

Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada

RAPPORT FINAL



MARS 2006



**A Physician Human Resource
Strategy for Canada**

TASK FORCE TWO

**Une stratégie en matière d'effectifs
médicaux pour le Canada**

GRUPE DE TRAVAIL DEUX

Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada

RAPPORT FINAL

**Préparé par :
Groupe de travail Deux :
Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada**

Mars 2006

Cette initiative est financée par le gouvernement du Canada et la communauté médicale. Les opinions et les interprétations contenues dans le présent rapport sont celles du Groupe de travail Deux et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada ou des organisations individuelles participantes.

SOMMAIRE

L'accès opportun à des médecins qualifiés est devenu l'une des questions déterminantes pour le système de soins de santé au Canada. L'incapacité d'un nombre croissant de Canadiens et de Canadiennes de se trouver un médecin de famille, les longues listes d'attente pour certains diagnostics et certaines interventions chirurgicales, ainsi que des pénuries aiguës de médecins spécialistes dans les collectivités urbaines, rurales et éloignées ont mis en lumière la manière dont nous planifions les effectifs médicaux au pays. L'expérience a démontré que les décisions que nous prenons aujourd'hui auront des répercussions sur la prestation des services de santé dans une décennie, puisqu'il faut de cinq à onze ans ou plus d'études médicales et de résidence pour former un médecin. Prendre la bonne décision constitue un véritable défi, en raison des changements rapides dans la prestation des services, des percées technologiques et du vieillissement de la population canadienne – qui ont des effets à la fois sur les besoins des patients et le nombre de médecins disponibles. Par ailleurs, ces décisions ont souvent été prises de façon indépendante par les 14 gouvernements au Canada (fédéral, provinciaux et territoriaux), même si les décisions prises par un gouvernement peuvent avoir une incidence sérieuse sur bien d'autres décisions.

Devant ces nombreux défis, la communauté médicale canadienne et les gouvernements se sont engagés en 1999 au développement d'une stratégie pancanadienne à long terme en matière de ressources humaines pour les médecins. Le **Groupe de travail Deux** a été créé pour entreprendre un processus de consultation devant mener à l'élaboration d'orientations stratégiques susceptibles d'assurer un nombre adéquat de médecins qui travaillent efficacement et qui offrent des soins appropriés, en temps opportun, dans les bonnes régions du pays.

Les travaux du Groupe de travail Deux ont été dirigés par un Comité directeur composé de diverses associations de professionnels de la santé, de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de représentants de la communauté de l'éducation

médicale et de représentants du public. Cette perspective élargie sur la question a contribué à l'intégration du Groupe de travail Deux à de nombreuses autres initiatives multilatérales déjà entreprises pour déterminer les besoins croissants en matière de ressources humaines en santé, comme l'étude sur le secteur des soins infirmiers, le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) et le Conseil canadien de la santé.

Le présent rapport représente l'étape finale du mandat du Groupe de travail Deux. Les travaux, qui ont commencé par une recherche détaillée sur les tendances observables dans les effectifs médicaux et sur les défis qui se posent au Canada, ont abouti aux efforts de cinq groupes de travail et à la participation de plus de 130 délégués à une conférence nationale ayant pour but d'étudier et de mettre en application les résultats de cette recherche. Avec ce document, les membres du Comité directeur du Groupe de travail Deux ont peaufiné et approuvé les stratégies à long terme dans cinq domaines clés relatifs aux effectifs médicaux au Canada : éducation et formation; interprofessionnalisme; recrutement et maintien en poste; obtention de la licence, questions de réglementation et responsabilité; infrastructure et technologie.

Étant donné l'interdépendance entre ces cinq aspects fondamentaux, les orientations stratégiques proposées dans le présent document doivent être considérées comme une proposition intégrée. Des mesures sélectives appliquées à certaines stratégies, à l'exclusion d'autres stratégies, ne produiraient pas les résultats attendus par les patients, les professionnels et les établissements de santé au pays.

Différents thèmes sont au cœur des orientations stratégiques et des stratégies relatives aux cinq aspects fondamentaux couverts dans le présent rapport. Au premier chef, on retrouve l'importance d'améliorer la capacité de notre système de santé de s'adapter au changement. Les besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de soins de santé et notre façon d'offrir les services de santé sont en constante évolution, et ces changements ne sont pas facilement prévisibles. Les approches auxquelles nous avons recours pour planifier les ressources humaines en santé doivent être adaptées, et le système doit être assez souple pour pouvoir réagir rapidement. Pendant que nous progressons dans la mise en œuvre des cinq orientations stratégiques contenues dans le présent rapport, nous devons nous assurer d'avoir une approche adaptée et souple en ce qui concerne les aspects fondamentaux que sont l'éducation et la formation; l'interprofessionnalisme; le recrutement et le maintien en poste; l'obtention de la licence, les questions de réglementation et responsabilité; l'infrastructure et la technologie.

Un deuxième thème est la nécessité d'avoir une approche véritablement pancanadienne en matière de planification des ressources humaines en santé qui tient compte des changements dans les besoins des Canadiens et des Canadiennes. Les écarts qui existent actuellement entre les professions de la santé, entre les diverses composantes du système de santé (éducation, réglementation, financement, planification, etc.) et entre les territoires du pays doivent tous être comblés, si une approche pleinement intégrée et efficace visant à répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes doit être définie et mise en œuvre.

Un troisième et dernier thème qui est au cœur des cinq orientations stratégiques est la nécessité de déployer des efforts constants et durables pour étudier, planifier, mettre en

œuvre et surveiller les effectifs médicaux et les autres ressources humaines en santé au Canada pour répondre aux besoins de la population. Dans un secteur aussi dynamique que celui des soins de santé, nous ne pouvons que nous contenter de réagir aux pénuries ou aux excédents aux moments et aux endroits où ils surviennent. Le Groupe de travail Deux reconnaît qu'il existe un besoin d'améliorer la capacité de définir et de surveiller les besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de santé, les besoins des fournisseurs de soins (les médecins et les autres professionnels de la santé), de même que ceux des gouvernements qui financent le système. Le système de soins de santé est dynamique, et la réponse à la question « De combien de médecins le Canada a-t-il besoin? » variera avec le temps et en fonction des modèles organisationnels mis en place. Cette réponse sera également tributaire des forces économiques, démographiques, sociales, professionnelles et technologiques en présence.

Il sera essentiel de prévoir avec précision la demande et le nombre de médecins au Canada pour fournir les ressources humaines en santé dont nous aurons besoin dans l'avenir. L'établissement d'un organisme ou mécanisme permanent nous aidera à nous assurer que l'impulsion produite par le Groupe de travail Deux au cours des cinq dernières années et d'autres initiatives importantes n'est pas perdue. Les orientations stratégiques et la coalition des intervenants dans le secteur des soins de santé qui ont contribué à leur établissement représentent une ressource inestimable, et le système de santé au Canada doit maintenant en tirer profit au maximum.

1. PRÉPARER POUR L'AVENIR - ÉDUCATION ET FORMATION

Attirer des gens vers la profession médicale constitue un point de départ, mais le Groupe de travail Deux reconnaît que l'éducation et la formation joueront un rôle primordial en préparant des effectifs médicaux qui seront à la hauteur des défis à relever. L'éducation médicale à tous les niveaux (prédoctorale, postdoctorale et perfectionnement professionnel continu) sera déterminante pour obtenir et maintenir une composition idéale de médecins de famille et d'autres spécialistes qui travailleront efficacement là où ils seront le plus requis. À cette fin, le rapport final du Groupe de travail Deux propose l'orientation stratégique et les stratégies fondamentales suivantes :

L'éducation et la formation des médecins et des autres fournisseurs de soins de santé tout au long de leur vie professionnelle doivent répondre aux besoins des diverses populations du Canada.

Stratégies fondamentales :

- Afin de s'assurer que le Canada puisse obtenir et maintenir en poste des effectifs médicaux de manière responsable et éthique, planifier et financer les infrastructures et les ressources requises (humaines et autres) des systèmes de l'éducation et de la formation médicales et d'apprentissage continu, et rendre toutes les composantes responsables socialement;

- Prévoir un système de formation interprofessionnelle et d'apprentissage continu souple et adapté, selon lequel le programme et l'expérience pédagogique sont liés aux besoins des populations desservies (y compris les populations mal desservies) et aux besoins des fournisseurs de soins de santé;
- Prévoir un nombre approprié de postes financés par les ministères afin d'accueillir tous les diplômés des facultés de médecine du Canada, les candidats canadiens qui retournent aux études et les médecins diplômés à l'étranger (MDE) convenablement qualifiés;
- Planifier un système d'éducation et de formation afin de créer des effectifs médicaux qui reflètent la diversité et les besoins de la population.

L'orientation stratégique et les stratégies fondamentales commencent avec la reconnaissance que les facultés de médecine ont la responsabilité de s'assurer qu'on a satisfait aux besoins des Canadiens et des Canadiennes en ce qui concerne le nombre de médecins disponibles, leurs domaines de spécialité, leurs connaissances, leurs attitudes et les compétences qu'ils apportent à leur profession. Le présent rapport insiste sur le fait que les gouvernements ont un rôle primordial à jouer en fournissant le financement requis pour s'assurer que les facultés de médecine et les programmes d'éducation médicale continue puissent satisfaire à leurs obligations. Le rapport souligne également le rôle de la communauté médicale dans le soutien aux systèmes de soins de santé et à l'éducation médicale.

Le Groupe de travail Deux s'est aussi intéressé à la question de savoir combien de facultés de médecine et de postes en résidence doivent être financés par les gouvernements. Le rapport préconise une approche pancanadienne intégrée qui lie les inscriptions dans les facultés de médecine à une stratégie plus large en matière de ressources humaines pour les médecins, ainsi qu'à un plus grand partage d'information dans l'ensemble des territoires. En augmentant le nombre de postes de formation subventionnés par les ministères, les facultés de médecine et les hôpitaux d'enseignement seront en mesure de réagir plus rapidement aux besoins changeants, de permettre aux médecins de retourner aux études pour changer de spécialité afin de mieux répondre aux besoins de la société, d'intégrer les médecins diplômés à l'étranger convenablement qualifiés et de rapatrier des Canadiens et des Canadiennes qui ont obtenu un diplôme de médecine à l'étranger.

Enfin, l'orientation stratégique et les stratégies fondamentales reconnaissent que les collectivités culturelles au Canada ont des besoins particuliers en matière de soins de santé (y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis) qui peuvent être davantage satisfaits si l'on augmente le nombre de médecins diplômés provenant de ces collectivités. Pour ce faire, il faudra fournir un financement adéquat des facultés de médecine et un soutien direct aux familles à faible revenu dans ces collectivités qui, autrement, pourraient ne pas envisager une éducation médicale.

2. FAVORISER LE TRAVAIL D'ÉQUIPE - PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE ET ÉDUCATION

Le présent rapport confirme la croyance du Groupe de travail Deux selon laquelle le fait de réunir dans des équipes de travail des médecins et d'autres professionnels de la santé peut contribuer à relever certains défis, comme assurer l'accès aux soins, réduire les temps d'attente, combler les pénuries et lutter contre l'épuisement professionnel. Ainsi, le rapport inclut l'orientation stratégique et les stratégies fondamentales suivantes qui s'y rattachent :

Une pratique interprofessionnelle en collaboration, où les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé ont des rôles clairement définis et appréciés.

Stratégies fondamentales :

- Créer une culture pour la collaboration interprofessionnelle;
- Définir des modes de financement et de rémunération durables qui soutiennent la pratique en collaboration;
- Évaluer sur une base continue les répercussions de la pratique interprofessionnelle en collaboration sur le patient, les résultats au niveau des systèmes et des fournisseurs, et appliquer les conclusions au processus de planification.

Cependant, il ne sera pas suffisant de réunir des professionnels de la santé pour s'assurer qu'ils travaillent vraiment en équipe. En premier lieu, une culture de confiance entre tous les professionnels de la santé devra être encouragée. Entre autres choses, des changements devront être apportés aux programmes d'études prédoctoraux et postdoctoraux et à la façon dont ils sont offerts aux médecins, aux infirmières et infirmiers et aux autres professionnels de la santé. La pratique actuelle de ces professionnels devra aussi s'adapter au travail d'équipe, et le perfectionnement professionnel continu contribuera à créer cette nouvelle culture.

