

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 38

Les changements et quelques paradoxes : une réflexion sur le personnel du système de santé

par

Clémence Dallaire

Université Laval

et

Sonia Normand

Université Laval



novembre 2002

N° de catalogue CP32-79/38-2002F-IN

ISBN 0-662-87893-0

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise 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. 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	v
Introduction	1
Question générale	2
Paradoxe 1 : Besoin d'une vision du système de santé et difficulté d'en proposer une	2
Paradoxe 2 : Besoin de changement et faible priorité accordée au changement	4
Paradoxe 3 : Besoin de personnel et manque de considération du personnel	6
Question 1	10
Paradoxe 4 : Planification par groupe et besoin accru de mobilité et de flexibilité	11
Question 2	14
Paradoxe 5 : Champ d'exercice professionnel et compétence	14
Question 3	16
Conclusion	19
Note	20
Bibliographie	21

Points saillants

- Le changement apporté a-t-il été favorisé ou entravé par les politiques et les pratiques de gestion?
 - Paradoxe 1 : Besoin d'une vision du système de santé et difficulté d'en proposer une
 - Paradoxe 2 : Besoin de changement et faible priorité accordée au changement
 - Paradoxe 3 : Besoin de personnel et manque de considération du personnel
- La planification des ressources humaines de la santé (RHS) a-t-elle été en général un succès ou un échec? Quels changements devrait-on apporter à la planification des RHS?
 - Paradoxe 4 : Planification par groupe et besoin accru de mobilité et de flexibilité
- Les politiques et les pratiques régissant la pratique professionnelle sont-elles d'actualité et conforme aux objectifs du système de santé moderne?
 - Paradoxe 5 : Champ d'exercice professionnel et compétence
- Les programmes éducatifs produisent-ils un effectif capable de répondre à un milieu de la santé changeant et de plus en plus intégré?
 - À quel moment doit-on introduire des changements dans la formation : avant ou après que les changements ont été faits?
 - Plusieurs changements n'existent encore que dans le discours.

Sommaire

La Commission s'interroge sur la façon dont la nature et la qualité des politiques et des pratiques de gestion du personnel ont favorisé ou entravé le changement dans le système de santé en posant une question générale et trois questions plus spécifiques. En tentant de répondre à la première question, nous examinons si le changement apporté a été facilité ou gêné par la nature et la qualité des politiques et des pratiques de gestion des ressources humaines de la santé (RHS). L'examen de cette question a mis en évidence plusieurs paradoxes.

Le premier affirme que la vision du système de santé a des répercussions importantes sur le personnel et, paradoxalement, qu'il est difficile de proposer une vision. Le système actuel est un système de soins médicaux et hospitaliers où les changements sont canalisés dans un exercice de subdivision de la pratique médicale pour qu'elle soit moins dispendieuse. Une redéfinition en profondeur du système de santé pourrait conduire à des rôles différents des professionnels et entraînerait un changement majeur dans la structure des services offerts. Lorsqu'un tel choix sera fait en tenant compte des différents points de vue, des changements à plus long terme pourront être envisagés au lieu de poursuivre la fragmentation des tâches du système curatif actuel.

Le deuxième paradoxe en réponse à la question du changement affirme que si le changement semble important, on lui accorde une faible priorité, comme en témoigne le peu d'attention accordée à certains facteurs qui favorisent le changement ou l'empêchent de se concrétiser. Parmi ces facteurs, mentionnons les trois suivants. D'abord, mettre en évidence les gains et les pertes, compenser les pertes et recourir à des incitatifs pour faciliter le choix lorsqu'il y a des pertes. Donner la priorité à un changement veut aussi dire planifier le suivi de la mise en œuvre et, surtout, assurer un soutien pour que soient faits les ajustements nécessaires, expérimenter les effets imprévus et réajuster en conséquence. Enfin, cela veut dire porter attention à la résistance des structures et intégrer des incitatifs structureaux pour contrer l'inertie de l'organisation.

Un troisième paradoxe affirme que même si le changement passe par le personnel, il tend à ne pas le considérer. Plusieurs moyens pourraient être utilisés pour montrer l'importance du personnel. D'abord, le considérer comme un atout dont on prend le plus grand soin en s'occupant autant de la qualité de vie au travail, de la formation continue des professionnels que de la qualité du service rendu. Le changement doit aussi s'inspirer d'une conception plus réaliste de l'être humain qui montre qu'un changement de comportement est possible si la personne a l'intention de changer, mais seulement en présence des ressources nécessaires et des facteurs facilitant la prise de décision; même dans ces circonstances, toutefois, une personne peut reconsidérer à plusieurs reprises sa façon d'agir avant de passer à l'action – mieux décrit par un cheminement en spirale comportant cinq stades. Ensuite, accorder de l'importance à la participation aux décisions plutôt qu'à la qualité de la communication lorsque la décision est transmise au personnel après avoir été prise par les gestionnaires et les politiciens. Enfin, considérer le personnel conduit à se soucier de justifier les changements de façon à ce qu'ils aient un sens pour des motifs visant à corriger ou à améliorer les soins et les services.

Le bref tour d'horizon de la planification a conduit à examiner différentes méthodes et il ne permet de conclure ni au succès ni à l'échec en réponse à la question de la Commission. Il souligne plutôt le paradoxe entre différentes façons de planifier qui répondent à des

objectifs différents : la planification par la formation semble favoriser la vision qu'ont les professionnels du système de santé, tandis que celle qui tente de répondre à la demande n'a pas les données significatives nécessaires; celle qui part de la pratique effective doit composer avec une définition ambiguë des tâches actuelles, souvent fragmentées, qui laisse les patients se débrouiller seuls avec les différents professionnels. Cette partie souligne la difficulté de conceptualiser la planification et le manque de données pour mener un véritable exercice de planification. Elle souligne enfin l'incapacité des moyens actuels de planifier en vue d'une interdépendance des professionnels. C'est une activité complexe qui doit composer avec plusieurs paradoxes et qui laisse sans réponse la question fondamentale de la façon de planifier le personnel.

La question relative aux politiques et aux pratiques qui régissent la pratique professionnelle montre que le système professionnel n'est pas mis en doute. Malgré ses limites, le système professionnel semble protéger le public. Le paradoxe soulevé par cette question réside dans le souhait de préserver la structure professionnelle et, en même temps, d'introduire la notion de compétence, qui en est un peu l'antithèse lorsqu'elle sous-tend une limitation du champ d'exercice professionnel au profit d'une notion idéalisée de collaboration et d'interdépendance. Toutefois, l'interdisciplinarité demande une définition claire des rôles, des fonctions et de la contribution de chacun et une bonne compréhension des objectifs du partenariat. C'est la juxtaposition, dans un même contexte, de l'existence d'un champ professionnel déterminé et de la notion de compétence, concepts différents mais utilisés de façon équivalente dans la discussion, qui est paradoxal. Lorsqu'on ajoute la notion de compétence à celle de champ d'exercice professionnel, cela peut permettre d'accroître la flexibilité, laquelle demeure toutefois secondaire à une définition des rôles et à la mission du système de santé.

La dernière question porte sur la formation et il est bien difficile de lui donner une réponse définitive car elle soulève plus d'interrogations qu'elle n'apporte de réponses précises. Elle pose d'abord la question du moment où la formation doit introduire les changements et permet d'examiner brièvement la formation pratique. On affirme souvent que les professionnels devraient être mieux préparés à la pratique dans des milieux cliniques diversifiés et qu'ils devraient être formés à la continuité des soins. Les questions soulevées permettent de souligner que certains changements que l'on voudrait introduire dans la formation se retrouvent actuellement plus au niveau du discours que dans la réalité clinique.

Introduction

Les changements dans le système de santé se sont succédés et ont eu des répercussions importantes sur le personnel¹. Il semble que ni les nouveaux investissements, ni les nouvelles technologies, ni le contrôle administratif n'ont su amener de progrès réels dans l'efficacité et l'efficience du système et surtout dans la santé de la population. Les réformes du système de santé offraient l'opportunité de préciser la place et le rôle du personnel et d'y introduire des changements. Les changements effectués semblent avoir considéré davantage la dimension financière, soit l'escalade des budgets du système de santé et les façons de la contrer, que la mission première soit les services offerts, les soins directs et le personnel requis pour remplir cette mission. S'il est vrai que le personnel constitue une dépense importante dans le système de santé, il en est par ailleurs un élément essentiel. La Commission s'interroge sur la façon dont la nature et la qualité des politiques et des pratiques de gestion du personnel ont favorisé ou entravé le changement dans le système de santé en posant une question générale et trois questions plus spécifiques.

