?
6. Comment l'obligation de rendre compte est-elle définie et jusqu'où cette définition va-t-elle au-delà des aspects financiers, de la portée des fonctions et de la réglementation sur l'accréditation pour certains prestataires? Qui est redevable à qui, de quoi, par quels mécanismes, pour quelle période et sur la base de quelles données? Les tensions entre les gestionnaires/gouvernements et les prestataires, entre les patients et les prestataires et entre les prestataires eux-mêmes sont-elles prises en considération? La sécurité d'emploi est-elle envisagée parallèlement à la flexibilité? Quelle influence les prestataires ont-ils sur le contenu et la dimension temporelle des décisions qui les concernent?
7. La planification des soins tient-elle compte des tensions, de la diversité des approches et de la complexité inhérente aux soins de santé, ainsi que du besoin d'arbitrer des sources de pression conflictuelles de façon différente, à différents endroits et à des moments différents? Reconnaît-elle et rend-elle explicites les rôles joués par les divers paliers de gouvernement, dans l'optique tant des prestataires que des citoyens?

La planification des soins de santé demeurera toujours un projet complexe et inachevé. Le présent document vise à éclairer en partie sa complexité et certaines des questions fondamentales et des approches liées à la planification de ce qui restera toujours un ouvrage à compléter.

Notes

1. Ailleurs (par exemple dans Armstrong, Armstrong et Connelly, 1997), nous avons utilisé le terme « privatisation » pour décrire non seulement l'émergence du financement et de la prestation de sources privées, mais aussi le transfert d'une partie des tâches vers le secteur des ménages privés et l'adoption dans le secteur public de pratiques empruntées au secteur privé. Cette dernière forme de privatisation, qui est conforme au modèle des soins perçus comme une activité semblable à toute autre activité commerciale, est souvent désignée par l'expression « réinventer le gouvernement » (voir, par exemple, Osborne et Gaebler, 1993; Trebilcock, 1994), ou l'expression « nouvelle gestion publique » (voir, par exemple, Aucoin, 1995; Shields et Evans, 1998).
2. Seules les personnes qui possèdent le permis pertinent peuvent exécuter une tâche donnée, par exemple prescrire un médicament. Seules les personnes accréditées peuvent porter un titre professionnel donné, par exemple celui de physiothérapeute. Un organisme gouvernemental ou une association professionnelle peut enregistrer des membres, avec ou sans régime de permis ou d'accréditation. L'enregistrement peut être volontaire ou obligatoire pour les personnes appartenant à un groupe professionnel (ICIS, 2002, p. 24).

Bibliographie

- Aiken, Linda H. et coll. « Nurses Report on Hospital Care in Five Countries », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, 2001, p. 43-53.
- Akyeampong, Ernest B. « Fact-sheet on Unionization », *Perspectives on Labour and Income*, vol. 13, n° 3, 2001, p. 46-54.
- Anonyme. « Learning How and Learning That: Different Patterns of Performance Improvement for Tacit and Explicit Knowledge. Disponible sur le site <<http://kuuc.chair.ulaval/english/master.php?url=bulletin.php>> (26 mars 2002).
- Appelbaum, Steven H., Andrea Everard et Loretta T.S. Hung. « Strategic Downsizing: Critical Success Factors », *Management Decision*, vol. 37, n° 7, 1999, p. 535-552.
- Armstrong, Hugh, Pat Armstrong et M. Patricia Connelly. « The Many Forms of Privatization », *Studies in Political Economy*, vol. 53, été 1997, p. 3-9.
- Armstrong, Pat et coll., (éd.) *Exposing Privatization: Women and Health Reform in Canada*, Aurora, Garamond, 2001.
- Armstrong, Pat et coll. *Medical Alert: New Work Organizations in Health Care*, Toronto, Garamond, 1997.
- Armstrong, Pat, et Olga Kits. « One Hundred Years of Caregiving in Canada », Ottawa, Commission du droit du Canada, 2001.
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada. *Primary Health Care: What is it and where do Licensed Practical Nurses (LPNs) Fit?*, Ottawa, AIIAC, 2000.
- Aucoin, Peter. *The New Public Management: Canada in Comparative Perspective*, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, 1995.
- Backman, Allen. « Job Satisfaction, Retention, Recruitment and Skill Mix for a Sustainable Health Care System ». Rapport au sous-ministre de la Santé de la Saskatchewan, 2000.
- Baumann, Andrea, et Linda O'Brien-Pallas. « The Status of the Nursing Workforce in Ontario: The Numbers and the Worklife Issues in November 2001 ». Rapport présenté à l'Ontario Nurses' Association, 2001.
- Benner, Patricia. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Menlo Park (CA), Addison-Wesley, 1984.
- Blishen, Bernard. *Doctors in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1991.
- Blomqvist, Åke, et Piyanjali Tissaaratchy. « Patterns of Physician Service Utilization and Supply: Recent Evidence from Ontario », en cours de révision, 2002.
- Burke, Ronald J., et Esther R. Greenglass. « Effects of Hospital Restructuring on Full Time and Part Time Nursing Staff in Ontario », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 37, 2000, p. 163-171.