Les professionnels de la santé et les organisations de la santé qui dépendent de leurs services auront besoin de soutien, lorsqu'ils s'adapteront aux nouvelles pratiques interprofessionnelles dans la prestation des services. Par le passé, trop de modèles prometteurs n'ont pu amener ces pratiques au-delà du stade de projets pilotes simplement en raison d'un manque de financement. Les membres du Comité directeur ont convenu que les avantages qu'offrent les approches innovatrices en matière de soins de santé, axées sur le travail d'équipe, l'emportent largement sur les ressources et le temps requis pour en faire une réalité au Canada. Le comité soutient aussi que tous les membres des équipes interprofessionnelles de collaboration doivent être rémunérés adéquatement selon le type et l'étendue de leurs activités professionnelles. Enfin, le rapport recommande que les planificateurs des ressources humaines en santé surveillent le rendement des modèles interprofessionnels de soins au fil du temps. Ils pourront ainsi trouver des données probantes qui les aideront à choisir les modèles qui offrent une combinaison optimale de résultats cliniques, de satisfaction des patients, de satisfaction des fournisseurs et de productivité.

3. ATTIRER DES MÉDECINS ET LES GARDER ICI - *RECRUTEMENT ET MAINTIEN EN POSTE*

Aussi essentielles au succès d'une stratégie en matière d'effectifs médicaux que les quatre thèmes principaux, les répercussions des orientations stratégiques seront limitées par la capacité d'attirer des personnes qualifiées vers la profession médicale et de les maintenir en poste tout au long de leur carrière. Compte tenu du vieillissement de la population, des aspirations professionnelles et des conditions de travail changeantes, la tâche est devenue plus ardue. Ce défi est d'autant plus grand à notre époque, où il existe une compétition mondiale grandissante pour attirer des médecins qualifiés.

Devant ce défi, le Groupe de travail Deux a proposé l'orientation stratégique suivante et les stratégies fondamentales qui s'y rattachent :

Une approche pancanadienne est nécessaire pour une planification continue des ressources humaines pour les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé. Cette approche doit inclure des facteurs relatifs aux besoins et doit intégrer une stratégie de recrutement et de maintien en poste cohérente et détaillée.

Stratégies fondamentales :

- Désigner un organisme ou un mécanisme dont la capacité d'analyse, le soutien de base et le modèle de gouvernance sont convenables pour coordonner une approche pancanadienne fondée sur les besoins à l'égard de la planification et du développement des ressources humaines en santé (RHS) dans l'ensemble des provinces/territoires afin de permettre une démarche intégrée partout au Canada;
- Prévoir et élaborer des mesures spéciales de recrutement et de maintien en poste pour répondre aux besoins des groupes où les iniquités en matière de santé sont manifestes, comme dans le cas des Autochtones, des gens vivant dans des collectivités rurales, éloignées, du Nord et isolées, et là où l'on prévoit des pénuries en ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé;
- Mettre l'accent sur les variables professionnelles, personnelles et intangibles en plus des facteurs financiers qui ont une incidence sur le choix de pratique et les lieux de pratique médicale, et appuyer les modèles de prestation de services qui reconnaissent la gamme complète des activités professionnelles et qui permettent d'attirer et de garder les fournisseurs de soins de santé.

Une des principales recommandations du Groupe de travail Deux est la création d'un organisme permanent (peut-être virtuel) ayant la capacité et le mandat de favoriser une approche pancanadienne intégrée en matière de ressources humaines en santé, y compris la composante médicale. Cette autorité ou cet organisme directeur coordonnerait les efforts des planificateurs dans l'ensemble du pays, entreprendrait la recherche requise, en plus de fournir un leadership et une orientation des politiques. Les gouvernements, les formateurs,

les employeurs et les associations de professionnels pourraient tirer profit de cette capacité accrue de reconnaître les problématiques, d'un plus grand nombre de solutions mieux coordonnées et d'une amélioration de la planification à long terme. Tous ces groupes doivent être représentés sous une forme ou sous une autre dans ce nouvel organisme ou mécanisme. Il en est ainsi des organismes de réglementation, des étudiants et des résidents, des autorités sanitaires et des communautés culturelles.

Cet organisme ou mécanisme entreprendrait une importante recherche sur les besoins de collectivités particulières et de segments de la population. Une telle recherche encouragerait les efforts déployés pour aborder les problèmes, comme le manque de médecins autochtones, les pénuries de médecins dans les régions rurales et le besoin de mieux représenter la diversité croissante du pays dans les effectifs médicaux.

Enfin, le rapport préconise une approche en matière de recrutement et de maintien en poste qui tient compte des forces sociales, des besoins personnels et des préférences qui influent sur les choix de carrière des médecins actuels et futurs. Alors que nous nous sommes beaucoup intéressés aux incitations financières par le passé, nous devons aujourd'hui prêter davantage attention à d'autres facteurs, comme le mode de vie, la reconnaissance professionnelle, la flexibilité et les modèles de prestation des services.

4. SUPPRIMER LES OBSTACLES JURIDIQUES - AMÉLIORER L'OBTENTION DE LA LICENCE ET LES QUESTIONS DE RÉGLEMENTATION ET DE RESPONSABILITÉ

Le Groupe de travail Deux reconnaît que les percées prometteuses dans la technologie, les modèles de prestation des services, le recrutement et le maintien en poste risquent d'avoir des effets limités, à moins qu'ils s'accompagnent d'une modernisation dans les façons dont nous octroyons la licence, établissons la réglementation et réglons les questions de responsabilité médicale au pays. En conséquence, l'orientation stratégique et les stratégies fondamentales suivantes sont proposées :

Des décisions complémentaires en matière de réglementation qui soutiennent à la fois la pratique axée sur le patient et la mobilité des fournisseurs de soins de santé.

Stratégies fondamentales :

- Élaborer un processus pancanadien harmonisé qui permet de s'assurer que l'autorisation d'exercer des médecins dans chaque province et territoire s'effectue en fonction de pratiques normalisées;
- Élaborer un cadre de réglementation pour la pratique interprofessionnelle en collaboration, intégrant la gestion du risque, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité en tant que processus continu;
- Élaborer un système qui assure la disponibilité d'une protection adéquate en matière de responsabilité et d'un cadre de responsabilisation bien défini pour chaque fournisseur dans un environnement de soins en collaboration.

Au haut de cette liste de recommandations, on retrouve une harmonisation relative à l'obtention de la licence et à la réglementation en vigueur dans les 14 gouvernements au Canada. Cette harmonisation doit s'étendre aux médecins diplômés à l'étranger, aux médecins pratiquants et aux médecins diplômés. L'harmonisation des normes et des règlements doit aussi s'intégrer à une stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé. Ainsi, les besoins particuliers de chaque territoire et de chaque région pourraient être pris en considération, et le maraudage dont les médecins font l'objet d'un territoire à l'autre pourrait être minimisé.

Le Groupe de travail Deux estime que la promesse de nouveaux modèles de soins centrés sur des équipes interprofessionnelles peut seulement être réalisée dans la mesure où les réglementations et les programmes d'assurance responsabilité sont modernisés pour reconnaître les diverses façons de prodiguer des soins en équipe. Les rôles, les droits, les responsabilités et l'obligation de rendre des comptes de tous les intervenants de l'équipe doivent être clarifiés et reflétés dans les politiques des organismes de réglementation et programmes d'assurance responsabilité. Le défaut de se conformer à cet impératif pourrait limiter sérieusement la possibilité pour les professionnels de la santé d'adopter ces nouveaux modèles de soins en collaboration.

5. METTRE À PROFIT LES MÉDECINS QUE NOUS AVONS - INFRASTRUCTURE ET TECHNOLOGIE

Enfin, les membres du Comité directeur du Groupe de travail Deux s'entendent pour dire que, si nous améliorons les infrastructures de soins de santé au Canada et si nous utilisons mieux la technologie disponible, nos médecins pourront travailler plus efficacement et répondre aux besoins d'un plus grand nombre de Canadiens et de Canadiennes. C'est pourquoi le rapport final comprend une orientation stratégique et trois stratégies fondamentales axées sur l'infrastructure et la technologie.

Veiller à l'expansion des éléments essentiels qui soutiennent la prestation et l'interopérabilité efficace et efficiente de systèmes afin d'aider les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé à offrir de façon opportune des soins de qualité dans tous les environnements de pratique et les points de service.

Stratégies fondamentales :

- Mettre en place un « monde médical branché » qui englobe une vaste gamme de communications interopérables et de technologies de l'information afin de soutenir la gestion de l'information, le transfert des connaissances, la prestation optimale de services et de sécuriser les modes de financement durables pour l'utilisation appropriée de ces technologies;
- Créer et maintenir un inventaire à jour d'équipement et de technologies médicaux spécialisés et continuer d'investir les fonds appropriés afin d'obtenir les réserves futures nécessaires;

- Créer et maintenir un inventaire à jour de l'infrastructure matérielle à la fois pour l'éducation des fournisseurs de soins de santé et la prestation de soins de santé, et investir les fonds nécessaires pour obtenir la réserve nécessaire d'infrastructure qui sera requise dans l'avenir.

Le rapport final souligne que le système de soins de santé canadien a souvent traîné derrière d'autres pays le temps venu d'adopter une nouvelle technologie, compte tenu du manque de fonds nécessaires à sa mise en place et à la formation des professionnels. Étant donné le potentiel que la technologie offre pour mettre à profit les médecins que nous avons, des investissements additionnels sont fortement recommandés.

Des décisions devront être prises relativement à la technologie à implanter et aux aspects de notre infrastructure en soins de santé qui requièrent le plus d'investissements. Le rapport préconise que ces décisions soient guidées par un nouvel inventaire pancanadien de l'équipement médical et par un inventaire pancanadien de l'infrastructure physique nécessaire à la formation en soins de santé et à la prestation des services. Ces deux inventaires fourniraient un portrait précis de ce qui est mis en place présentement au pays, des écarts actuels et des conditions futures. Les inventaires pourraient aussi mettre en lumière les conclusions d'études sur les avantages pour la santé de la nouvelle technologie et de l'infrastructure, de même que des expériences réussies avec des investissements similaires dans l'ensemble du Canada.

En plus du rapport final, le Groupe de travail Deux a publié d'autres rapportsⁱ au cours de son mandat qui ont tous pour objectif de contribuer au présent rapport :

- *Les effectifs médicaux au Canada : Analyse des documents et des écarts* (janvier 2003)
- *Évaluation de nouveaux modèles de prestation des services médicaux : Inventaire et synthèse* (août 2003)
- *La validation de la portée et du champ d'application de modèles novateurs de prestation des soins de santé* (octobre 2004)
- *Les effectifs médicaux au Canada : Analyse des données en milieu de travail sur les tendances et l'évaluation des données de ressources humaines* (février 2005)
- *Health Care Delivery Models: Implications for Physician Human Resources* (février 2006 – document non disponible en français à ce jour).
- *Utilization Manual: Physician Human Resource Framework* (mars 2006 – document non disponible en français à ce jour)

i Les rapports sont disponibles au www.effectifsmedicaux.ca ou au www.rcpsc.edu

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	I
SECTION 1 : INTRODUCTION ET CONTEXTE	1
1.1 <i>Introduction : un appel collectif à l'action</i>	1
1.2 <i>La structure du rapport</i>	4
1.3 <i>Groupe de travail Un : la genèse du Groupe de travail Deux</i>	4
1.4 <i>Au sujet du Groupe de travail Deux</i>	5
SECTION 2 : LE PROCESSUS PERMETTANT D'ALLER DE L'AVANT	9
2.1 <i>Le besoin d'une approche stratégique cohérente</i>	9
2.2 <i>Des fondements stratégiques importants</i>	10
2.3 <i>Les orientations stratégiques et les stratégies fondamentales</i> ...	11
2.3.1 <i>Éducation et formation</i>	12
2.3.2 <i>Interprofessionnalisme</i>	18
2.3.3 <i>Recrutement et maintien en poste</i>	23
2.3.4 <i>Obtention de la licence, questions de réglementation et responsabilité</i>	30
2.3.5 <i>Infrastructure et technologie</i>	34
SECTION 3 : PROCHAINES ÉTAPES	41
3.1 <i>Création d'un Groupe de travail chargé de la transition pour poursuivre le travail du Groupe de travail Deux</i>	41
3.1.1 <i>Objectifs proposés du Groupe de travail chargé de la transition</i>	41
3.1.2 <i>Propositions de participation au Groupe de travail chargé de la transition</i>	42
SECTION 4 : GLOSSAIRE	43
SECTION 5 : GROUPE DE TRAVAIL DEUX - PARTICIPANTS AU COMITÉ DIRECTEUR	47
SECTION 6 : RÉFÉRENCES	51

SECTION 1

INTRODUCTION ET CONTEXTE

1.1 INTRODUCTION : UN APPEL COLLECTIF À L'ACTION

Au Canada, les médecins souhaitent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour offrir des soins de santé de la meilleure qualité à chaque Canadien et à chaque Canadienne. Mais un tel vœu ne suffit pas. Avec les pressions croissantes exercées sur les ressources en soins de santé, l'appel de clairon pour le changement est d'une importance primordiale. Le Groupe de travail Deux souhaite aller au-delà de la rhétorique en matière de renouveau des soins de santé afin d'offrir, dans des termes concrets, les prochaines étapes requises pour résoudre le problème de la pénurie de médecins et, ainsi, répondre aux besoins en matière de santé de la population.