Plusieurs travaux récents menés par des spécialistes des questions relatives au personnel du système de santé permettent déjà à la Commission d'être informée de la situation actuelle, des changements effectués et des principaux enjeux. L'objectif est de répondre aux questions de la Commission au sujet des changements dans la main-d'œuvre professionnelle en faisant appel à une documentation sélectionnée à l'appui d'une vision personnelle issue d'années de pratique, d'enseignement, de recherche et de réflexion en tant qu'infirmière, et en utilisant au passage des paradoxes qui orientent la réflexion sur les politiques et les pratiques de gestion du personnel. Plusieurs constats et paradoxes relèvent de l'évidence et il pourrait sembler inutile de les mentionner. L'examen attentif de la situation montre toutefois qu'ils nous semblent jouer un rôle décisif dans la situation actuelle. Une telle approche permettra de mieux transmettre ce qui nous apparaît important et de tenter de contribuer à la réflexion sur le sujet.

Question générale

Dans quelle mesure le changement souhaitable apporté a-t-il été favorisé ou entravé par la nature et la qualité des politiques et des pratiques de gestion des ressources humaines de la santé (RHS), entre autres l'éducation, les lois et règlements, l'accréditation, les permis d'exercer, la responsabilisation, etc.?

La réponse à cette question repose sur une définition préalable du mot changement, qui peut prendre plusieurs sens. Un changement est avant tout une rupture, une altération, un processus et non une finalité. Doit-on qualifier de changement les diverses variations proposées au système actuel? Ainsi, nous nous sommes dotés d'un système médico-hospitalier et cela n'a pas changé. On a modifié les façons de faire, les rôles des professionnels et les interventions sans remettre en question l'orientation curative du système. Pourtant, les preuves abondent pour démontrer les limites d'un tel système à améliorer la santé de la population et, par conséquent, il y a des raisons valables de remettre en question la vision du système. Ou encore doit-on réserver le changement à une remise en question fondamentale du système de santé canadien et des moyens qu'il utilise pour améliorer la santé tels qu'ils sont énoncés dans la loi canadienne, soit une remise en question du système médico-hospitalier? Cette étude privilégie la seconde alternative, où le changement souhaité porte d'abord sur la vision du système de santé sans remettre en question les principes qui sous-tendent le système canadien, particulièrement l'universalité. Il est suggéré ici qu'en préalable à un examen des changements au niveau du personnel, il faudrait procéder un réexamen de la vision du système de santé et de ses finalités compte tenu des moyens utilisés pour atteindre les buts, où la contribution demandée au personnel joue un rôle central. Ce choix implique que des variations mineures au sein du système actuel ne seront généralement pas qualifiées de changement dans cette brève étude.

Paradoxe 1 : Besoin d'une vision du système de santé et difficulté d'en proposer une

Une remise en question du système actuel est particulièrement difficile en raison du nombre d'acteurs et d'objectifs concurrents qui réussissent souvent à centrer l'attention sur leurs propres intérêts. Les buts d'un système de santé devraient ou doivent être une meilleure santé, la réponse aux attentes de la population et l'équité dans la contribution au financement du système de santé (Biscoe, 2001). Ces finalités doivent résoudre des conflits entre plusieurs objectifs et, pour cette raison, il est difficile de proposer une vision. Parmi ceux-ci, certains appartiennent à la société, telle que la répartition équitable des soins de santé sans égard au statut socioéconomique; d'autres aux professionnels qui veulent préserver l'autonomie clinique pour organiser les soins comme ils le désirent et la liberté économique de toucher une rémunération qui reflète la perception de leur propre valeur; et celle du système d'exercer un contrôle économique et budgétaire des coûts de la santé et d'un gouvernement capable de le financer pour les années à venir (Biscoe, 2001). Par ailleurs, ces conflits sont déterminés par les décisions sociales concernant le niveau des ressources consacrées à la santé, l'organisation des services et le financement des programmes de soins et services, ainsi que la quantité et le type de soins offerts (O'Brien-Pallas, Birch, Baumann et Murphy, 2001). Une telle situation devrait nous amener à examiner avec attention le point de vue privilégié dans cette quête d'équilibre financier et de responsabilité fiscale. Inévitablement, choisir des priorités signifie que d'autres objectifs ont été

jugés moins importants. Le caractère politique des organisations du secteur de la santé, où les alliances informelles et les négociations sur différents objectifs permettent d'arriver à des compromis, peuvent rendre les politiciens hésitants à révéler les compromis faits (Bach, 2001) en vue de maintenir le système opérationnel. Ces éléments contribuent à perpétuer une impression d'inertie du système dans l'agitation créée par des changements ciblés, à court terme et en succession rapide.

Le genre de système de santé dans lequel nous sommes est un système de soins médicaux et hospitaliers qui représente déjà une forme de compromis. Ce système privilégie la pratique médicale comme moyen d'atteindre une meilleure santé de la population et les conflits y sont ainsi canalisés dans un exercice de subdivision de cette pratique. Ainsi, la proposition consistant à permettre aux infirmières de remplacer les médecins, à moindre coût, dans plusieurs circonstances, constitue un fractionnement des tâches. Dans un tel système, la quête entre l'équilibre financier et la responsabilité fiscale, source de conflit entre le système de santé et la société, sera concrétisée par un contrôle des coûts. Les efforts infructueux des dernières années sur le plan financier devraient nous inciter à réexaminer la vision au cœur du système canadien actuel et le conflit entre les intérêts du système actuel et une meilleure santé pour la population. Par ailleurs, la situation financière actuelle et la montée des maladies de civilisation reliées au mode de vie, soulignent davantage les conflits de perspectives et demande un examen attentif des moyens curatifs dont dispose la médecine. Ainsi, une technologie dispendieuse permettant des diagnostics plus précis n'est pas un traitement et permet difficilement d'améliorer la santé (Fournier, 1999) même si elle peut présenter un intérêt. Investir dans un diagnostic précis sans traitement disponible dans les cas où le problème est incurable ne constitue peut-être pas un investissement prioritaire, ailleurs que dans le domaine de la recherche et pour certains des acteurs en jeu. Ce type de dépenses risque toutefois de ne pas attirer l'attention dans un contexte curatif même si l'on cherche à contrôler les coûts.

Les dernières années ont permis l'émergence de nombreuses visions et suggestions de réorientation du système de santé. Une redéfinition majeure du système de santé pourrait, comme plusieurs le suggèrent, vouloir dire un système de soins primaires plus important associé à un système hospitalier réduit, plus efficace et mieux équipé (Smith et Preker, 2001). Le rapport du gouvernement de l'Alberta, *A Framework for Reform*, propose des moyens concrets pour orienter le système albertain vers la santé en s'éloignant de la maladie. De nombreuses études montrent les limites des interventions curatives et leur coût parfois exorbitant avec des résultats limités en termes d'amélioration de la santé de la population. Un tel changement, impliquant une composition différente de la répartition entre les interventions curatives, préventives et de promotion offertes par le système, aurait indubitablement des répercussions sur le personnel. Par exemple, tenter d'atteindre un équilibre entre les deux visions opposées du système de santé, soit offrir à la fois des services curatifs et en même temps investir davantage dans la prévention des problèmes à l'égard desquels les connaissances nous permettent d'agir, semble difficile. Un système de santé médico-hospitalier pose comme contradictoires les objectifs curatifs et ceux de promotion/prévention parce qu'ils sont généralement poursuivis par des professionnels différents, en concurrence les uns avec les autres pour les ressources.