- Carrier, Betsy, et Jennifer Tolbert. *The Health Care Workforce at Safety Net Hospitals and Health Systems: Future Directions and Strategies for Change*, Washington, National Association of Public Hospitals and Health Systems, 1998.
- CCCSI [Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers]. *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*, Ottawa, Santé Canada, pour le Comité consultatif des ressources humaines en santé, Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, 2002.
- Cohen, Marjorie Griffin. *Do Comparisons Between Hospital Support Workers and Hospitality Workers Make Sense?* Rapport produit pour l'Hospital Employees Union [SCFP], 2001.
- Coulter, Angela. « Citizens and Patients as Partners in Health Services—An Overview of Various Methodologies to Include Citizens and Patients in Decision Making », dans *European Health Forum Gastein 2000: Information and Communication in Health*, tenu à Bad Hofgastein, Autriche, Gunther Leiner, 2001, p. 155-162. Disponible sur le site <www.efhg.org>.
- Dhalla, Irfan et coll. « Characteristics of First-year Students in Canadian Medical Schools », *JAMC*, vol. 166, n° 8, 2002, p. 1029-1035.
- Exworthy, Mark, et Susan Halford. « Professionals and Managers in a Changing Public Sector: Conflict, Compromise and Collaboration? », dans *Professions and the New Managerialism in the Public Sector*, publié sous la direction de Mark Exworthy et Susan Halford, Buckingham (R.-U.), Open University Press, 1999, p. 1-17.
- Flood, Colleen, et Tracey Epps. « Can a Patients' Bill of Rights Address Concerns About Waiting Lists? ». Ébauche de document de travail, Groupe sur le droit de la santé, Faculté de Droit, Université de Toronto, 2001.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. « Myth: The Aging Population Will Overwhelm the Healthcare System », *Liens*, vol. 4, n° 4, 2001. Disponible sur le site <www.chsrf.ca>.
- Forum national sur la santé, Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les valeurs, dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Volume II : Rapports de synthèse et documents de référence*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.
- Gold, E. Richard. « Health Care Reform and International Trade », dans *Health Care Reform and the Law in Canada*, publié sous la direction de Timothy A. Caulfield et Barbara von Tigerstrom, Edmonton, University of Alberta Press, 2002, p. 223-244.
- Gottlieb, Laurie N. 2000. « Editorial: Shortage of Nurses, Shortage of Nursing ». *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 32, n° 3, 2000, p. 3-5.
- Hassen, Philip. *Rx for Hospitals: New Hope for Medicare in the Nineties*, Toronto, Stoddart, 1993.
- Hollander, Marcus, et Angela Tessaro. « Evaluation of the Maintenance and Preventive Model of Home Care ». Rapport final, Victoria, Hollander Analytical Services, 2001.
- Hospital Employees Union. « Briefing Note on Health Human Resources Research and Planning: Focus on Practical Nursing », Burnaby, Hospital Employees Union, 1999.

- _____. « Vancouver/Richmond Health Board, and Healthcare Labour Adjustment Agency ». Rapport sommaire de la recherche sur le personnel spécialisé en technologie de l'information, 1999.
- ICIS [Institut canadien d'information sur la santé]. *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 1999*, Ottawa, ICIS, 1999.
- _____. *Les dispensateurs de soins au Canada*, Ottawa, ICIS, 2002.
- Johnson, Terrence J. *Professions and Power*, Londres, Macmillan, 1972.
- Kazanjian, Arminée. *Nursing Workforce Study, Volume V: Changes in the Nursing Workforce and Policy Implications*, Vancouver, Health Human Resources Unit, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, 2000.
- Koehoorn, Mieke et coll. *Creating High-Quality Health Care Workplaces*, Document de discussion n° W-14, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2002.
- Krumholtz, Harlan M. et coll. « Evaluation of a Consumer-Oriented Internet Health Care Report Card », *JAMA*, vol. 287, n° 10, 2002, p. 1277-1287.
- Kwong, Jeff C. et coll. « Effects of Rising Tuition Fees on Medical School Class Composition », *JAMC*, vol. 166, n° 8, 2002, p. 1023-1028.
- Lam, Helen, et Yonatan Reshef. « Are Quality Improvement and Downsizing Compatible? », *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 54, n° 4, 1999, p. 727-744.
- Lattimer, Val et coll. « Cost Analysis of Nurse Telephone Consultation in Out-of-Hours Primary Care: Evidence from a Randomised Controlled Trial », *BMJ*, vol. 320, 15 avril 2000, p. 1053-1057.
- Levine, David. Lettre parue dans *The Merger Decade: What Have We Learned from Canadian Health Care Mergers in the 1990s?* Rapport de la Conférence sur les fusions dans le secteur des soins de santé au Canada, organisée par l'Hôpital d'Ottawa et l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2000.
- Markham, B., et Jonathan Lomas. « A Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature: Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation », *Health Care Management Forum*, vol. 8, n° 3, 1995, p. 24-35.
- Mechanic, David. 2002. « Socio-cultural Implications of Changing Organizational Technologies in the Provision of Care », *Social Science and Medicine*, vol. 54, 2002, p. 459-467.
- Messing, Karen. « Hospital Trash: Cleaners Speak of Their Role in Disease Prevention », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 12, n° 2, 1998, p. 168-187.
- Mintzes, B. *An Assessment of the Health System Impacts of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines (DTCA). Volume I: Executive Summary*, Vancouver, Health Policy Research Unit, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, 2002.
- Morris, Marika. « Gender-Sensitive Home and Community Care and Caregiving Research: A Synthesis Paper ». Rapport final au Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, 2001.