La capacité en matière de changement suppose un leadership qui s'articule autour d'une vision positive. Les médecins sont impatients de participer aux discussions significatives concernant les solutions mentionnées dans le présent rapport avec tous les intervenants concernés, mais le temps d'agir est arrivé depuis belle lurette. Le processus de dialogue doit commencer le plus tôt possible afin d'en arriver à un plan d'action concertée.

L'élément commun aux cinq thèmes clés est l'importance de mettre en place une capacité d'adaptation aux changements. La prestation des services et le besoin pour ces services dans les populations sont des concepts dynamiques qui ne peuvent pas être planifiés dans le contexte de structures institutionnelles statiques. De plus, en règle générale, les changements dans la prestation des soins et le besoin pour ces services ne sont pas facilement prévisibles. Par conséquent, le cadre de planification doit être réceptif au changement de façon opportune. Le concept du principe qui regroupe la réserve de fournisseurs de soins de santé et les besoins de la population est le service de soins de santé. Les services répondent aux besoins, et les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle fondamental

dans la prestation de ces services. La nature précise des exigences en matière de services et la distribution de ces services sont en constante évolution. Dans le même ordre d'idée, les développements dans la prestation de services et les percées technologiques en médecine signifient que la production de services et le besoin en matière de fournisseurs de soins de santé changent continuellement. Toutefois, il importe que les processus utilisés pour la promotion de l'éducation et de la formation, de l'interprofessionnalisme, du recrutement et du maintien en poste, de l'obtention de licence, de la réglementation, de la responsabilisation et de l'utilisation efficace de la technologie et de l'infrastructure soient sensibles à ces changements et qu'ils permettent au système de soins de santé de réagir à ces changements plutôt que d'y être contraint.

Le deuxième élément commun aux cinq thèmes clés est le besoin d'harmonisation entre les provinces, les territoires et les professions. Les professions individuelles n'offrent pas de services de soins de santé isolément, mais elles jouent plutôt des rôles déterminants dans la production de services. Par conséquent, la prestation efficace de soins de santé de grande qualité ne peut se faire par les efforts des groupes de professionnels travaillant seuls. L'interdépendance entre les différentes professions nécessite que les dispositions et les processus mis en place pour l'éducation et la formation, l'interprofessionnalisme, le recrutement et le maintien en poste, la réglementation, la technologie et l'infrastructure reflètent les intérêts partagés et les besoins de chaque groupe de professionnels, ainsi que l'intérêt public. Par exemple, les politiques fructueuses de recrutement et de maintien en poste des médecins qui travaillent dans les régions éloignées peuvent être compromises, si le recrutement d'autres professionnels (par exemple, les infirmières autorisées, les techniciens en radiation médicale, etc.) est faible et que le taux de roulement est élevé.

Tout aussi importante est l'harmonisation entre les provinces et les territoires. Les accords constitutionnels établis au 19^e siècle partagent la responsabilité des soins de santé, d'abord entre les gouvernements provinciaux et territoriaux, puis entre les ministères du gouvernement fédéral. Mais, il est possible que 14 approches indépendantes pour fournir des services de soins de santé dans un pays puisse sembler incohérentes en regard d'une utilisation efficace des ressources en soins de santé au 21^e siècle. L'Union européenne, dont la taille augmente au même rythme que le nombre de ses membres, harmonise des processus relatifs à la formation et à la pratique en matière de soins de santé dans tous les pays qui la constituent.

Les politiques particulières aux provinces et territoires sont appropriées lorsque les systèmes de soins de santé sont totalement séparés. Cependant, le niveau d'interdépendance des systèmes de soins de santé canadiens est élevé. Par exemple, plus les provinces sont grandes et prospères, plus leur capacité de formation, d'attraction et de maintien en poste des fournisseurs est grande comparativement aux provinces et territoires plus petits. La capacité des provinces et des territoires plus petits de recruter et de retenir les fournisseurs de soins de santé dépend non seulement de leurs propres politiques, mais aussi des politiques des autres provinces et territoires. L'interdépendance n'est pas seulement une contrainte externe à laquelle les provinces et les territoires sont soumis. De fait, la *Loi canadienne sur la santé*, qui définit les dispositions de couverture relatives aux soins de santé, détermine les relations intergouvernementales comme principe clé (transférabilité

des avantages). Cependant, seule une attention limitée est accordée à l'harmonisation des politiques dans les provinces et les territoires en reconnaissance de cette interdépendance afin de concrétiser la promesse de transférabilité.

Dans des situations « normales », il pourrait sembler raisonnable de tenir chaque province ou territoire responsable des besoins de sa population en matière de soins de santé. Mais, en cas de pandémie ou d'autres urgences, la population de cette province ou de ce territoire n'est pas la seule exposée au risque. Notre capacité de réagir à de tels événements nécessite que notre capacité « normale » de fournir des soins ne soit pas artificiellement restreinte par des limites géographiques politiquement déterminées n'ayant aucune incidence sur les facteurs épidémiologiques.

Les approches particulières aux provinces et territoires en matière de prestation de soins de santé génèrent bien des situations différentes qui sont difficiles à justifier. Par exemple :

- Il existe des variations entre les provinces et les territoires relativement à ce que les professionnels de la santé sont autorisés à faire;
- Les normes relatives aux soins varient selon la géographie;
- La formation particulière aux professions liées aux soins de santé est donnée dans chaque province ou territoire, même si cela peut sous-entendre la présence de programmes de formation trop petits pour être efficaces;
- Le recrutement particulier aux provinces et aux territoires crée une concurrence pour les mêmes fournisseurs; chaque province ou territoire planifie ses conditions de services en fonction, en partie, de ce qui est requis pour « distancer » la concurrence.

Ces situations représentent quelques-uns des arguments qui militent en faveur d'une approche de collaboration en matière de planification des ressources humaines en santé. Le cadre de travail soumis par le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH), en septembre 2005, a mis en lumière d'autres arguments irréfutables qui vont aussi dans le sens d'une collaboration pancanadienne.¹ Le présent rapport souligne les orientations stratégiques et les stratégies fondamentales en matière d'effectifs médicaux au Canada élaborées par le Groupe de travail Deux au terme de cinq ans de rechercheⁱⁱ et de vastes consultations. Comme les orientations établies par le CCPSSRH, les implications et la mise en œuvre de ces stratégies exigent une collaboration pancanadienne et interprofessionnelle.

ii Les rapports sont disponibles au www.effectifsmedicaux.ca ou au www.rcpsc.edu

1.2 LA STRUCTURE DU RAPPORT

Le présent rapport est divisé en cinq sections :

Section 1 - Introduction et contexte

L'introduction présente le rapport et lance un appel collectif à l'action. Cette section contient également de l'information contextuelle sur le Groupe de travail Deux.

Section 2 - Le processus permettant d'aller de l'avant

La section 2 décrit d'abord deux recommandations stratégiques générales ayant ressorti lors de la Conférence nationale sur les effectifs médicaux, en janvier 2006 : 1-) définir et surveiller les besoins de la population en matière de santé; 2-) créer un organisme ou mécanisme pour améliorer la planification des effectifs médicaux et des autres ressources humaines en santé au Canada. Cette section explique également comment les cinq thèmes stratégiques clés sont interdépendants, en plus de fournir de l'information détaillée sur les stratégies sous-jacentes à chaque thème : l'éducation et la formation; l'interprofessionnalisme; le recrutement et le maintien en poste; l'obtention de la licence, les questions de réglementation et de responsabilité; l'infrastructure et la technologie.

Section 3 - Les prochaines étapes

Cette section décrit les prochaines étapes possibles pour concrétiser certaines des recommandations, notamment la création d'un groupe de travail responsable de la transition.

Section 4 - Glossaire

Les termes utilisés dans le présent rapport, qui peuvent être moins usuels ou être interprétés de différentes manières, sont expliqués dans cette section du rapport.

Section 5 - Liste des membres du Comité directeur du Groupe de travail Deux

Section 6 - Bibliographie

1.3 GROUPE DE TRAVAIL UN : LA GENÈSE DU GROUPE DE TRAVAIL DEUX

En 1998, le Forum médical canadien (FMC), un forum composé de neuf organisations médicales nationalesⁱⁱⁱ qui ont à cœur la consultation, la consolidation des consensus, l'élaboration de stratégies et l'action solidaire, a créé un groupe de travail autofinancé appelé Groupe de travail Un pour examiner les pénuries de médecins dans certaines disciplines et dans certaines régions du pays. Le FMC, qui regroupait des professionnels de la santé et des représentants du public, a travaillé pour élaborer une réponse immédiate à ces pénuries

iii Les membres du Forum médical canadien sont l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU), l'Association canadienne des internes et des résidents (ACIR), la Fédération d'étudiants en médecine du Canada (FEMC), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'Association médicale canadienne (AMC), la Fédération des Ordres des médecins du Canada (FOMC), le Conseil médical du Canada (CMC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

particulières de médecins. Les membres de ce groupe de travail ont analysé les effets de la diminution du nombre de médecins de famille et de spécialistes diplômés des facultés de médecine, ainsi que la baisse résultante anticipée des médecins formés au Canada pouvant prodiguer des soins aux Canadiens et aux Canadiennes. Le Groupe de travail Un a présenté son rapport final aux ministres et aux sous-ministres de la Santé en novembre 1999. Voici les recommandations du Groupe de travail Un :

1. Augmenter le nombre d'admissions dans les facultés de médecine de 1577 à 2000 en l'an 2000. Cette augmentation des admissions doit être financée de manière appropriée et exempte de toute contrainte.
2. Accroître les efforts visant à retenir et à rapatrier les médecins canadiens diplômés.
3. Augmenter les postes de résidents subventionnés par les gouvernements de 20 p. cent afin d'accroître la flexibilité, faciliter la réintégration et de de manière appropriée répondre aux besoins des médecins diplômés à l'étranger.
4. Élaborer un processus formel et continu faisant participer le Forum médical canadien, d'autres fournisseurs de soins de santé, ainsi que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin de faire des recommandations en ce qui concerne le nombre d'admissions dans les facultés de médecine au Canada et le nombre d'inscriptions à des programmes de formation prédoctoraux et postdoctoraux sur une base continue (2 ou 3 ans).
5. Aborder les questions de la répartition et des nouveaux modèles de prestation des services grâce à une collaboration des gouvernements, des autorités de la santé et des formateurs.

Ces recommandations ont provoqué une augmentation satisfaisante des inscriptions à des programmes prédoctoraux dans les facultés de médecine. Toutefois, il restait encore beaucoup de travail à faire en matière de planification des effectifs médicaux, puisqu'il apparaissait clairement à cette époque que cette planification devait aller au-delà du simple dénombrement des effectifs. Les travaux entrepris par le Groupe de travail Un ont mené à la création, en septembre 2001, du Groupe de travail Deux : Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada », ayant pour but d'étudier le secteur des effectifs médicaux sur une période de cinq ans. Le budget de 4,8 millions de dollars du Groupe de travail Deux a été financé en partie dans le cadre du programme du conseil sectoriel du gouvernement du Canada, Santé Canada, ainsi que par la communauté médicale grâce à des apports en nature et en espèces.