S'il est vrai que la société ne sera pas en mesure de financer la croissance d'un système curatif médico-hospitalier, la mission du système de santé devra être précisée en conséquence. Le système de santé n'a pas réussi jusqu'à présent à proposer une vision qui réconcilie les objectifs et les rôles des professionnels avec ceux de la société, comme il ressort des discussions budgétaires. Le système de santé et la société devraient avoir la maturité requise pour débattre des priorités, rendre leurs décisions explicites et élargir la réflexion au-delà des dimensions financière et médicale qui semblent accaparer la majorité du débat actuel. Ce débat est fondamental pour tout changement au niveau du personnel puisqu'il signifie soit des variations multiples dans la fragmentation sous contrôle médical soit une redéfinition des liens entre les différentes professions et même, pour certains, courir le risque de perdre leur autonomie et leur influence. Ce n'est qu'alors que la nature du travail du personnel pourra être précisée et que des changements à plus long terme pourront être envisagés, au lieu de poursuivre les ajustements, les modifications et la fragmentation des tâches que l'on observe dans le système curatif actuel. Cet élément du paradoxe souligne la difficulté de faire des choix, particulièrement en raison des perspectives conflictuelles, surtout si les bouleversements créés sont politiquement difficiles.

Paradoxe 2 : Besoin de changement et faible priorité accordée au changement

Ce paradoxe conduit à réfléchir au fait qu'il est continuellement question de changement mais, paradoxalement, qu'on semble lui accorder une faible priorité, comme en témoigne le peu d'attention accordée à certains facteurs qui favorisent le changement ou qui l'empêchent de se concrétiser. Parmi ces facteurs, mentionnons les trois suivants : la difficulté de parler de changement en termes de gains et de pertes autres que les gains et les pertes financières du système, la planification du suivi du changement pendant une période suffisamment longue et, enfin, la résistance au changement des structures.

Un facteur majeur du processus politique est la promotion de changements qui engendrent des avantages supérieurs aux coûts (Smith et Preker, 2001), suggérant ainsi que dans tout changement, il y a des gagnants et des perdants (Bach, 2001; Smith et Preker, 2001). Une leçon importante apprise de la réforme dans plusieurs pays est que plusieurs acteurs influents croient, à tort ou à raison, que la réforme a un effet préjudiciable sur leur statut, leurs conditions de travail et leur rémunération (Bach, 2001). La résistance au changement du personnel serait ainsi fondée sur le désir d'éviter des pertes.

Une approche qui fait état des gains et des pertes a l'avantage de ne pas mettre comme condition préalable au changement l'obtention de l'assentiment de tous. Le personnel est capable de faire des compromis, de subir des pertes personnelles, surtout s'il trouve des réponses aux questions suivantes : au nom de quoi, de quel principe, de quelle vision? On croit souvent que les êtres humains ne cherchent qu'à maximiser leur profit, alors que des exemples concrets et des modèles théoriques proposent que les motifs sont beaucoup plus complexes (notamment Godin, évoqué plus loin). En même temps, il est important de s'assurer que les coûts du changement ne sont pas assumés par les individus au profit du système (Smith et Preker, 2001), particulièrement lorsque cela implique un changement de carrière, une relocalisation, un perfectionnement ou une perte de salaire et de statut. Au lieu de prétendre que tous y gagnent, ce qui manque dans les

changements effectués et ceux envisagés c'est une reconnaissance des pertes subies et une justification de ces pertes de même que des mécanismes de compensation des pertes. Des incitatifs doivent permettre aux professionnels de se centrer sur le service aux personnes et les changements qu'on veut y apporter, en sachant que leurs pertes personnelles seront compensées. De tels mécanismes existent déjà dans les conventions collectives, mais on a plutôt tendance à les percevoir comme des contraintes d'un point de vue administratif, empêchant ainsi une juste perception de leur rôle dans le changement. Par ailleurs, un changement peut apporter des gains, et des efforts devront être faits pour accroître leur visibilité, qui peut être réduite s'ils sont répartis entre le personnel. En somme, donner priorité à un changement suggère de mettre en évidence les gains et les pertes, d'avoir des incitatifs pour faciliter les choix lorsqu'il y a des pertes, de valoriser les mécanismes existants, de compenser les pertes et de rendre visible les gains pour le personnel.

Un autre élément qui mettrait en évidence la priorité accordée à un changement serait de planifier le suivi à assurer pendant une période suffisamment longue. En Grande-Bretagne, les tentatives radicales en vue de modifier les politiques de personnel au début des années 90 ont échoué parce que le ministre de la santé n'a pas fourni de soutien concret et n'a pas guidé les hôpitaux qui devaient implanter des changements au niveau du personnel. Cela a rendu les gestionnaires locaux prudents parce qu'ils croyaient recevoir des messages ambigus au sujet de la priorité accordée par le gouvernement à la réforme du personnel (Bach, 2001). Ainsi, des orientations générales ne sont pas suffisantes pour indiquer la priorité qu'on accorde à un changement. La priorité accordée à un changement se perçoit mieux si celui-ci est accompagné de guides pour la mise en œuvre et, surtout, d'un soutien pour faire les ajustements nécessaires, expérimenter les effets imprévus et réajuster en conséquence. Il ne faut pas supposer qu'un changement amorcé évoluera sans problèmes jusqu'à son adoption complète.

Par ailleurs, une succession rapide de changements permet difficilement à ces derniers de s'implanter et témoigne peu de l'importance qu'on leur donne. Accorder la priorité à un changement veut ainsi dire suivre l'évolution de sa mise en œuvre jusqu'à la stabilisation et la pleine intégration dans les façons de faire avant d'en amorcer un autre. Si tous s'accordent pour affirmer que des changements sont nécessaires et pour énumérer ceux qui sont envisagés, on a l'impression qu'une faible priorité est accordée à ces changements dans les faits. Certains parlent même d'inertie des administrateurs et d'inertie des cliniciens, en les décrivant comme deux silos qui fonctionnent avec des données différentes et peu d'efforts investis dans la réconciliation des perspectives. Une perception de faible priorité accordée au changement peut être une fausse impression qui découle de l'opposition d'acteurs importants en mesure de faire entendre un point de vue favorable au statu quo (Smith et Preker, 2001). En somme, on percevra mieux l'importance d'un changement s'il s'effectue dans des conditions qui en assurent la mise en œuvre.

On peut également considérer le changement et la priorité qui lui est accordée dans une autre perspective, soit celle de la résistance des structures. Dans cette catégorie, les syndicats et les lois peuvent être cités comme exemples d'institutions créées pour réduire la portée du changement (Smith et Preker, 2001) en plus de celle du système de santé lui-même, qui doit conserver une stabilité afin d'être prévisible pour les personnes qui ont besoin de soins et de services.

Plus précisément, tout changement dans l'organisation en menace la stabilité et, pour cette raison, des facteurs structurels entraîneront une résistance au changement.

Le changement *quantique*, c'est-à-dire la réorientation globale, perturbe les catégories existantes de l'organisation, catégories dont la planification dépend. Par conséquent, un tel changement a tendance à susciter la résistance, ou d'une façon plus courante, à être ignoré. (Mintzberg, 1994, p. 187).

Intégrer des incitatifs structurels pour contrer l'inertie de l'organisation serait une façon de donner priorité à un changement. Le paradoxe entre un changement souhaité et une perception de faible priorité agit sur la capacité du système de santé d'entreprendre des changements. En accordant la priorité aux changements, on mettrait en évidence les gagnants et les perdants, on planifierait le suivi du changement pendant une période suffisamment longue et on tiendrait compte de la résistance structurelle.

Paradoxe 3 : Besoin de personnel et manque de considération du personnel

Ce troisième paradoxe reflète le fait que le système de santé compte sur le personnel pour remplir sa mission et qu'en même temps, ce dernier semble l'embarrasser. La revue de la documentation sur ce sujet nous a conduit, entre autres, vers quatre grands rapports récents, celui du Québec (Clair, 2001), de l'Ontario (Sinclair, 2000), de l'Alberta (Mazankowski, 2002) et de la Saskatchewan (Fyke, 2001). Le contenu de ces rapports concernant la situation des ressources humaines dans le système de santé semble construit à partir d'un grand constat : il y a un climat généralisé de morosité et d'épuisement dans le système de santé, provoqué notamment par une surcharge de travail des professionnels et, plus particulièrement, par des décisions de gestion axées sur le court terme.