- Naylor, C. David. « Editorial: Public Profiling of Clinical Performance », *JAMA*, vol. 287, n° 10, 2002, p. 1323-1325.
- Osborne, David, et Ted Gaebler. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*, New York, Penguin, 1993.
- Page, Stewart, et Ken Cramer. « Maclean's Rankings of Health Care Indices in Canadian Communities, 2000: Comparisons and Statistical Contrivance », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n° 4, 2001, p. 295-298.
- Peartree Solutions. « A Statistical Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada: Detailed Report », Ottawa, Association des pharmaciens du Canada pour Développement des ressources humaines Canada, 2001.
- Petrie, Keith J., et Simon Wessely. « Editorial: Modern Worries, New Technology, and Medicine », *BMJ*, vol. 324, 23 mars 2002, p. 690-691.
- Pollock, Allyson M., et David Price. « Rewriting the Regulations: How the World Trade Organization Could Accelerate Privatisation in Health-care Systems », *The Lancet*, vol. 356, 9 décembre 2001, p. 1995-2000.
- Rosén, Per. « Citizens and Patients as Partners in Health Services — Is It Necessary to Include Patients and Citizens in the Discussion on Priority Setting? », dans *European Health Forum Gastein 2000: Information and Communication in Health*, tenue à Bad Hofgastein (Autriche), Gunther Leiner, 2001, p. 162-165. Disponible sur le site <www.ehfg.org>.
- Sanger, Matthew. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 2001.
- Schetagne, Sylvain. *Building Bridges across Generations in the Workplace: A Response to Aging of the Workforce*, Vancouver, Columbia Foundation, 2001.
- Shamian, Judith, et Donna Thomson. *The Effectiveness and Efficiency of Nursing Care: Cost and Quality*, Ottawa, Canadian Federation of Nurses' Unions, 1999.
- Shields, John, et B. Mitchell Evans. *Shrinking the State: Globalization and Public Administration « Reform »*, Halifax, Fernwood, 1998.
- Sicotte, Claude et coll. « The Computer-Based Patient Record: A Strategic Issue in Process Innovation », *Journal of Medical Systems*, vol. 22, n° 6, 1998, p. 431-443.
- Stein, Janet Gross. *The Cult of Efficiency*, Toronto, Anansi, 2001.
- Sullivan, Patrick. « Medical Students Grab Surgery Slots, Ignore FP Posts », *JAMC*, vol. 166, n° 8, 2002, p. 1077.
- Swift, Jamie. 1999. « Saving the Corporate Soul », *Canadian Forum*, vol. 78, juin 1999, p. 16-21.
- Treblicock, Michael J. *The Prospects for Reinventing Government*, Montréal, Institut C.D. Howe, 1994.

Wagar, Terry H., et Kent V. Rondeau. « Reducing the Workforce: Examining its Consequences in Health Care Organizations », *Leadership in Health Services*, vol. 13, n° 3, 2000, p. i-viii.

White, Jerry P. *Hospital Strike! Women, Unions and Public Sector Conflict*, Toronto, Thompson Educational Press, 1990.

Williams, Eric S. et coll. 2001. « Understanding Physicians' Intentions to Withdraw from Practice: The Role of Job Satisfaction, Job Stress, Mental and Physical Health », *Health Care Management Review*, vol. 26, n° 1, 2001, p. 7-19.

Woodward, Cristel A. et coll. « Changes Over Time in Attitudes Towards Health Care Policy Options », Research Working Paper n° 00-01, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, 2000.