1.4 AU SUJET DU GROUPE DE TRAVAIL DEUX

Les efforts de collaboration du Groupe de travail Deux ont conduit à un partenariat sans précédent au Canada, regroupant les principales organisations de professionnels de la santé, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des représentants du public. Le but du groupe était de mettre en place des solutions à long terme et durables aux problèmes touchant les effectifs médicaux du Canada. L'intention générale du groupe de travail était d'élaborer une stratégie pour s'assurer que les bons médecins, formés pour offrir le bon

type de soins, travaillent dans les bonnes régions du pays et au bon moment. Les objectifs du partenariat ont été définis en ces termes :

- étudier une gamme élargie de modèles existants et de nouveaux modèles dans l'organisation et la prestation des soins de santé;
- évaluer les répercussions à long terme de ces modèles sur le nombre de médecins les approches pédagogiques et la formation requise afin de fournir la prestation optimale de soins de santé de qualité à la population canadienne;
- élaborer des stratégies à long terme relatives aux effectifs médicaux qui tiennent compte des réalités propres des provinces et des territoires du Canada.

Les travaux du groupe ont été supervisés par un comité directeur, coprésidé par des représentants du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne. La liste des membres du Comité directeur est présentée à la section 5.

Les objectifs du Groupe de travail Deux ont été établis dans un plan divisé en trois phases :

- La phase 1 a consisté en une analyse environnementale/situationnelle qui a permis de brosser le tableau des effectifs médicaux et des modèles, nouveaux et émergents, de prestation des services de soins de santé. Les principaux résultats de cette phase ont été la publication d'un rapport intitulé « *Les effectifs médicaux au Canada : Analyse des documents et des écarts* », en janvier 2003, et la création d'un inventaire (une base de données interrogeable) des modèles, nouveaux et émergents, dans l'organisation et la prestation des services de soins de santé. Un rapport sommaire de la phase 1, « *Évaluation de nouveaux modèles de prestation des services médicaux : Inventaire et synthèse* » a été publié en août 2003. L'étude parue en janvier 2003 a permis de situer les travaux du groupe de travail en précisant, analysant et évaluant de manière critique l'information pertinente disponible entre 1990 et 2003 sur les effectifs médicaux et les défis auxquels la profession médicale était confrontée, et en déterminant les écarts manifestes dans la documentation. La base de données interrogeable (qui a été mise à jour en octobre 2004 durant la phase 2) a fourni les fondements de l'analyse et des discussions menées par le Groupe de travail Deux durant les deux autres phases de ses travaux. Cette base de données a également permis l'élaboration, durant la phase 2, d'un outil d'analyse décrit ci-dessous, ayant pour but d'aider les planificateurs, les fournisseurs et les administrateurs de soins de santé à mieux évaluer les répercussions des différents modèles de soins de santé sur les effectifs médicaux au sein de leurs propres organisations.
- La phase 2 a consisté en une analyse détaillée des questions ayant des répercussions sur l'offre et la demande de médecins. Le rapport intitulé « *Les effectifs médicaux au Canada : Analyse des données en milieu de travail sur les tendances et l'évaluation des données de ressources humaines* », paru en février 2005, a analysé le marché du travail qui s'offre aux médecins en déterminant les questions prioritaires en matière de ressources humaines auxquelles les médecins sont confrontés aujourd'hui et auxquelles ils seront confrontés dans l'avenir. Les conclusions de ce rapport ont fourni une importante base pour le processus d'élaboration des stratégies. Une étude

de validation des modèles de soins de santé élaborés durant la phase 1 a également été entreprise lors de la phase 2. Cette démarche comprenait des consultations avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les associations médicales, les regroupements de médecins spécialistes et d'autres intervenants dans le secteur des soins de santé. Les conclusions de cette étude ont été documentées dans un rapport intitulé « *La validation de la portée et du champ d'application de modèles novateurs de prestation des soins de santé* », paru en octobre 2004. La composante finale de la phase 2 a porté sur l'élaboration d'un cadre de travail analytique conçu pour aider les planificateurs, les fournisseurs et les administrateurs de soins de santé à évaluer les répercussions des différents modèles de soins de santé sur les effectifs médicaux. Cet exercice comportait la validation de l'outil d'analyse proposé au cours des entrevues étendues avec des administrateurs de soins de santé et d'autres intervenants clés, des visites dans dix établissements de santé répartis dans l'ensemble du Canada, déterminés à partir de l'inventaire des modèles de prestation des services de santé décrit ci-dessus. Le processus d'étude de cas utilisé pour valider l'outil d'analyse a permis aux chercheurs d'établir des conclusions préliminaires en ce qui concerne le recrutement et le maintien en poste des médecins, à partir des modèles de soins de santé qui avaient été examinés. Ces conclusions sont résumées dans un rapport intitulé « *Assessment of Health Care Delivery Models: Implications for Physician Human Resources* », publié en février 2006. L'outil d'analyse résultant et le manuel d'utilisation qui l'accompagne sont présentés dans un document, paru en mars 2006 sous le titre « *Utilization Manual: Physician Human Resource Framework* ».

- La troisième et dernière phase a été consacrée à l'élaboration des stratégies. À partir de l'analyse environnementale/situationnelle de la phase 1 et de l'analyse du marché du travail qui s'offre aux médecins réalisée lors de la phase 2, le Groupe de travail Deux a formé cinq groupes pour étudier les thèmes considérés comme étant essentiels à la planification des effectifs médicaux : l'éducation et la formation; l'interprofessionnalisme; le recrutement et le maintien en poste; l'obtention de la licence, les questions de réglementation et la responsabilité; l'infrastructure et la technologie. Les membres de ces groupes de travail provenaient de partout au Canada et représentaient divers groupes d'intervenants choisis en raison de leurs connaissances et de leurs travaux antérieurs en regard des thèmes clés. Les commentaires et suggestions de chaque groupe de travail, y compris les stratégies recommandées, ont été compilés par le Comité directeur qui les a traduits en orientations stratégiques en matière d'effectifs médicaux. Ces orientations stratégiques préliminaires ont été présentées, à des fins de discussions, lors de la Conférence nationale sur les effectifs médicaux, en janvier 2006, qui a réuni plus de 130 délégués en provenance de 60 organismes gouvernementaux et organisations de la santé. À la fin de la conférence, tous les participants ont convenu que la pénurie de médecins et l'amélioration de la planification des effectifs médicaux au Canada nécessiteraient une action concertée.

Le présent rapport est l'aboutissement de cinq années de recherche, de consultations pancanadiennes durant cette période et de la Conférence nationale sur les effectifs médicaux, qui a eu lieu en janvier dernier.

SECTION 2 : LE PROCESSUS PERMETTANT D'ALLER DE L'AVANT : LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET LES STRATÉGIES FONDAMENTALES

2.1 LE BESOIN D'UNE APPROCHE STRATÉGIQUE COHÉRENTE

Les orientations stratégiques et les stratégies fondamentales sous-jacentes mises en valeur dans le présent rapport sont l'aboutissement de cinq années d'intense collaboration, de consultations élargies et de recherche intensive qui ont jalonné les trois phases du Groupe de travail Deux. Ces stratégies forment un cadre de travail détaillé qui contribuera à relever à long terme les défis en matière d'effectifs médicaux qui persistent depuis longtemps au pays.

Étant donné leur grande interdépendance, **toutes les stratégies doivent être considérées comme un ensemble cohésif**. Des mesures sélectives en regard de certaines stratégies à l'exclusion des autres produiraient des résultats sous-optimaux. Voici quelques exemples de l'interdépendance étroite qui existe entre les stratégies mentionnées dans le présent rapport.

- Le succès des efforts déployés pour inciter les médecins et les autres professionnels de la santé à travailler dans des équipes de collaboration interprofessionnelles afin d'aborder un certain nombre de défis majeurs – comme l'accès aux soins, les temps d'attente, les pénuries d'effectifs et l'épuisement professionnel – sous-entend les questions de réglementation et de responsabilité associées au travail d'équipe;
- Les nouvelles façons de traiter les maladies que permettent les avancées technologiques requièrent la capacité de modifier les programmes de formation et les dispositions réglementaires pour permettre des réactions appropriées aux percées dans les connaissances médicales.

2.2 DES FONDEMENTS STRATÉGIQUES IMPORTANTS

Définir et surveiller les besoins de la population en matière de soins de santé

Soutenant toutes les stratégies présentées par le Groupe de travail Deux, est l'acceptation que le Canada doit mieux comprendre, surveiller et définir les besoins de la population en matière de soins de santé. Les participants de la Conférence nationale sur les effectifs médicaux, en janvier 2006, ont convenu que la planification des ressources humaines en santé (RHS) au Canada doit correspondre aux exigences de ces ressources au sein d'un système dynamique qui est mû par des forces économiques, démographiques, sociales, professionnelles, (p. ex. les champs de pratique), organisationnelles et technologiques.

Cette perspective, selon laquelle la planification des RHS doit reposer sur les besoins de la population, a aussi été clairement énoncée dans le rapport sur les stratégies en soins infirmiers², paru en mai 2005, ainsi que dans le cadre de travail élaboré par le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH).³ L'organisme ou le mécanisme mentionné plus bas pourrait soutenir ce travail.

Organisme ou mécanisme pouvant soutenir la planification des RHS

Une des stratégies les plus importantes qui ont émergé des travaux du Groupe de travail Deux, et qui est devenue le centre d'intérêt de plusieurs présentations sur l'orientation stratégique, lors de la Conférence nationale sur les effectifs médicaux, en janvier dernier, est **la création d'un organisme ou mécanisme pouvant soutenir et faciliter les mécanismes de coordination dans l'élaboration et l'établissement de plans pancanadiens futurs en matière de RHS** pour s'assurer que le Canada dispose du bon nombre de médecins, qui travaillent aux bons endroits et de manière optimale afin de répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes.

Comme il a été démontré dans les travaux du Groupe de travail Un et, subséquemment, dans ceux du Groupe de travail Deux, les décisions prises historiquement ont conduit à des tendances problématiques en matière d'effectifs médicaux qui n'ont pas été détectées assez tôt. À leur tour, ces tendances ont influencé la capacité du système de manière à ce point négative que le simple fait de tenter de renverser les effets des mauvaises hypothèses de planification a fragilisé tout le système et retardé la planification des RHS de plusieurs années. Pour éviter que l'histoire ne se répète, une approche pancanadienne coordonnée en matière de planification des RHS suscite un nouvel espoir pour une prise de décisions plus flexible et davantage axée sur la collaboration.

Par conséquent, il existe un besoin urgent de recueillir des données claires, fiables et valides pour surveiller les effectifs médicaux et les autres RHS dans le système canadien de santé, de suivre les résultats et de faire rapport au public quant à l'utilisation des ressources et à la qualité des soins. Le besoin de données de qualité en matière de RHS a également été identifié dans une étude sur le secteur des soins infirmiers.⁴ Bien que la responsabilité de la disponibilité et de l'utilisation des RHS a été définie de différentes façons par les provinces et les territoires, cette stratégie du Groupe de travail Deux reconnaît qu'il est important de surveiller les cibles et les points de repère en matière de planification des RHS au Canada et d'en faire rapport. Ces points de repère incluent ceux identifiés par le Conseil canadien de la santé et qui reposent sur les éléments clés de politiques efficaces en matière

de RHS, y compris la sensibilité à l'égard des besoins de la population et l'utilisation des RHS la plus appropriée qui soit. Cependant, l'importance de la capacité des RHS en ce qui concerne la durabilité et la fonctionnalité du système de santé requiert un intérêt accru pour la planification des RHS. Bien que de nombreuses autorités nationales doivent demeurer des intervenants majeurs, la nécessité de soutenir la création d'un organisme ou mécanisme et de coordonner les recommandations en matière de planification des RHS à un niveau pancanadien constitue un facteur primordial dans cette orientation stratégique fondamentale.

Ainsi, le but de cet organisme ou mécanisme est de contribuer à améliorer la manière dont la planification des effectifs médicaux et des autres RHS est réalisée au Canada en soutenant les efforts des planificateurs dans l'ensemble du pays, en effectuant plus de recherches pertinentes, en analysant les données recueillies de manière continue et en fournissant un leadership et une orientation des politiques en matière de planification des RHS au pays. Cette ressource serait disponible aux organisations de santé et aux organismes de réglementation qui travaillent de différentes manières à la planification des RHS aux niveaux national, provincial, territorial et régional. Avec ce nouvel organisme ou mécanisme, les gouvernements, les formateurs, les employeurs et les associations de professionnels seraient plus en mesure d'anticiper les problématiques émergentes et de trouver des solutions, au moment où elles seraient requises.