Tout changement envisagé dans une perspective de restructuration budgétaire va nécessairement se heurter à ce paradoxe entre le besoin de personnel et la décision de réduire le personnel, qui est une source importante de « dépenses », souvent perçue comme un manque de considération par le personnel. Par exemple, lorsque les gouvernements réduisent le financement, le système de santé coupe des postes et exige plus de flexibilité de la part du personnel afin de contrôler les budgets. Il ne fait aucun doute que le système de santé canadien repose sur le travail et la compétence de son personnel, dont les soins infirmiers représentent près de 65 p. 100 du personnel professionnel (Statistique Canada, 1997). Or, la performance du système de santé dépend des connaissances, des compétences et de la motivation des personnes responsables de la prestation des services (OMS, 2000). Outre ces caractéristiques des professionnels, des études récentes montrent que le nombre de professionnels engagés pour dispenser les soins et les services est important, notamment sur le taux de mortalité. Cela a notamment été mis en évidence dans le cas des infirmières, sur lesquelles ont porté la majorité de ces études (Aiken, Lake et Smith, 1994 ; Fagin, 2001). Toute décision de réduire le personnel ou de changer ses fonctions risque d'être perçue comme une remise en question de la nécessité du personnel, contribuant ainsi à la morosité et à l'épuisement.

Jusqu'à présent, des changements ciblés, à court terme et en succession rapide ont eu lieu, alors que le surplus de personnel prévu s'est transformé en pénurie dans un contexte plus général où l'on doit composer avec divers autres problèmes. Le personnel a été bousculé et cela a eu pour conséquence de rendre moins attrayantes les professions de la santé. L'idée que le système de santé constitue une source d'emplois offrant des avantages concurrentiels, capables d'attirer un personnel suffisant, doit maintenant être abandonnée. Cette perte d'attrait a été soutenue par un discours public et des politiques de gestion du personnel qui ont semblé davantage se concentrer sur les difficultés causées par les mises à la retraite et les coupures de postes que sur la planification des changements dans le personnel et la mise en place de milieux de travail intéressants. L'impression globale est que le matériel compte plus que les personnes. On pourrait dire que c'est là un élément important du paradoxe actuel où « l'administration des choses s'est substituée au gouvernement des hommes » (Enriquez, 1997). Selon Koehoorn, Lowe et Schellenberg (2002), les gestionnaires supérieurs qui prennent les décisions de modifier le personnel se préoccupent souvent davantage de la réduction des dépenses et de l'efficacité à court terme que de la qualité de vie au travail ou des effets sur les patients (OMS, 2000). Les gestionnaires doivent certes se préoccuper de la gestion des ressources et de leur utilisation, mais ils doivent aussi faire une juste place aux services offerts par le système de santé et aux personnes impliquées : la gestion comprend la gestion du personnel. Ajouter aux préoccupations financières des préoccupations au sujet du personnel peut certes compliquer la gestion alors même que ce que la gestion tente d'accomplir passe par le personnel. Or, oublier le personnel peut être une façon supplémentaire d'ajouter des problèmes qu'on aurait été en mesure de prévenir. Les contraintes fiscales ont conduit à toutes sortes d'ajustements imprévus dans le personnel du système de santé qui se manifestent dans le fait que les professionnels estiment que leurs conditions de travail sont difficiles alors que la population perçoit une menace à la survie du système de santé. Il faudra modifier la façon de penser des dirigeants et la culture organisationnelle afin de parvenir à valoriser et à soutenir à long terme le personnel du secteur de la santé au lieu d'effectuer des changements qui ne mettent pas en évidence l'importance qu'on lui accorde. La diffusion accordée aux difficultés du personnel du système de santé fait en sorte qu'une nouvelle approche de gestion du personnel devra à son tour être diffusée pour bien signifier l'attention portée au personnel lors de changements.

Bref, le personnel est le meilleur véhicule pour faciliter le changement au sein du système avec le maximum d'effet lorsqu'il est lié stratégiquement à une gestion appropriée, des politiques pertinentes et un financement correspondant (Biscoe, 2001). Le paradoxe entre l'importance et le manque de considération du personnel comprend d'autres éléments. Considérer le personnel n'implique pas simplement se préoccuper de salaires et de conditions de travail, puisque les professionnels de la santé ne sont pas uniquement motivés par ces éléments. Plusieurs stratégies sont suggérées pour permettre au système de considérer les employés de façon adéquate, notamment une revalorisation des fonctions de gestion du personnel et une redéfinition de la mission du système lui-même (Biscoe, 2001).

D'autres mesures peuvent également être envisagées si l'on veut ajouter à la validité de ce paradoxe, notamment reconnaître le personnel comme un atout stratégique, adopter une conception de l'être humain plus réaliste, favoriser la participation aux décisions et proposer des changements qui ont du sens pour les professionnels, tel que mentionné dans les sections suivantes. Considérer le personnel, c'est reconnaître que la véritable complexité du système de

santé se trouve au niveau des personnes et non au niveau des structures. Dans les changements, on observe une simplification de ce qui est complexe, soit la personne, en la réduisant à un être rationnel qui réagira à un changement d'une façon linéaire et dans le sens souhaité par les politiques si on lui donne la bonne information; on complique ce qui est simple, la structure. Les modèles récents dans le domaine de la modification des comportements suggèrent qu'un changement de comportement est possible si la personne a l'intention de changer, mais seulement en présence des ressources nécessaires dans l'environnement et de facteurs facilitant la prise de décision (Godin, sous presse). Dans ce modèle, la complexité des éléments en cause est mise en évidence lorsque Godin propose que l'intention soit définie par huit variables regroupées en trois catégories, alors que le cheminement d'une personne serait mieux décrit par une démarche en spirale comprenant cinq stades qui tiennent compte des caractéristiques personnelles et environnementales. En somme, les changements dans les organisations doivent s'inspirer d'une conception de l'être humain qui dépasse celle de l'être rationnel au comportement prévisible pour prendre en considération les connaissances récentes sur la détermination des comportements humains, qui nous présentent un schéma plus complexe dans lequel l'environnement joue un rôle non négligeable.

Considérer le personnel c'est le reconnaître comme un atout stratégique dont on prend le plus grand soin en s'occupant autant de la qualité de vie au travail, de la formation continue des professionnels que de la qualité du service rendu. Selon Smith et Preker (2001), on doit aussi se soucier de la relation entre la personne et l'organisation (culture, politique et structure). Une meilleure considération du personnel et une amélioration des relations entre les employés, les gestionnaires et le gouvernement aiderait certainement à progresser dans une vision commune de l'importance du personnel y compris l'importance des gestionnaires qui ont également besoin de revalorisation, comme le suggère le rapport Clair (2001). Par ailleurs, si les problèmes occupent une place centrale dans le discours, la vision de ce que le personnel accomplit au quotidien reste floue. Il y a ainsi un urgent besoin d'une vision claire du système de santé et du rôle du personnel car sans un personnel qualifié, motivé et engagé dans ses fonctions, l'État, par l'intermédiaire du système de santé, ne peut pas jouer son rôle dans le contexte actuel (Koehoorn, Lowe et Schellenberg, 2002). Un leadership doit être exercé pour recentrer les changements sur le fait qu'ils s'opèrent principalement par l'intermédiaire du personnel du système et d'une prise en considération du personnel en tant qu'atout pour le système.

Considérer le personnel, c'est proposer des changements qui ont du sens pour lui de façon à susciter l'intention de participer au changement, selon ce qui a été mentionné précédemment. Par ailleurs, on pourrait comprendre la résistance au changement perçue chez les professionnels puisque le changement requis n'est pas vécu comme une nécessité. Ces derniers sont formés à se centrer sur la dimension clinique d'une situation, alors qu'on justifie les changements sur le plan financier, dimension avec laquelle ils sont en général peu familiers sur laquelle ils ont aussi peu d'information. En outre, même s'ils disposaient de l'information nécessaire au sujet des motifs financiers, il est probable qu'ils n'y accorderaient que peu d'attention parce qu'ils s'intéressent davantage à la dimension clinique. Par exemple, on pourrait leur demander de faire preuve de flexibilité pour des motifs visant à corriger ou améliorer les soins et les services, plutôt qu'à couper dans les dépenses qui sont parfois des préoccupations exclusives aux gestionnaires. Se soucier de justifier les changements de façon à ce qu'ils aient du sens pour les personnes à qui on

les demande semble d'une simplicité élémentaire. Pourtant, associé aux autres moyens, cela montre de la considération pour le personnel.