2.3 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET STRATÉGIES FONDAMENTALES

En plus des fondements stratégiques généraux décrits dans la section précédente, le Groupe de travail Deux a déterminé cinq thèmes stratégiques, à partir de l'analyse du marché du travail pour les médecins réalisée durant la phase 2 de ses travaux, qui portait sur les questions prioritaires en matière de ressources humaines auxquelles sont actuellement confrontés les médecins et auxquelles ils seront confrontés dans l'avenir. Voici les cinq grands thèmes stratégiques considérés comme essentiels à la planification des effectifs médicaux au Canada :

- éducation et formation;
- interprofessionnalisme;
- recrutement et maintien en poste;
- obtention de la licence, questions de réglementation et responsabilité;
- infrastructure et technologie.

Les orientations stratégiques et les stratégies fondamentales sous-jacentes qui suivent sont le résultat des contributions des cinq groupes de travail créés par le Groupe de travail Deux pour revoir les principales considérations et formuler des stratégies pertinentes pour chaque thème. Ces travaux ont été présentés au Comité directeur qui les a transformés en orientations stratégiques en matière de planification des effectifs médicaux. À leur tour, ces orientations stratégiques ont été soumises à des fins de discussions à plus de 130 délégués en provenance de 60 organismes gouvernementaux et organisations de la santé, lors de la Conférence nationale sur les effectifs médicaux, en janvier 2006.

2.3.1 ÉDUCATION ET FORMATION

Un des principaux objectifs de la planification des effectifs médicaux est d'obtenir et de maintenir une composition idéale de médecins de famille et de médecins spécialistes, en plus de répartir de façon appropriée les médecins de façon à répondre aux besoins changeants de la population en matière de soins de santé. Le rôle du système d'éducation et de formation médicales est essentiel à l'atteinte de cet objectif et demeure un point central important pour les principales décisions ayant une incidence sur tous les aspects relatifs à la planification des effectifs médicaux.

La formation médicale change. En fait, le système de formation médicale au Canada évolue à mesure que les médecins assument de nouveaux rôles, s'adaptent à de nouvelles méthodes d'apprentissage et sont appelés à exercer leur profession dans des collectivités mal desservies. En revanche, les attentes sont de plus en plus fortes en ce qui concerne l'imputabilité sociale des facultés de médecine pour répondre de façon plus efficace aux besoins en soins de santé du pays. Ces besoins comprennent la formation d'effectifs médicaux capables de travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé, tel que discuté dans la section traitant du thème de l'interprofessionnalisme, ainsi que de desservir toutes les régions du Canada, y compris les collectivités urbaines, rurales ou éloignées, de même que les collectivités autochtones. Malheureusement, les politiques de planification des effectifs médicaux des gouvernements ne tiennent pas toujours compte des répercussions que de telles initiatives stratégiques peuvent avoir sur la formation des médecins.

On s'attend à ce que la formation médicale à tous les niveaux (premier, deuxième et troisième cycles et perfectionnement professionnel continu) s'adapte à ces changements, en ce qui concerne non seulement le nombre et la composition des spécialités médicales, mais également l'organisation générale et la prestation de services éducatifs visant à appuyer les modèles changeants de prestation de soins de santé. Il est toutefois essentiel que les initiatives de réforme de santé en général et la planification des effectifs médicaux en particulier soient clairement articulées et coordonnées avec l'éducation et la formation des médecins de tous les niveaux.

Les stratégies suivantes sont proposées.

Orientation stratégique :

- 1. L'ÉDUCATION ET LA FORMATION DES MÉDECINS ET DES AUTRES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LEUR VIE PROFESSIONNELLE DOIVENT RÉPONDRE AUX BESOINS DES DIVERSES POPULATIONS DU CANADA.**

Le rôle du système d'éducation et de formation médicales est essentiel à l'atteinte de l'objectif qui est d'obtenir et de maintenir une combinaison idéale de médecins de famille et de médecins spécialistes; il demeure un point central important pour les principales décisions ayant une incidence sur tous les aspects relatifs à la planification des effectifs médicaux.

Afin de poursuivre cette orientation stratégique, quatre stratégies fondamentales ont été déterminées :

1a Afin de s'assurer que le Canada puisse obtenir et maintenir en poste des effectifs médicaux de manière responsable et éthique, planifier et financer les infrastructures et les ressources requises (humaines et autres) des systèmes de l'éducation et de la formation médicales et d'apprentissage continu, et rendre toutes les composantes responsables socialement.

L'imputabilité sociale des facultés de médecine a été soulignée explicitement, en 2002, dans le rapport intitulé « Imputabilité sociale : Une vision pour les facultés de médecine au Canada ». ⁵ De nombreux objectifs ont été mentionnés dans le rapport, dont les suivants : répondre aux besoins de la société, fournir un nombre adéquat de médecins et une combinaison de spécialités, former de nouveaux médecins ayant les habiletés et les attitudes requises pour travailler dans des équipes interdisciplinaires, promouvoir la santé et prévenir les maladies, offrir des soins médicaux en milieu communautaires, fournir des soins de santé à des populations marginalisées, faire de l'éducation publique et favoriser l'apprentissage permanent. Le rapport propose aussi que l'imputabilité sociale des facultés de médecine s'étend à l'obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de service sur les problèmes prioritaires en matière de santé des communautés, qu'elles ont le mandat de servir. Diverses initiatives, dont certaines sont financées par le gouvernement fédéral, ont été mises en œuvre visant à la réalisation des objectifs et de la vision contenus dans ce rapport. Cependant, beaucoup de travail reste à faire, et certaines composantes échappent au contrôle immédiat de l'initiative éducationnelle. Par exemple, les facultés de médecine n'exercent aucun contrôle sur le nombre de postes en résidence subventionnés par les gouvernements. Ainsi, l'imputabilité sociale transcende les limites des facultés de médecine.

Les facultés de médecine offrent de plus en plus des possibilités d'apprentissage à l'extérieur des établissements traditionnels, comme les centres universitaires des sciences de la santé et les réseaux provinciaux de soins de santé. Diverses initiatives visant à amener l'enseignement dans la communauté, dont les programmes d'éducation médicale répartie^{iv}, sont perçues comme d'autres moyens de préparer les effectifs médicaux au Canada à fournir des services élargis à différents endroits. Pour cette raison, l'importante contribution des éducateurs médicaux dans les collectivités doit être soutenue et reconnue. Il est également essentiel que tous les éducateurs médicaux, aussi bien dans les établissements traditionnels que dans les établissements d'éducation en milieu communautaire, puissent être soutenus de manière appropriée sur le plan financier et sur le plan des études. À la lumière des ressources limitées disponibles à l'appui de ces changements, il appartient aux gouvernements de s'assurer que les facultés de médecine assument leur responsabilité en matière de vision, de préparation des étudiants, de promotion d'initiatives innovatrices et de sensibilité aux

iv Le but des programmes d'éducation médicale est d'enrichir la formation médicale du premier cycle et des cycles supérieurs en augmentant l'apprentissage dans les collectivités rurales et urbaines, ainsi que dans les établissements hospitaliers. [Université d'Ottawa (mars 2006) : <http://www.medecine.uottawa.ca/tfg/pdf/D/University%20of%20Ottawa%20Vision%20for%20DME%20Mar28%2005.pdf>]

besoins définis de la société, et de leur fournir le financement dont elles ont besoin à long terme. Par ailleurs, le rôle que joue la technologie pour faciliter les changements dans l'éducation et la formation médicales doit être reconnu. Par exemple, la technologie est essentielle à l'intégration de modèles d'éducation médicale répartie.

L'apprentissage des médecins ne se fait pas seulement à l'intérieur de programmes prédoctoraux et postdoctoraux traditionnels offerts par les facultés de médecine. Les deux collèges nationaux de certification ont établi des cadres de travail validés au niveau national, conçus pour améliorer le perfectionnement professionnel continu (PPC) des médecins et des chirurgiens pratiquants. Ces cadres de travail font la promotion de l'apprentissage permanent à tous les stades de la pratique médicale et démontrent l'engagement de la profession d'être transparente et imputable à la société pour la prestation de services de qualité. Bien que ces programmes évoluent constamment, une recherche plus intense est nécessaire pour déterminer un lien entre le PPC et l'amélioration des résultats pour la santé. D'autres initiatives importantes ont également été entreprises. En 2004, les 17 facultés de médecine au Canada ont commencé à collaborer dans le cadre d'une initiative de deux ans, financée par Santé Canada, intitulée « Problèmes liés à la qualité et au perfectionnement professionnel continu : Maintien des compétences ». Cette initiative poursuit plusieurs objectifs, dont la création d'un réseau national pour encourager la collaboration entre professionnels à l'égard de la promotion du perfectionnement professionnel continu et de l'engagement envers le public. Aussi louable que puisse être une telle initiative, les percées réalisées sous sa gouverne pourraient être vaines, à moins qu'un financement soutenu à long terme ne soit assuré.

Compte tenu de l'évolution des rôles des fournisseurs de soins de santé, des modèles de prestation de soins de santé, des stimulants pécuniaires et des modes de paiement changeants, ainsi que de la demande croissante pour les professionnels de la santé afin de répondre aux besoins en matière de services de santé, il est essentiel de mieux aligner les priorités et le produit des facultés de médecine afin de soutenir les initiatives de réforme de la santé et de répondre à l'évolution des besoins de la population. Des mécanismes améliorés sont nécessaires pour mieux harmoniser l'attribution des places disponibles aux cycles prédoctoraux et postdoctoraux avec les objectifs de planification des RHS et les besoins de la société. Il importe aussi de s'assurer que le Canada équilibre ses besoins d'effectifs médicaux sans recruter activement des médecins provenant de l'étranger, tout en reconnaissant la réalité de la mobilité des médecins. À ce titre, le Canada devrait atteindre une autosuffisance en assurant une production nationale adéquate de médecins, en plus d'intégrer des politiques éthiques en matière d'immigration afin de répondre aux besoins changeants de la société.

Les changements préconisés par le Groupe de travail Deux mettent au défi les facultés de médecine de revoir leurs rôles et responsabilités. Ces institutions doivent réexaminer leurs techniques d'enseignement et d'envisager de nouvelles approches pour les prochaines générations de médecins, ce qui exige un accroissement majeur des efforts de développement des enseignants dans l'ensemble du pays. Toutes les facultés de médecine offrent des ateliers et des séminaires pour améliorer leurs techniques d'enseignement. Mais, des efforts encore plus soutenus et concertés seront nécessaires afin de promouvoir le changement de paradigme dans l'éducation médicale recommandé dans le présent rapport.

1b Prévoir un système de formation interprofessionnelle et d'apprentissage continu souple et adapté, selon lequel le programme et l'expérience pédagogique sont liés aux besoins des populations desservies (y compris les populations mal desservies) et aux besoins des fournisseurs de soins de santé.

Une éducation planifiée, financée et dispensée adéquatement doit offrir un apprentissage axé à la fois sur le patient et la collectivité. En décentralisant les approches en matière d'éducation médicale et par conséquent, en englobant divers lieux, y compris les localités rurales et les sites ambulatoires, le système d'éducation essaie de préparer les médecins à exercer leur profession de manière à répondre aux besoins de toutes les collectivités, en particulier celles qui sont confrontées à des pénuries aiguës, comme les collectivités rurales et éloignées, les collectivités urbaines, les communautés autochtones, etc. Les étudiants en médecine doivent pouvoir acquérir leur formation dans une variété d'environnements pour pouvoir développer une appréciation du rôle essentiel des généralistes et des autres fournisseurs de soins de santé, ainsi que du mode de vie des médecins dans les plus petites collectivités. Il est manifeste, cependant, qu'une exposition des apprenants à divers milieux de pratique médicale ne réglera pas tous les problèmes. Par exemple, les spécialisations générales, incluant la médecine familiale, qui ont souvent été perçues comme problématiques en regard de l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle, ont perdu de leur prestige, ayant des répercussions notables sur l'offre actuelle de médecins. Si rien n'est fait, ces répercussions iront en s'accroissant dans l'avenir.^{6 7}

Le rôle crucial que jouent les généralistes en prodiguant des soins à des patients ayant des maladies non définies et/ou des maladies multisystémiques (courantes dans une population vieillissante), des soins d'urgence, des soins de courte durée, des soins indispensables dans les collectivités rurales et mal desservies – ce rôle est bien documenté.^{8 9 10 11 12} Le document intitulé « *Report of the Task Force to Review Fundamental Issues in Specialty Education* » définit le généralisme en ces termes : « La notion de généralisme sous-entend une bonne base de connaissances générales, des habiletés et des attitudes communes à tous les médecins; elle fournit des assises sur lesquelles reposent les spécialités et les sous-spécialités médicales »¹³. Le Comité directeur du Groupe de travail Deux croit fermement que des étapes immédiates doivent être entreprises pour assurer l'avenir du généralisme dans la médecine canadienne. Divers facteurs ont contribué à l'érosion des soins généralistes au Canada. Ces facteurs englobent les sphères de l'éducation, de l'économie, des conditions de travail, de la culture et des attitudes. En fait, il a été mentionné que les facteurs qui entravent les soins généralistes sont « fondamentalement sociaux et politiques ».¹⁴ Il semble aussi que l'intérêt que manifestent les étudiants en médecine et les résidents pour les carrières généralistes continuera de décliner : « à moins que nous ne refaçonnions substantiellement les forces du marché, l'environnement de la pratique et la rémunération, ce sera une tâche pénible que de rejoindre les cœurs et les esprits de nos étudiants et de nos résidents ».¹⁵ Les participants à la Conférence nationale sur les effectifs médicaux ont affirmé que la flexibilité et la sensibilité dans la prestation des services de soins médicaux seraient mieux assurées par la mise en œuvre d'un modèle d'éducation axé sur les compétences. Le développement du projet de formation médicale postdoctorale, mis sur pied par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en partenariat avec le Collège des médecins de famille du Canada, vise à améliorer la structure de la formation médicale postdoctorale au Canada. Les objectifs du projet sont, entre autres, de faciliter la formation, en fournissant

une éducation de grande qualité aux résidents en conformité avec les besoins de la société¹⁶ et en déterminant des ensembles de compétences fondamentales communes aux groupes de spécialités afin d'élaborer un modèle éducationnel qui reflète mieux et renforce ces points communs.¹⁷ De plus, les participants à la conférence et le Comité directeur du Groupe de travail Deux croient qu'une telle approche axée sur les compétences en matière de formation médicale postdoctorale doit non seulement assurer l'avenir du généralisme, mais également promouvoir la compétence culturelle en reconnaissance des multiples croyances que respectent les diverses populations au Canada.

En plus de diversifier les lieux où l'éducation médicale est dispensée et de tenter continuellement d'améliorer les approches en matière d'éducation médicale prédoctorale et postdoctorale, le système d'éducation et de formation travaille à la mise en œuvre d'une éducation interprofessionnelle. Comme nous le verrons plus loin dans le thème de l'interprofessionnalisme, les milieux d'apprentissage doivent non seulement promouvoir, mettre en valeur et modéliser la collaboration interprofessionnelle, mais aussi maintenir le caractère unique de l'éducation et de la formation de chaque profession. Ces transformations complexes font naître beaucoup d'espoir, mais elles requièrent les ressources appropriées pour assurer la capacité de s'adapter aux changements constants.

La dernière composante du continuum d'apprentissage, le perfectionnement professionnel continu (PPC), nous aidera à nous assurer que les médecins pratiquants peuvent maintenir leurs habiletés, mettre à jour les procédures, les technologies, les médicaments et les changements dans l'organisation des soins de santé (par exemple, la pratique interprofessionnelle axée sur la collaboration). Les approches contemporaines en matière de PPC englobent l'apprentissage pour tous les rôles particuliers aux activités professionnelles des médecins et aux profils de pratique. Il apparaît moins clairement, toutefois, que les programmes de PPC sont élaborés explicitement pour répondre aux besoins des populations que les médecins desservent. Ce type d'harmonisation nécessiterait une capacité beaucoup plus grande de déterminer et de communiquer aux médecins les besoins de la population, de même qu'un système de PPC bien encadré et sophistiqué. Tout en reconnaissant la prévalence des commandites de l'industrie et des entreprises dans le PPC (par exemple, l'industrie pharmaceutique), on doit ajouter que des mesures doivent être mises en œuvre pour s'assurer que le PPC ne soit pas biaisé par des intérêts industriels.¹⁸ De meilleurs liens de caractère consultatif entre les facultés de médecine et les fournisseurs de PPC non universitaires pourraient contribuer à atténuer cette préoccupation.

<p>1c Prévoir un nombre approprié de postes financés par les ministères afin d'accueillir tous les diplômés des facultés de médecine du Canada, les candidats canadiens qui retournent aux études et les médecins diplômés à l'étranger (MDE) convenablement qualifiés.</p>
--

Les facultés de médecine doivent générer un nombre et une composition appropriés de fournisseurs afin de répondre aux besoins de la société. Pour que cet objectif soit atteint, les inscriptions dans les facultés de médecine devraient faire partie d'une stratégie de gestion des effectifs médicaux globale visant l'autosuffisance nationale. À ce jour, l'attribution des places disponibles aux cycles prédoctoral et postdoctoral de l'éducation médicale a été largement déterminée par les provinces et les territoires. Bien que bon nombre de provinces et territoires aient élaboré des approches de modélisation prometteuses, une collaboration

entre les gouvernements produirait incontestablement des résultats plus positifs. En outre, puisque chaque faculté de médecine doit déterminer le nombre de places disponibles avec le gouvernement de la province ou du territoire où elle se trouve, des occasions de partage d'information et de collaboration entre les provinces et territoires sont, pour la plupart, perdues.

Des plans pour créer un nombre adéquat de postes pour les étudiants du cycle postdoctoral doivent être flexibles afin de s'adapter à toutes les hausses proposées d'inscriptions d'étudiants prédoctoraux, d'offrir suffisamment de postes de réintégration pour permettre aux médecins de changer de carrière et suffisamment de places pour répondre aux besoins des médecins diplômés qui émigrent au Canada, ainsi que les médecins canadiens diplômés à l'étranger qui souhaitent revenir au pays pour pratiquer leur profession. Des places en nombre suffisant doivent être disponibles pour les Canadiens inscrits à des programmes d'études en médecine au Canada de manière à ce qu'ils puissent poursuivre leurs études au pays, ce qui est de nature à réduire les risques qu'ils entreprennent une carrière ailleurs, comme c'est souvent le cas des individus qui poursuivent leurs études à l'étranger. De plus, on prévoit qu'une augmentation des places disponibles aura des effets positifs en rééquilibrant la composition des spécialités dans les effectifs médicaux. Par exemple, la perte de postes de réintégration a restreint le nombre d'individus qui auraient pu choisir la médecine familiale, mais qui ont opté pour une autre spécialité.¹⁹ Aussi, les conditions associées à la réintégration, comme les accords de retour au travail, doivent être soigneusement considérées, car elles peuvent être perçues comme un élément dissuasif. Des mesures d'encouragement positives sont toujours préférables à des mesures contraignantes. Un nombre approprié de postes de résidents augmenterait la flexibilité en facilitant le transfert d'un étudiant d'un programme de résidence à un autre en se fondant sur les intérêts changeants, les responsabilités familiales ou les besoins de la collectivité. Enfin, les places doivent répondre adéquatement aux besoins des médecins diplômés à l'étranger qui émigrent au Canada. De tels postes leur permettraient d'acquérir une formation additionnelle et une évaluation qui pourraient être requises pour qu'ils satisfassent aux normes canadiennes.

Jusqu'à maintenant, les facultés de médecine ont fourni des ressources modestes, des directives incohérentes et de l'information insuffisante concernant la planification pour répondre adéquatement à ces besoins changeants. Afin de répondre adéquatement aux besoins changeants de la population et du système de santé, les facultés de médecine doivent disposer de bonnes ressources et être soutenues pour que les objectifs en matière d'effectifs médicaux puissent être atteints.

1d Planifier un système d'éducation et de formation afin de créer des effectifs médicaux qui reflètent la diversité et les besoins de la population.

Les populations autochtones sont nettement sous-représentées dans les facultés de médecine. Étant donné que les collectivités autochtones risquent de demeurer une priorité en matière de soins de santé, des fonds additionnels seront nécessaires pour accroître le nombre de diplômés autochtones et soutenir des programmes de formation particuliers qui poursuivent des objectifs formels, culturellement appropriés aux questions de santé autochtone, et qui fournissent un environnement sain et respectueux des identités culturelles.

Les mesures mises de l'avant pour accroître le nombre d'Autochtones dans les facultés de médecine devraient inclure le recrutement de candidats et de candidates autochtones, la création de comités consultatifs incluant des membres de communautés autochtones locales, la création d'un office de soutien aux Autochtones ayant pour but de fournir une aide financière et scolaire aux étudiants autochtones (Groupe de travail sur la santé des Autochtones de l'Association des facultés de médecine du Canada, 2005). Un soutien direct aux Autochtones, aux autres groupes ethniques ou culturels, ainsi qu'aux familles à plus faible revenu est également requis pour créer des effectifs médicaux qui reflètent la diversité de la population. Un tel soutien, par exemple, pourrait être utilisé pour fournir une aide financière directe, puisque les frais de scolarité élevés et l'endettement sont reconnus pour décourager un grand nombre d'individus à envisager une carrière en médecine. Une autre possibilité à explorer serait d'instaurer un programme de remboursement de prêts étudiants plus créatif et plus flexible.

Le soutien requis pour que les Autochtones, les membres des autres groupes ethniques ou culturels, ainsi que les membres de familles à plus faible revenu puissent s'inscrire à des programmes de formation dans les professions de la santé aux niveaux collégial et universitaire doit être une priorité. Pour que cette priorité devienne réalité, les gouvernements doivent assumer la responsabilité concomitante de fournir des ressources suffisantes et soutenues au système d'éducation afin de lui permettre de répondre aux besoins de la société en matière de soins de santé, y compris l'éducation et la formation des médecins. La recherche de suggestions des patients et de la communauté faciliterait également la réalisation de cette priorité.

Afin de répondre aux besoins variés de la population canadienne, les fournisseurs de soins de santé doivent posséder les bonnes habiletés pour assurer la sécurité culturelle des patients.²⁰ En ayant des formateurs et des mentors pourvus des compétences culturelles requises²¹, les effectifs médicaux pourraient mieux répondre à ces besoins. Il est aussi à prévoir qu'une présence accrue de formateurs ayant des compétences culturelles contribuerait à attirer les Autochtones et les membres des autres minorités vers la profession médicale. Sans perdre de vue la situation critique des populations autochtones et des autres minorités culturelles, il est important que le système d'éducation et de formation s'intéresse à l'état de santé de tous les segments de la population (par exemple, les collectivités urbaines, les collectivités rurales, les collectivités du Nord, les personnes vulnérables et les personnes âgées ayant des besoins particuliers, etc.). Bien que de nombreuses approches soient décrites dans le présent rapport, une meilleure information sur les besoins en santé de la population améliorera grandement la capacité du système d'éducation de planifier ses programmes et de les harmoniser avec les besoins des divers segments de la population canadienne en matière de soins de santé.

2.3.2 INTERPROFESSIONNALISME

Le système de soins de santé canadien se renouvelle constamment. Au cœur du renouvellement qui a pris forme ces dernières années, on retrouve un intérêt accru pour la réforme des soins de santé primaires (SSP) et la création d'équipes interprofessionnelles. À maints égards, ces développements se sont liés intrinsèquement, puisqu'un système de

SSP sous-entend que diverses professions de la santé travaillent ensemble à l'intérieur de déterminants de la santé plus larges pour offrir une gamme complète de services qui répondent aux besoins des Canadiens et des Canadiennes.

La pratique interprofessionnelle en collaboration parmi et entre les professionnels de la santé n'est pas nouvelle. Elle a longtemps existé à l'intérieur aussi bien qu'à l'extérieur du système de SSP. Ce qui est nouveau, c'est le financement systémique des équipes interprofessionnelles que les gouvernements et les autres autorités de la santé considèrent comme devant fournir des soins plus complets et un accès à un plus vaste éventail de ressources en matière de santé pour les Canadiens et les Canadiennes

Il semble généralement admis que les soins intégrés fournis par les membres des diverses professions sont nécessaires pour s'occuper des besoins changeants en matière de santé d'une population vieillissante en croissance.

Il semble généralement admis que les soins intégrés fournis par les membres des diverses professions ayant un vaste éventail de connaissances et de compétences sont nécessaires pour aborder les besoins changeants en matière de santé d'une population vieillissante en croissance. De plus, il est clair que les meilleures pratiques contemporaines concernant la gestion des maladies chroniques englobent les services complets (y compris l'éducation en santé, tout au long des traitements, la réhabilitation et le soutien) fournis par des équipes interprofessionnelles. La sophistication croissante des clients des soins de santé nous conduit vers un modèle d'interdépendance usager/fournisseur lors de la prestation de soins de santé et une équipe comprenant de multiples professions risque d'être plus réceptive à la demande d'information.