Considérer le personnel, c'est lui permettre de participer aux décisions (Smith et Preker, 2001). Une telle participation devient d'autant plus importante que l'on semble favoriser une décentralisation qui accroît le rôle des professionnels dans le système (Bach, 2001) et miser sur un engagement accru de leur part. La prise de décision a besoin à la fois de données de gestion et de données cliniques que détient le personnel, ce qui montre l'importance d'une participation aux décisions. Dans le système de santé, les différences de connaissances, de valeurs et d'attitudes entre les différentes catégories de professionnels, entre les professionnels et les personnes qui ont besoin de leurs soins et services, et entre les professionnels et le gouvernement doivent être prises en considération lorsqu'on veut effectuer un changement (Biscoe, 2001). De telles différences rendent difficile une communication égalitaire et rationnelle de l'information en vue de la participation aux décisions et à l'élaboration subséquente des politiques. Tenir compte de cette diversité de points de vue montre la considération que l'on accorde aux personnes dans le processus de changement.

Au lieu de favoriser une participation aux décisions, on met souvent l'accent sur la qualité de la communication lorsque la décision est transmise au personnel après avoir été prise par les gestionnaires et les politiciens. Un principe souvent rappelé est celui selon lequel le degré de transparence et la simplicité du changement proposé ont une influence prépondérante sur sa mise en œuvre (Bach, 2001). Dans cette perspective, on affirme qu'une politique qui réussira à s'assurer que le personnel comprend comment son rôle se situe dans le changement global aura du succès. Plusieurs sont d'avis que cette simple opération de communication n'a pas été effectuée ou n'a pas réussi, ce qui expliquerait le manque de succès de certains changements. Ce manque de succès a probablement d'autres explications. Ainsi, ce même principe de transparence dans la transmission du changement à venir découle d'une simplification de l'être humain lorsque l'on suggère que la résistance aux changements soit directement liée au degré auquel une communication est effective (Smith et Preker, 2001). Si une telle position est vraie cela n'en fait pas pour autant une garantie de succès. Il ne faut pas simplifier l'attitude du personnel face au changement à un point tel que l'on se retrouve dans une situation de type stimuli-réponse, selon laquelle une bonne politique provoque une bonne acceptation. Les personnes ne modifient pas leur comportement selon un tel schéma car de nombreux autres facteurs interviennent pour favoriser une véritable participation aux décisions avec tous les efforts que cela exige de la part du personnel, outre les efforts déjà engagés dans les soins et les services.

Bref, le changement passe par le personnel, mais l'importance stratégique du personnel dans le système de santé n'est, en général, pas mentionnée dans les changements. Ce paradoxe nous rappelle que les changements s'effectuent par un personnel considéré comme un atout, à qui l'on justifie les changements proposés à partir de motifs reliés aux soins et qu'il participe aux décisions, parce que l'on a adopté une conception plus réaliste de l'être humain. Ce paradoxe apparaît jouer un rôle dans la difficulté de faire des changements.

Question 1

La planification des ressources humaines de la santé (RHS) a-t-elle été en général un succès ou un échec? Quelles sont les principales forces et faiblesses des approches actuelles à l'échelle nationale, provinciale et territoriale? Quels changements devrait-on apporter à la planification des RHS?

La planification de la main-d'œuvre vise l'équilibre dans le nombre de travailleurs et leur localisation dans l'organisation – la bonne personne au bon endroit et au bon moment. Pour atteindre ce type d'équilibre, Egger, Lipson et Adams (2000) affirment qu'il doit aussi y avoir un appariement avec la mission du système de santé. Ce serait donc l'orientation même du système qui serait l'élément fondamental de la planification du personnel, tel qu'évoqué au premier paradoxe. Jusqu'à tout récemment, la croissance des effectifs professionnels était contrôlée par la formation qui modulait la réponse aux besoins. Une telle conception reposait sur l'idée qu'on pouvait s'attendre à une arrivée continue de professionnels. Dans ce contexte, la planification n'était pas nécessaire et souvent on ne planifiait pas, en pensant que cela n'avait pas ou peu de liens avec les politiques de santé et les besoins de la population (O'Brien-Pallas et coll., 2001).

Il faut se rappeler qu'on prévoyait des surplus de professionnels de la santé suite aux changements entrepris dans le système de santé (Dussault, Fournier, Zanchetta, Kérouac et coll., 2001; Mitchell, 1998; Pew Commission, 1995). Il semble maintenant évident que d'autres éléments liés à ces transformations laissent plutôt entrevoir des pénuries. Dans ce contexte, la planification du niveau de personnel spécialisé par un contrôle des admissions dans les programmes professionnels devient problématique en raison des délais de réponse assez longs aux besoins. En outre, une telle formation requiert des investissements importants de la part de la personne et crée des incitatifs pour préserver l'investissement déjà effectué; par conséquent, elle empêche des fluctuations rapides pour répondre à la demande. En d'autres termes, il y a un élément d'irréversibilité dans la planification par l'admission d'étudiants dans un programme professionnel qui doit être pris en considération et qui ne semble pas correspondre aux changements rapides qu'on semble vouloir exiger dorénavant du système de santé.

Selon Markham et Birch (1997) la planification peut s'effectuer selon trois approches : à partir des besoins, à partir de la demande effective et à partir de l'utilisation. La première, la planification à partir des besoins, devrait s'effectuer à partir de données qui sont actuellement impossibles à obtenir, rendant cette approche inutilisable. Quant à une planification effectuée à partir de la demande effective, elle est difficile à réaliser car on observe une différence entre le nombre de professionnels rapporté dans les documents de planification gouvernementaux et le nombre réel de professionnels dans les milieux de soins. Le défi majeur de ce type de planification est de composer avec des bases de données cliniques et administratives qui ne permettent pas une utilisation informant à la fois les besoins du système de santé, les résultats des soins donnés par le personnel et les coûts (O'Brien-Pallas, Birch, Baumann et Murphy, 2001). Ce deuxième type de planification est actuellement compliqué.

Le troisième type de planification, celle à partir de l'utilisation ou la planification par la gestion du personnel, a donné des résultats satisfaisants dans un contexte de pénurie lorsqu'elle a utilisé trois types de stratégies : utilisation plus efficace du personnel disponible grâce à une

meilleure répartition géographique; utilisation accrue, lorsqu'il y a lieu, d'une personne à compétences multiples; meilleur appariement des compétences et des fonctions (OMS, 2000). La planification par la gestion permet de tenir compte des tâches effectives, de la division et de la subdivision des tâches de chacun de manière à obtenir plusieurs types de services indépendants les uns des autres, et de leur attribution à des personnes selon leurs compétences. Un tel mode de planification soulève plusieurs questions : Qui détermine les tâches? Est-ce que les tâches servent d'abord les besoins de l'institution et des professions et ensuite ceux de la personne soignée? Est-ce que l'on vérifie l'appariement entre ces tâches et les buts de l'organisation et ceux du système de santé? Ces questions sont importantes car les professionnels se plaignent qu'on n'utilise pas leurs compétences et leurs connaissances. Cela est une source de gaspillage et a un effet démoralisant sur le personnel. Par ailleurs, ces questions dénotent un souci de la qualité et de la continuité des soins. En effet, une division par tâche laisse le patient à lui-même en l'obligeant à se débrouiller seul pour assurer la continuité entre les différents intervenants du système. Il est donc plus que nécessaire à ce moment-ci que l'on examine les façons de travailler afin d'obtenir une meilleure compréhension qui permettra d'améliorer l'adéquation entre les tâches et les besoins (Gauthier, 2000).

Le dernier paragraphe permet de bien souligner à la fois la distinction et la complémentarité des dimensions cliniques et organisationnelles dans la planification de la main-d'œuvre. La dimension clinique apporte le contenu du travail des professionnels et le temps requis par ce contenu, alors que la dimension administrative se préoccupe du nombre de personnes étant donné ce qu'exige la dimension clinique, des ressources, des coûts et de l'organisation du service. Une planification qui ne permet pas d'inclure ces deux dimensions va certainement être problématique. À titre d'exemple, mentionnons qu'un plus grand nombre de femmes médecins a eu pour effet d'accentuer la pénurie en raison de la façon différente dont elles envisagent leur carrière. La responsabilité des professionnels au sein de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire est en mutation et, par le fait même, de nouveaux rôles sont en émergence (OIIQ, 2001). La planification devra être en mesure de tenir compte de ces changements.

En somme, ce bref tour d'horizon de la planification qui a conduit à examiner différentes méthodes ne permet de conclure ni au succès ni à l'échec. Il souligne plutôt le paradoxe entre différentes façons de planifier qui répondent à des objectifs différents : la planification par la formation semble favoriser la vision qu'ont les professionnels du système de santé, alors que celle qui tente de répondre à la demande n'a pas les données nécessaires; celle qui part de la pratique effective doit composer avec une définition ambiguë des tâches actuelles, souvent fragmentées, qui laisse les patients se débrouiller seul avec les différents professionnels. Ceci nous conduit à un nouveau paradoxe.

Paradoxe 4 : Planification par groupe et besoin accru de mobilité et de flexibilité

La section précédente a bien souligné que la planification du personnel dans le secteur de la santé souffre d'un manque de conceptualisation : on aligne des chiffres sans trop savoir ce que cela reflète comme réalité. La planification s'est généralement effectuée par groupe de professionnels, ce que l'on appelle souvent la « planification en silo ». Une telle planification

relève également d'une vision hiérarchique du personnel de santé dans laquelle un groupe détermine le nombre requis de professionnels d'autres groupes. Cela a plusieurs conséquences pour la planification. Au premier chef, la cible de l'analyse en vue de la planification du personnel tend à être une profession, particulièrement les médecins et les infirmières (Bach, 2001), la profession médicale dominant le système de santé en dépit du fait qu'elle ne constitue qu'environ 10 p. 100 du nombre total des professionnels. Une telle situation a conduit à la fragmentation en sous-occupations et à une planification qui attribue des rôles relativement fixes aux différents groupes. À toutes fins utiles, la planification s'effectue en fonction des besoins de la médecine et du nombre de médecins. Une telle planification pourrait être efficace à condition que la médecine standardise sa pratique, facilitant ainsi la planification de la main-d'œuvre. Des efforts importants sont investis en ce sens actuellement, notamment avec la tendance à fonder les décisions cliniques sur les données probantes et les guides de pratique.

Dans la première partie du paradoxe axé sur les groupes professionnels, les difficultés actuelles de la planification pourraient ainsi n'être qu'une conséquence de la conceptualisation utilisée, soit une planification axée sur les besoins de la médecine et la fragmentation en sous-occupations des autres professions dans un système presque exclusivement curatif plutôt qu'un véritable échec de la planification. Par ailleurs, le système de santé s'appuie sur les compétences, indicateurs des comportements requis des professionnels, pour accroître la capacité de la main-d'œuvre de répondre à la demande (Bach, 2001). En mettant l'accent sur les compétences plutôt que sur les personnes, on suppose que la flexibilité provenant du décroisement et de l'interdisciplinarité apportera une solution aux problèmes de pénurie de personnel (Clair, 2001; Fyke, 2001; Mazankowski, 2002). Dans un système curatif, on semble privilégier le décroisement des professions autres que la médecine pour atteindre cet objectif avec des conséquences pour la planification. En résumé, selon O'Brien-Pallas, Birch, Baumann et Murphy (2001) elle est faite de façon intermittente, varie en qualité et est centrée sur une profession en particulier.

Une autre façon de planifier serait de considérer chaque groupe indépendamment les uns des autres, un modèle dans lequel la médecine serait un groupe parmi d'autres. Une telle situation, radicalement différente, suppose l'autonomie de chaque profession. En outre, une telle planification exige un examen de l'utilisation des différents types de professionnels dans le système de santé. Pour se distinguer de ce qui existe actuellement, une telle planification devrait postuler l'accès direct de la population aux différents professionnels au lieu de reposer en majeure partie sur la pratique, la prescription médicale et l'hospitalisation. Le virage ambulatoire qui a entraîné une pratique dans des lieux moins traditionnels comme la communauté ou le domicile pourrait bénéficier d'un tel type de planification. La planification du personnel deviendrait différente tout en restant centrée sur les professionnels dans la prévision du nombre requis. La principale difficulté serait ici de préciser ce que feraient ces différents professionnels et d'en déduire le nombre requis. Une dimension qualitative devrait être ajoutée. Ce qui est souhaitable, c'est probablement une planification par profession qui serait en mesure de tenir compte de la flexibilité exigée et de la collaboration avec les autres professionnels. Comme cela risque de comporter beaucoup de variation, il est difficile de prévoir avec suffisamment de précision le nombre de professionnel requis. Cette dernière stratégie devrait inclure une préoccupation au sujet des compétences du personnel alors que les méthodes ne se préoccupent que du niveau des effectifs. Dans la prochaine section, nous reviendrons sur des éléments

*Les changements et quelques paradoxes :
une réflexion sur le personnel du système de santé*

inhérents à ce type de planification. Bref, on connaît mieux les limites des modèles existants, mais la planification est une activité complexe qui doit composer avec plusieurs paradoxes et laisse sans réponse la question fondamentale de la façon de planifier le personnel surtout lorsqu'elle se préoccupe plus de nombres que de ce que le personnel doit accomplir.

Question 2

Les politiques et les pratiques régissant la portée de la pratique, l'accréditation et l'autorisation d'exercer des groupes professionnels de la santé sont-elles d'actualité et conformes aux buts du système de santé moderne? Dans la négative, comment pourrait-on les modifier pour promouvoir l'innovation et le changement souhaité tout en préservant la qualité et en protégeant l'intérêt public?

Il semble acquis que plusieurs facteurs engendrent un contexte de travail plus complexe et fort différent de celui d'autrefois (OIIQ, 2001). Ainsi, notre société vit des modifications démographiques importantes, comme le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie, l'apparition de nouveaux problèmes de santé, l'augmentation de certains problèmes sociaux qui peuvent se traduire par une augmentation et une diversification de la clientèle du système de santé. S'ajoute à cela l'omniprésence des contraintes budgétaires dont nous avons traité sous l'angle de conflits entre des objectifs, de même que l'implantation de nouvelles technologies qui ont un impact sur l'organisation des soins.

Le système professionnel ne semble pas mis en doute même si, pour plusieurs, la réglementation professionnelle est un vestige du siècle passé qui encourage une mauvaise utilisation des ressources, des erreurs, un dédoublement des tâches et un manque de collaboration. En dépit de ces inconvénients, le système professionnel semble atteindre son objectif de protection du public alors que des modifications aux politiques et aux pratiques régissant la portée de l'exercice professionnel sont envisagées. Par ailleurs, la notion de compétence est de plus en plus utilisée pour tenter de faire face aux différentes limites du système professionnel et de favoriser la planification. Dans ce contexte, répondre à une question sur les politiques et les pratiques régissant la portée de la pratique des professionnels peut vouloir dire examiner la réglementation dans la perspective d'un paradoxe entre réglementer un champ d'exercice professionnel ou promouvoir les compétences.

Paradoxe 5 : Champ d'exercice professionnel et compétence

Le paradoxe réside dans le souhait de préserver la structure professionnelle et, en même temps, d'introduire la notion de compétence qui, sans en être l'antithèse, n'est pas du même ordre. Le paradoxe vient des efforts faits pour accroître à la fois l'indépendance clinique des professionnels en fonction d'un champ d'exercice précis et la flexibilité accrue que l'on attend d'eux dans le contexte d'un partage des compétences. La notion de compétence a été proposée en réponse à l'impasse actuelle, due au fractionnement des champs d'exercice professionnel, alors que plusieurs affirment que la notion de collaboration et d'interdépendance est devenue nécessaire dans un système de santé intégré où l'équipe interdisciplinaire prend en charge les soins des patients. On prévoit de nouvelles façons de diriger et d'organiser les services et les soins, ainsi que de nouvelles structures pour appuyer ce modèle décloisonné. Une gestion participative qui favorise le dialogue et les échanges entre partenaires faciliterait la collaboration par l'abolition des structures hiérarchiques et leur remplacement par des systèmes horizontaux. Dans ce contexte, on pourrait s'attendre à une certaine flexibilité dans les rôles, grâce à laquelle les compétences serviraient d'indicateurs et seraient un moyen d'atténuer les conflits entre les professionnels.