Bien qu'il semble y avoir une acceptation et une satisfaction grandissantes des patients et des fournisseurs de soins à l'égard de la pratique interprofessionnelle en collaboration, l'étendue de cette acceptation doit encore être déterminée avec exhaustivité, particulièrement du fait que certains médecins sont moins convaincus des avantages de cette pratique et que, pour cette raison, ils sont plus réticents à souscrire à des accords de collaboration. De plus, bien qu'il existe un grand espoir et que des preuves de plus en plus solides indiquent que la pratique interprofessionnelle en collaboration se traduira par un plus grand accès aux soins et à une meilleure productivité des fournisseurs de soins²², il est beaucoup moins certain, cependant, que les équipes interprofessionnelles de collaboration réduiront les coûts.

Les pénuries de médecins ont contribué aux discussions au Canada sur l'interprofessionnalisme dans le secteur des soins de santé.

Nul doute que les pénuries de médecins dont il est souvent question ont contribué aux discussions sur les équipes interprofessionnelles. Par exemple, certains croient que les médecins qui font partie d'une équipe de soins de santé primaires verront plus de patients. Cependant, rien n'indique que c'est effectivement le cas. L'interprofessionnalisme est aussi perçu comme un moyen important qui aidera les médecins à mieux atteindre un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Encore une fois, aucune preuve solide ne vient appuyer cette assertion.

La mise en œuvre fructueuse de la pratique interprofessionnelle en collaboration nécessitera de l'information détaillée sur les avantages et les lacunes d'une telle pratique, de même qu'une éducation parmi et entre les professionnels de la santé. À mesure que les équipes

interprofessionnelles deviendront une réalité, il y aura un besoin croissant d'aborder les défis de l'éducation interprofessionnelle et la pratique en collaboration axée à la fois sur l'éducation et la prestation des services de santé.

Les stratégies suivantes sont proposées.

Orientation stratégique :

2. UNE PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE EN COLLABORATION, OÙ LES MÉDECINS ET LES AUTRES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ ONT DES RÔLES CLAIREMENT DÉFINIS ET APPRÉCIÉS.

Afin de poursuivre cette orientation stratégique, trois stratégies fondamentales ont été établies :

Stratégies fondamentales :

2a Créer une culture pour la collaboration interprofessionnelle.

Il est évident que les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé n'offrent pas des services de façon indépendante et que la contribution de chaque groupe de professionnels est unique et essentielle. Travailler efficacement en équipes nécessite que les étudiants soient bien établis dans des milieux d'apprentissage qui montrent l'interdépendance entre l'éducation et la pratique, qui valorisent la collaboration interprofessionnelle, tout en maintenant le caractère unique de l'éducation et de la formation propres à chaque profession. Il est aussi essentiel de clarifier les rôles, les tâches et les relations interprofessionnelles dans des milieux aussi bien de formation que de pratique. D'emblée, la mise en œuvre de mesures qui inculquent le respect, la collégialité et la confiance est essentielle au succès de la collaboration parmi et entre les médecins et les autres professionnels de la santé.²³

Le système d'éducation doit aussi s'intéresser aux rôles de gestion et d'administration qui font partie intégrante des équipes interprofessionnelles de collaboration, ce qui ne regroupe pas seulement le contenu des programmes d'études et les approches en matière de formation. Le système d'éducation doit s'assurer que les bonnes personnes sont formées pour remplir ces rôles. Il doit aussi élaborer un cadre d'experts en gestion, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du monde universitaire, dans les disciplines associées à la santé.

Bien qu'il reste encore beaucoup de travail à faire dans le système d'éducation et de formation, des progrès ont été accomplis pour enseigner, promouvoir et valoriser l'interprofessionnalisme. Le grand défi à relever, cependant, consiste à concevoir des façons de réaliser les changements de culture au sein des milieux de pratique, qui sont moins sensibles aux influences et aux contrôles centralisés que les systèmes d'éducation médicale, au niveau du premier cycle comme à celui des cycles supérieurs. Les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent uniquement agir en tant que parties neutres pouvant établir à la fois la vision et la structure de responsabilisation nécessaires au succès de l'établissement des équipes interprofessionnelles.

Il apparaît évident que la législation qui régit les professions de la santé peut s'adapter aux champs de pratique qui se chevauchent et qui, en retour, peuvent soutenir la pratique en collaboration. À mesure que le système évoluera vers la pratique interprofessionnelle dans

les différents milieux de soins de santé, les établissements de formation et les organismes de réglementation devront constamment revoir leurs règlements et leurs politiques afin d'inclure l'approche interprofessionnelle. L'élaboration d'un cadre de travail axé sur la responsabilité est essentielle au succès de la mise en œuvre des équipes interprofessionnelles de collaboration. Cette question sera abordée en détail dans la section portant sur l'obtention de la licence, les questions de réglementation et la responsabilité.

La création d'une culture de collaboration interprofessionnelle ne requiert pas seulement des tactiques d'éducation, l'imputabilité, des cadres de travail axés sur la responsabilité et des modifications législatives. Une gestion du changement soigneusement planifiée est également requise. Tous ces éléments doivent être défendus et mis en œuvre systématiquement.

2b Définir des modes de financement et de rémunération durables qui soutiennent la pratique en collaboration.

Pour être couronnée de succès, la pratique en collaboration doit être financée adéquatement et soutenue par des approches complémentaires et des décisions éclairées. L'expérience a déjà démontré que de nombreux modèles prometteurs de pratique interprofessionnelle en collaboration, financés en tant que projets pilotes, n'ont pas pu aller plus loin en raison d'un manque de financement soutenu.²⁴

Comme nous le verrons en abordant le thème de l'infrastructure et de la technologie, une infrastructure et une technologie adéquatement planifiées et financées ont des effets positifs sur la productivité et l'efficacité des professionnels de la santé et du système de santé. Par conséquent, les investissements requis doivent être faits pour fournir les outils à l'appui de la pratique – comme les dossiers électroniques de santé et d'autres ressources physiques et technologiques – qui soutiennent la pratique interprofessionnelle en collaboration. En outre, tous les membres des équipes interprofessionnelles doivent être rémunérés de manière appropriée selon le type et l'étendue de leurs activités professionnelles. À ce titre, diverses possibilités pour financer la rémunération des fournisseurs doivent être explorées. Des modèles innovateurs de rémunération doivent également être mieux compris et mis en œuvre afin de rendre les modèles de pratique en collaboration plus attrayants pour tous les professionnels de la santé.

Il existe présentement quatre méthodes principales de rémunération des services des médecins : la capitation, le salaire, la rémunération à l'acte et une approche combinant un certain nombre de méthodes de rémunération (comme le traitement à l'heure ou par jour). Historiquement, la rémunération à l'acte a été la méthode de rémunération la plus répandue au Canada.²⁵ Certains estiment que la rémunération à l'acte dissuade les médecins d'effectuer des tâches non rémunérées et ainsi ne reconnaît pas la pleine gamme d'activités professionnelles. Par conséquent, cette forme de rémunération risque de moins appuyer le travail des équipes interprofessionnelles. La capitation est un tarif par patient, par unité de temps, pour des soins totaux que peuvent fournir les médecins durant cette période, indépendamment du nombre de visites.²⁶ En théorie, cette méthode de rémunération incite le médecin à mettre l'accent sur la prévention et à orienter ses patients vers d'autres intervenants du domaine de la santé. Les modèles de rémunération comprennent généralement une combinaison de deux méthodes de paiement ou plus²⁷, applicables à

toutes les activités professionnelles (par exemple, la recherche ou l'enseignement), et non exclusivement au travail clinique. Les modèles de rémunération qui soutiennent et favorisent les principes de la pratique interprofessionnelle (par exemple, la capitation ou le salaire, ou une combinaison de modèles) sont nécessaires et leurs effets sur la formation interprofessionnelle et la pratique doivent être étudiés.

Puisque les équipes interprofessionnelles en collaboration regroupent, en plus des médecins, divers professionnels de la santé, il convient d'aborder la rémunération pour tous les partenaires. Indépendamment de la structure d'une équipe ou de l'approche qui la soutient, les modes de rémunération préférés de ses membres doivent être soigneusement pris en considération afin d'optimiser leur satisfaction et, donc, leur sentiment d'appartenance à l'équipe. Qu'il s'agisse des médecins, des infirmières ou infirmiers ou des autres membres de l'équipe, tous doivent être rémunérés d'une manière qui respecte leurs rôles et qui incite au changement, au besoin.

Il reste cependant qu'une importante question relative au financement, qui peut entraver la pratique de collaboration, particulièrement en milieu communautaire, est le fait qu'une faible partie des services fournis par de nombreux professionnels de la santé est financée par les deniers publics. Bien que 98 p. cent des services médicaux sont financés par l'État, l'Institut canadien d'information sur la santé estime que seulement 9 p. cent des services de certains autres professionnels de la santé l'ont été en 2003.²⁸ Aller au-delà de cette barrière nécessitera des ententes innovatrices entre les gouvernements, les assureurs, les fournisseurs de soins de santé et les patients.

Enfin, une considération spéciale est requise pour les soins de santé autochtones, car leur financement est différent. Les soins de santé primaires pour les populations autochtones relèvent du gouvernement fédéral, alors que les soins secondaires, tertiaires et quaternaires sont habituellement fournis par des établissements de santé subventionnés par les provinces et les territoires.

Il existe de nombreuses régions au Canada où différents modèles de financement et de rémunération sont utilisés pour obtenir et maintenir la pratique interprofessionnelle en collaboration. À cet égard, les avantages d'un plus grand partage d'information sont indiscutables, tout comme le besoin d'une évaluation continue et approfondie.

2c Évaluer sur une base continue les répercussions de la pratique interprofessionnelle en collaboration sur le patient, les résultats au niveau des systèmes et des fournisseurs, et appliquer les conclusions au processus de planification.
--

Il est essentiel de planifier les services de santé en fonction des besoins précis et des caractéristiques de la population. De plus, il faut tenir compte de l'équilibre entre les objectifs de santé pour la population et les relations des fournisseurs de soins de santé au niveau du patient individuel. À cette fin, des approches réalistes d'évaluation des besoins devraient être définies. Ces approches doivent aller au-delà de l'examen des indicateurs de l'état de santé et, dans le cas des collectivités autochtones, aller jusqu'au développement de compétences culturelles.

Il existe une croyance selon laquelle les Canadiens et Canadiennes et les personnes engagées par notre système de santé appuient les soins interprofessionnels en collaboration. Cette

acceptation parmi les patients et les fournisseurs de soins demande encore à être évaluée systématiquement et en profondeur. Malgré les écarts d'information en cette matière, des preuves de plus en plus solides indiquent des niveaux variables de satisfaction parmi les patients et les fournisseurs de soins de santé.²⁹ Divers modèles de prestation de services de soins de santé interprofessionnels en collaboration montrent que cette approche est, en fait, justifiée.³⁰ Une évaluation continue et plus systématique de la satisfaction des patients et des fournisseurs de soins de santé est nécessaire pour vérifier la justesse des nouveaux modèles et des modèles existants de collaboration interprofessionnelle.

Un des facteurs clés pour déterminer si l'interprofessionnalisme restera sur cette lancée est la preuve de l'efficacité des résultats lors de l'amélioration du système de soins de santé. Bien qu'il semble évident que la pratique en collaboration réduise l'hospitalisation, qu'elle améliore l'accès aux soins ainsi que la satisfaction du client et du fournisseur de soins de santé de même que les résultats cliniques, il y a un manque de preuves pour montrer que la formation interprofessionnelle générera une pratique en collaboration efficace.³¹ Par conséquent, le besoin pour la recherche demeure afin de démontrer l'efficacité de la formation interprofessionnelle en termes d'amélioration des résultats obtenus au niveau des patients, des fournisseurs et du système. Il est essentiel d'investir dans la recherche afin de déterminer les effets du travail en équipes, en particulier dans différents lieux de pratique. Aussi, la recherche ne doit pas être statique. Une surveillance continue est requise pour vérifier la validité des hypothèses au sujet de l'éducation et de la collaboration interprofessionnelles, y compris les coûts et les résultats.