L'attrait de l'approche par la compétence est de fournir une base pour décrire et relier les pratiques professionnelles, qui sont souvent perçues comme un ensemble d'activités disparates sans grande cohésion (Bach, 2001). En mettant l'accent sur les comportements plutôt que sur les qualifications et les champs d'exercice professionnels, l'approche par la compétence pourrait faire tomber les barrières entre les professions et encourager le travail interdisciplinaire et la flexibilité des professionnels. On a l'impression que la désignation par la notion de compétence pourrait résoudre le cloisonnement des champs de pratique. Bref, c'est la juxtaposition d'un champ professionnel précis à un ensemble de compétences permettant la flexibilité des professionnels qui est paradoxal.

L'approche des compétences est souvent perçue avec méfiance par les professionnels qui souhaitent maintenir un monopole fondé sur l'expertise. Plusieurs mentionnent également la nécessité de protéger contre un partage risqué des activités exigeant un niveau de compétence unique et complexe. Pour eux, les barrières protègent contre la confusion que pourrait entraîner l'approche par la compétence.

Or, la notion de compétence n'est pas sans problème puisqu'elle est secondaire à une réflexion sur le rôle qui découle généralement du champ d'exercice, soulignant à nouveau le paradoxe au cœur de ces deux approches. Cette approche suppose qu'une certaine distinction persiste entre les rôles. En outre, pour se réaliser concrètement, l'interdisciplinarité demande une définition claire des rôles, des fonctions et de la contribution de chaque personne, de même qu'une bonne compréhension des objectifs du partenariat. Selon la Commission Pew (1995), les changements dans les champs d'exercice des professionnels doivent viser à réduire les conflits entre les professionnels et la confusion du public. La collaboration et l'interdisciplinarité ne manqueront pas de produire des conflits. Des mécanismes de résolution des conflits et des procédures de partage des champs de pratique entre deux ou plusieurs professions seront importants, peut-être même davantage que la notion de compétence.

Quant à promouvoir l'innovation, la pénurie de personnel offre une occasion intéressante de transformer les soins et les services. Elle offre l'occasion de se recentrer sur la santé avant que la maladie arrive, lorsque cela est possible, puisque la santé exige moins de personnel. L'innovation pourrait consister à la fois à offrir des services curatifs et à investir davantage dans la promotion de la santé et la prévention des problèmes pour lesquels les connaissances nous permettent d'agir en vue d'améliorer la santé de la population. Elle pourrait aussi être l'occasion d'offrir à la population l'accès direct aux différents professionnels sans devoir passer par la médecine ou l'hospitalisation. En somme, la pénurie est une occasion privilégiée de revoir les procédures et les façons de dispenser les soins, la délimitation des champs d'exercice professionnel et l'accès aux professionnels actuellement sous le contrôle de la médecine dans le système public.

En somme, les règlements professionnels sont encore considérés comme le meilleur moyen d'assurer la protection du public. L'ajout de la notion de compétence crée un paradoxe lorsque les deux sont considérés comme interchangeables. De fait, les compétences découlent des champs de pratiques et des qualifications professionnelles et elles doivent rester secondaires à une définition du rôle professionnel et à la mission du système de santé. Ce sont plutôt des mécanismes de résolution des conflits liés à la collaboration interdisciplinaire qui sont souhaités pour accroître la flexibilité.

Question 3

Les programmes d'enseignement produisent-ils un effectif qui a les capacités et les perspectives nécessaires pour répondre aux besoins d'un milieu de la santé changeant et de plus en plus intégré? Dans la négative, quels changements devrait-on apporter?

Il est bien difficile d'offrir une réponse définitive à cette question, qui en soulève plusieurs autres. On demande à la formation de répondre aux nouvelles exigences du système de santé et aux changements qui surviennent dans le système. De quoi parle-t-on exactement?

- Est-ce qu'il s'agit d'une suggestion de changement dans un contexte plus général de hiérarchisation des professions de la santé? Dans l'affirmative, est-ce que la profession qui se trouve en haut de la hiérarchie (la médecine) doit être la seule à ajouter de nouveaux éléments à sa formation? Délèguera-t-elle aux autres certaines de ses prérogatives actuelles, particulièrement celles qui lui donnent l'impression d'être sous-utilisée? Ce contexte de l'interdisciplinarité souhaitée, présente dans les discours alors qu'elle est bien marginale dans les faits (Schmitt, 2002), semble en constituer un bon exemple.
- Ou encore s'agit-il d'une nouvelles façon de dispenser des soins et des services à partir d'une approche dans laquelle la porte d'entrée du système n'est pas nécessairement la médecine? S'agirait-il d'une pratique interdisciplinaire à laquelle la population aurait un accès direct et qui demanderait une plus grande indépendance clinique pour tous les professionnels, alors même qu'ils collaboreront en interdisciplinarité avec une valorisation des compétences? Dans ce cas, toutes les professions devront apporter des changements à leur formation.
- Ou s'agit-il de changements généralisés de milieux de pratique, ou encore d'une exigence de mobilité entre les milieux de soins et de services, lesquels, en fournissant moins d'encadrement et moins de présence simultanée des professionnels, nécessitent une plus grande indépendance clinique pour tous les professionnels et une modification de la formation en conséquence?
- Ou – et il faut soulever cette possibilité – s'agit-il d'un changement suggéré dans le discours alors que les milieux de la pratique ont à peine changé ou que les changements effectués sont déjà incorporés dans la formation et ne nécessitent pas de changements majeurs. À titre d'exemple, 93 p. 100 des programmes des écoles de sciences infirmières et de professionnels de la santé aux États-Unis utilisent déjà les compétences proposées par la Commission Pew (Brady, Leuner, Bellack, Loquist, Cipriano et O'Neill, 2001). Un autre élément d'importance est la perception des professionnels qui estiment leurs connaissances et leurs habiletés sous-utilisées actuellement. Ainsi, le rapport de la Saskatchewan (Fyke, 2001) indique que plusieurs se plaignent que leurs compétences et leurs habiletés ne sont pas entièrement mises à contribution et que, si elles l'étaient, cela produirait de meilleurs résultats chez les patients et des économies pour le système.

Il n'est pas facile de répondre à ces questions, d'autant plus qu'elles sont mutuellement exclusives – répondre par l'affirmative à l'une signifie que l'on répond automatiquement par la négative à l'autre. Plusieurs autres questions peuvent être soulevées en ce qui a trait aux

changements dans la formation. Une question se pose plus particulièrement au sujet du moment où la modification à la formation devrait être apportée : doit-elle précéder ou donner suite aux changements dans la pratique? Lorsque les changements dans la formation devancent la modification de la pratique, cela risque de créer beaucoup d'insatisfaction chez les nouveaux diplômés, qui seront alors confrontés à des milieux de pratique qui ne correspondent pas à leurs attentes; après le changement, elles entraîneront d'autres problèmes puisqu'un délai plus ou moins long s'écoulera avant que les nouveaux diplômés n'arrivent avec la formation requise.

Par ailleurs, l'insistance sur la nécessité de changer la formation pourrait laisser croire qu'il s'agit en fait d'une stratégie pour forcer le système à changer en faisant porter individuellement à des professionnels novices la responsabilité du changement. La réorientation des programmes de formation est certes justifiée et peut servir de moteur au changement dans le système de santé, mais elle risque de faire reposer sur les épaules des débutants des transformations systémiques qui suscitent une grande résistance de la part du personnel en place pour des raisons évidentes et d'autres moins bien comprises qui semblent relever davantage des paradoxes examinés dans cette étude. De telles intentions à l'égard de la formation devraient être considérées soigneusement, en prévoyant des mécanismes de soutien pour les diplômés, le cas échéant.

Par ailleurs, on invoque souvent des changements dans la formation lorsque les milieux de pratique se plaignent de recevoir des nouveaux diplômés qui ne sont pas prêts à fonctionner de façon autonome ou encore qui frôlent l'incompétence. Une première question à la lumière des critiques répétées des milieux de la pratique envers les milieux de la formation est de se demander si l'on souhaite une formation d'apprenti ou une formation de professionnel. Une formation d'apprenti prépare à l'exécution de tâches standardisées et, à prime abord, semble mieux répondre aux besoins de la pratique et à ceux d'un certain type de gestion de cette pratique. Par ailleurs, une formation de professionnel ne permet pas à un débutant d'avoir maîtrisé parfaitement les habiletés et les liens à faire entre les connaissances apprises et les situations pratiques. Exiger que cela soit bien maîtrisé entraînerait une formation plus longue et une intégration progressive dans les services. Ces critiques se font plus vives actuellement en raison de la transformation du système de santé et de la pénurie de main-d'œuvre, qui fait en sorte que les milieux cliniques ont de la difficulté à soutenir les débutants. Ces derniers ont besoin d'un soutien particulier pour se développer professionnellement vers l'autonomie, et les milieux de la pratique sont les seuls capables d'appuyer cette maturation professionnelle. Demander des changements dans la formation ne semble pas répondre au véritable problème.

En outre, la formation pratique pose un autre problème fondamental dans la situation actuelle, notamment lorsqu'on affirme que les professionnels devraient être mieux préparés à la pratique dans des milieux cliniques diversifiés. Le système de santé a traditionnellement formé des professionnels dans les hôpitaux, alors que le système de santé se dirige vers des soins extrahospitaliers. Le milieu extrahospitalier n'offre pas les meilleures conditions d'accueil et d'encadrement pour les étudiants. Les professionnels y travaillent souvent en solitaire ou en petits groupes et ils peuvent difficilement être libérés de leurs fonctions pour assurer l'encadrement. La réduction du financement pour la formation associée aux changements dans le système de santé limite la capacité des milieux de la formation d'offrir une formation pratique à tous les étudiants en raison des compressions de personnel. Il devient donc nécessaire d'examiner la collaboration de tous à la formation pratique et, dans les cas où le système n'a pas

réussi à assurer un milieu de stage correspondant au milieu de travail, à mettre en place des modalités de transition pour les diplômés. Le système de santé doit examiner son engagement envers la formation pratique et promouvoir une intégration effective de la formation et de la pratique s'il veut bénéficier d'une relève compétente, bien formée et qui ne décidera pas de quitter prématurément une profession parce que les conditions d'intégration y sont trop difficiles (Bauman, O'Brien-Pallas, Armstrong-Strassen et coll., 2001; Lindeman, 2000).

Par ailleurs, les nouvelles approches en soins et services visent de plus en plus à assurer une continuité des soins supervisée par des professionnels. Une telle façon de procéder représente un ajout à la formation. Former à la continuité des soins peut vouloir dire former le personnel à la mobilité, afin de pouvoir suivre les patients au cours de l'épisode de soins, soit en pré, intra et post-hospitalisation. Ensuite, les professionnels doivent améliorer leur connaissance organisationnelle du réseau de la santé en vue d'assurer la continuité des soins dans les différents établissements. Une telle formation exigera toutefois des changements structurels dans le système de santé, notamment des modifications aux contrats de travail de plusieurs groupes professionnels qui permettent difficilement une mobilité accrue de la main-d'œuvre. La continuité pose à nouveau la question du moment de l'introduction dans la formation lorsque des contraintes structurelles sont toujours en place.

Conclusion

Les changements dans le système de santé se sont succédés et ont eu des répercussions importantes sur le personnel. Plusieurs travaux récents menés par des spécialistes des questions relatives au personnel du système de santé permettent déjà à la Commission d'être informée de la situation actuelle, des changements apportés, des solutions de rechange et des principaux enjeux.

Plusieurs constats et paradoxes qui relèvent de l'évidence ont été examinés. Cette brève étude a montré que le discours sur le changement dans le système de santé est bien présent et qu'il aurait avantage à considérer le personnel qui est au cœur de la prestation des soins, à donner la priorité à sa réalisation et à s'inspirer d'une vision collective du système de santé. La réglementation des professionnels semble adéquate même si elle ne montre pas clairement comment elle pourrait être réconciliée avec l'interdisciplinarité, la collaboration et la pratique en milieux diversifiés. La formation des professionnels suscite des questions importantes quant au moment approprié pour y introduire des nouveautés, de façon à permettre aux professionnels d'être à l'aise lorsque la mission du système de santé sera précisée et qu'en conséquence, la nature du travail du personnel et de sa formation pourra être précisée.

Note

- 1 Le mot personnel sera préféré à l'expression ressources humaines pour souligner la différence entre les personnes et les ressources financières et matérielles.

Bibliographie

- Aiken, L.H., H.L. Smith et T.E. Lake. 1994. « Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care », *Medical Care* 32, 771-787.
- Bach, Stephen. 2001. *Human Resources and New Approaches to Public Sector Management – Improving Health Resources Management Capacity*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Baumann, A., L. O'Brien-Pallas, M. Armstrong-Strassen, J. Blythe, R. Bourbonnais, S. Cameron, D.I. Doran, M. Kerr, M. Vézina, M. Butt et L. Ryan. 2001. *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa.
- Brady, M., J.D. Leuner, J.P. Bellack, R.S. Loquist, P.F. Cipriano et E.H. O'Neill. 2001. « A proposed framework for differentiating the 21 Pew competencies by level of nursing education ». *Nursing and Health Care Perspective*, 22 (1), 30-35.
- Clair, M. 2001. *Les solutions émergentes*, Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. MSSS, Québec.
- Dussault, G., M.A. Fournier, M.S. Zanchetta, S. Kérouac, J.L. Denis, L. Bojanowski, M. Carpentier et M. Grossman. 2001. *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : revue de la littérature*. Rapport présenté à la Table ronde des intervenants en soins infirmiers, Université de Montréal, GRIS.
- Egger, D., D. Lipson et O. Adam. 2000. *Human Resources for Health. Issues in Health Services Delivery*, Discussion Paper No. 2, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Enriquez, E. 1997. *Les jeux de pouvoir et du désir dans l'entreprise*, Desclée de Brouwer, Paris.
- Fagin, C.M. 2001. *When Care Becomes a Burden: Diminishing Access to Adequate Nursing*. Report. Milbank Memorial Fund. 25 p.
- Fournier, L. 1999. Pourquoi le virage ambulatoire?, dans *Soins infirmiers et Société*, publié sous la direction de O. Goulet et C. Dallaire, Boucherville, Gaëtan Morin.
- Fyke, J.K. 2001. *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, Commission on Medicare. gouvernement de la Saskatchewan, Saskatoon.
- Gauthier, G. 2000. *Rapport du forum sur la planification de la main-d'œuvre*, Ministère de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec.
- Koehoorn, M., G.S. Lowe, K.V. Rondeau, G. Schellenberg. 2002. *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé*, document de recherche des RCRPP, Ottawa.
- Lindeman, C.A. 2000. The future of nursing education, *Journal of Nursing Education*, 39(1), 5-12.
- Markham, B. et S. Birch. 1997. « Back to the future: a framework for estimating health care human resource requirements », *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(1), 7-23.

- Mazankowski, D. 2001. *A Framework for Reform – Report of the Premier’s Advisory Council on Health*, gouvernement de l’Alberta, Edmonton.
- Mintzberg, H. 1994. *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris.
- Mitchell, J.G. 1998. *Recreating Health Professional Practice for a New Century*. Fourth Report of the Pew Health Profession Commission, San Francisco.
- O’Brien-Pallas, L., S. Birch, A. Bauman, et G.T. Murphy. 2001. *Integrating Workforce Planning, Human Resources and Service Planning*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2001. *La vision contemporaine de l’exercice infirmier*, OIIQ, Montréal.
- Organisation mondiale de la santé. 2000. « Pourquoi les systèmes de santé sont-ils importants », chapitre 1 du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, p.3 à 22. www.who.int/whr/2000/fr/report.
- Pew Health Profession Commission. 1995. *Critical Challenges: Revitalizing the Health Profession for the Twenty-First Century*. Third Report of the Pew Health Profession Commission, San Francisco.
- Schmitt, M.H. 2002. « Seizing the moment: An opportune time to study the outcomes of interprofessional education and health care delivery », éditorial, *Research in Nursing & Health*, 24, iii-v.
- Smith, A., Douglas et Alexander S. Preker. 2000. *Labour Market Adjustment in Health Systems*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Sinclair G., Duncan. 2000. *Regard sur le passé, regard sur l’avenir*, Commission de restructuration des services de santé de l’Ontario, gouvernement de l’Ontario, Toronto.
- Statistique Canada (Division de la démographie). 1988 et 1997. *Personnel de la santé au Canada*, <http://www.cihi.ca/french/fimedrls/june1tables/tableau_1.shtml>(1988 et 1997).