L'amélioration continue de la qualité doit s'accompagner d'un examen objectif des preuves. Les investissements réalisés dans les activités de recherche et de surveillance seront louables, s'ils servent à établir que les résultats fournissent la preuve que les équipes interprofessionnelles fournissent des soins de grande qualité.

2.3.3 RECRUTEMENT ET MAINTIEN EN POSTE

Nous vivons dans un monde de concurrence mondiale relativement aux talents de médecin. À ce jour, le manque de coordination des efforts de recrutement et de maintien en poste des médecins se situe au niveau pancanadien, ce qui demeure un important défi pour la profession médicale, le gouvernement et les autres parties concernées que d'investir dans des stratégies de recrutement et de maintien en poste qui s'adapteront à un grand nombre de facteurs, y compris les facteurs professionnels (champ de pratique, charge de travail, soutien professionnel, possibilités de perfectionnement professionnel), les facteurs personnels (emploi du conjoint, équilibre entre la vie privée et le travail, cheminement de carrière) et les facteurs financiers (niveau et stabilité du revenu). L'accent mis jusqu'à maintenant sur le recrutement et le maintien en poste l'a été sur la compensation et la « négociation ». Il faudrait également accorder davantage d'attention aux facteurs professionnels et personnels.

Nous vivons dans un monde de concurrence mondiale relativement aux talents de médecin (...) La concurrence entre les territoires de compétence afin de recruter des médecins et de les maintenir en poste continue à exacerber les pénuries dans plusieurs provinces/territoires.

L'objectif général de la planification des effectifs médicaux est d'obtenir et de maintenir un nombre et une composition optimaux de médecins afin de répondre adéquatement à

l'évolution des besoins de la population dans le domaine de la santé. Cet objectif ne peut être atteint sans la disponibilité et la distribution adéquates et durables des médecins. Les initiatives axées sur le recrutement et le maintien en poste doivent se produire dans le contexte des disparités régionales particulières, plutôt qu'en fonction de déclarations généralisées relatives aux pénuries. Il est évident qu'une mauvaise distribution générale des effectifs médicaux, tant sur le plan géographique que professionnel, persiste depuis des décennies au Canada. La concurrence entre les juridictions afin de recruter des médecins et de les maintenir en poste continue à exacerber les pénuries dans bon nombre de provinces et territoires

La plupart des politiques gouvernementales concernant le recrutement et le maintien en poste mettent l'accent sur les encouragements financiers pour régulariser la distribution géographique, surtout en ce qui a trait aux régions rurales et éloignées. Ces derniers contribuent au succès du recrutement des effectifs, mais non à celui de son maintien en poste au fil des ans. Afin de renforcer la capacité à long terme du Canada à former un nombre suffisant de médecins pour résoudre le problème de l'attrition due à des causes diverses – notamment l'émigration et la retraite – et répondre aux demandes de soins de santé croissantes et en constante évolution, on s'entend généralement pour dire que le nombre de places est inadéquat pour les étudiants des cycles prédoctoraux et postdoctoraux. Cela semble être également le cas pour les médecins diplômés à l'étranger (MDE), les Autochtones et les autres groupes culturels ou linguistiques minoritaires, les médecins de famille, les généralistes spécialistes et certaines disciplines de sur-spécialités pour ceux qui souhaitent être formés à nouveau afin de répondre aux besoins changeants de leur communauté en matière de soins de santé. De plus, le système d'éducation en médecine a manqué d'intérêt envers les Autochtones, n'a pas eu assez d'exposition et de préparation pour répondre aux besoins complexes des collectivités rurales et ne s'est pas assez concentré sur la compréhension des exigences en matière de compétences requises pour la pratique en collaboration. Il semble aussi que les mesures spéciales n'ont pas réussi à sensibiliser les groupes sous-représentés en médecine. On a fait peu de recrutement auprès de ces groupes.

Les stratégies suivantes pour favoriser le changement et aller de l'avant sont proposées :

Orientation stratégique :

3. UNE APPROCHE PANCANADIENNE EST NÉCESSAIRE POUR UNE PLANIFICATION CONTINUE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LES MÉDECINS ET LES AUTRES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ. CETTE APPROCHE DOIT INCLURE DES FACTEURS RELATIFS AUX BESOINS ET DOIT INTÉGRER UNE STRATÉGIE DE RECRUTEMENT ET DE MAINTIEN EN POSTE COHÉRENTE ET DÉTAILLÉE.

Afin de poursuivre cette orientation stratégique, trois stratégies fondamentales ont été établies :

Stratégies fondamentales :

3a Désigner un organisme ou un mécanisme dont la capacité d'analyse, le soutien de base et le modèle de gouvernance sont convenables pour coordonner une approche pancanadienne fondée sur les besoins à l'égard de la planification et du développement des ressources humaines en santé (RHS) dans l'ensemble des provinces/territoires afin de permettre une démarche intégrée partout au Canada.

Afin de régler les problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui et de planifier pour mettre en place demain des effectifs médicaux durables, la désignation d'un organisme ou mécanisme de coordination pancanadien des ressources humaines en santé (RHS) sera de la plus grande importance pour améliorer la planification des effectifs médicaux dans ce pays.

Il est essentiel que le Canada élabore une prévision réaliste et renforce sa capacité de planification pour prévoir les besoins en ressources humaines et s'y adapter, plutôt que de maintenir le système réactionnaire actuel qui réagit aux périodes de fluctuations de la demande et de l'offre de façon improvisée. A l'heure actuelle, l'évaluation des besoins est surtout définie par l'analyse des tendances historiques relatives à l'utilisation des services. Cette approche ne tient toutefois pas compte de la distinction entre les besoins et les demandes, ni des répercussions inextricables des valeurs sociétales sur les besoins. Des recherches approfondies sont donc nécessaires pour élaborer un meilleur cadre pour comprendre les besoins en matière de santé de la population.

La planification en fonction des besoins à l'égard des RHS devra être fondée sur la prémisse que les besoins en matière de santé de la population, les besoins des fournisseurs, les besoins de la collectivité, les besoins individuels du patient et les besoins du système sont distincts les uns par rapport aux autres. En fait, ces besoins sont non seulement distincts, ils peuvent également être en opposition les uns par rapport aux autres. Une des fonctions principales de ce nouvel organisme ou mécanisme sera de faire preuve d'une capacité d'analyse pour suivre l'interaction dynamique entre ces divers niveaux de besoins et de les adapter à la planification des RHS.

En coordonnant les efforts et le partage des connaissances des planificateurs et des chercheurs dans l'ensemble du pays, ainsi qu'en déterminant ou en menant les recherches dont on a grand besoin sur une base continue, cette autorité ou organisme directeur constituera une ressource pour le pays et assurera le leadership et l'orientation stratégique liés à la planification des ressources humaines en santé, au Canada, le tout sans empiéter sur l'autonomie des instances provinciales et territoriales. Il est clairement envisagé que cet organisme ou mécanisme adopte une approche consultative, plutôt que normative.

Ce nouvel organisme ou mécanisme permettra aux gouvernements, formateurs, employeurs et associations professionnelles de mieux anticiper les problèmes émergents, d'offrir des solutions là où on en a besoin, et de favoriser une planification efficace à long terme. Il permettra de faire un examen plus approfondi de tous les aspects de l'approche fondée sur les besoins de planification en matière de ressources humaines en santé et de développement, qui doivent inclure : les besoins en matière de santé, les besoins des fournisseurs, les besoins de la collectivité et les besoins du système. De plus, il permettra de traiter des problèmes plus généraux qui influent sur le recrutement et le maintien en poste des médecins, dont en voici certains :

- besoins professionnels en matière d'exécution;
- articulation et clarification des valeurs et des choix personnels;
- ententes de financement; la possibilité d'une stratégie pancanadienne liée à la rémunération;

- modèles de prestation de soins de santé et champs de pratique/modification des pratiques des soins (p. ex., la nature de la pratique des médecins de famille évoluée);
- éducation prédoctoral et postdoctoral et perfectionnement professionnel continu;
- technologie et infrastructure; mobilité interprovinciale; besoins liés aux études pour la recherche;
- demande de précepteurs en enseignement et communautaires; disciplines dont le nombre d'inscriptions diminue comme la médecine familiale et certaines autres spécialités;
- besoins des populations mal desservies comme les régions urbaines, rurales, éloignées et nordiques;
- évaluation et délivrance de titres et de certificats aux MDE; pressions internationales en matière de RHS;
- rapatriement des stagiaires et des professionnels de la santé canadiens de l'étranger;
- planification en matière de ressources humaines en santé pour les Autochtones; et les besoins particuliers des groupes culturels et minoritaires.

Cet organisme ou mécanisme facilitera également l'établissement d'un cadre pour la planification des effectifs médicaux, qui tient compte des autres professionnels de la santé qui sont tous des partenaires importants dans les soins de santé et qui ont une incidence sur les effectifs médicaux.

Compte tenu de l'incidence énorme de leurs travaux, les délégués à la Conférence nationale de janvier 2006 sont d'avis que ce projet d'organisme ou mécanisme devrait favoriser la collaboration interprofessionnelle et faire participer, sous une forme ou une autre, toutes les parties concernées, notamment : les gouvernements, les universités, les médecins résidents et les étudiants en médecine, les organismes de réglementation, les autorités en matière de santé, les chercheurs, le secteur privé, les Autochtones, les professionnels médicaux et autres professionnels de la santé, les organisations et associations, les patients et le public, et même les médias de masse. Même si l'approche a un accent pancanadien, elle devra également être mise en place aux niveaux régional et communautaire. Les délégués à la Conférence sont d'avis que cet organisme ou mécanisme devrait inculquer une philosophie de développement local qui a une sensibilité accrue envers les réalités locales, plutôt que d'adopter une approche de planification centrale.

Il est essentiel que cet organisme ou mécanisme travaille en collaboration et de manière compatible avec les autres initiatives régionales de planification en matière de ressources humaines en santé. Par exemple, conformément à leur engagement découlant de l'Accord des premiers ministres, un certain nombre de provinces ont maintenant publié des plans d'action officiels concernant les ressources humaines en santé. Pour que cette stratégie réussisse, il est impératif de travailler de concert avec de telles initiatives.

Déterminer si cet organisme ou mécanisme formera une structure entièrement nouvelle ou s'il s'appuiera sur des organisations existantes demeure une décision importante. Par

exemple, il peut s'appuyer sur des structures déjà existantes comme le CCPSSRH, le Conseil canadien de la santé, le Forum médical canadien, la Conférence des sous-ministres, plutôt que de recommencer à zéro. Il peut également prendre la forme d'une entité virtuelle qui permet une interface efficace entre des organismes existants et leur offre un soutien additionnel. De plus, des modes de financement et des ressources durables devront être définis.

Reconnaissant le rôle de premier plan que pourra jouer cet organisme ou mécanisme, ainsi que les nombreux défis constants et urgents à relever concernant la planification des effectifs médicaux et des ressources humaines en général, les délégués à la Conférence nationale se sont entendus pour dire qu'une attention immédiate doit être portée à cette orientation stratégique recommandée.

3b Prévoir et élaborer des mesures spéciales de recrutement et de maintien en poste pour répondre aux besoins des groupes où les iniquités en matière de santé sont manifestes, comme dans le cas des Autochtones, des gens vivant dans des collectivités rurales, éloignées, du Nord et isolées, et là où l'on prévoit des pénuries en ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé.

Une stratégie pancanadienne favorisera une approche participative à l'égard du recrutement et du maintien en poste des effectifs afin de s'assurer que toutes les voix soient entendues. Cette stratégie pourrait également mener à des résultats bénéfiques pour toutes les personnes nécessitant des soins, les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé, les organismes de santé, les collectivités locales et les régions plus importantes. Ce projet de stratégie pancanadienne pourrait incorporer une étude de marché continue afin de sous-segmenter les tactiques de recrutement et de maintien en poste des médecins fondées sur la preuve des besoins des médecins et de la collectivité pour améliorer l'accès et l'efficacité de l'ensemble du système de santé. Ce cadre pourrait aider à régler le manque d'attention à l'égard des Autochtones et des populations rurales et pourrait sensibiliser et favoriser le recrutement dans les groupes sous-représentés en médecine. Une stratégie pancanadienne encouragerait le partage des stratégies efficaces pour recruter des médecins et les maintenir en poste. Dans le passé, on a adopté une approche hiérarchisée dans la mise en oeuvre des stratégies destinées aux groupes touchés par les iniquités. Il faudra que ces mesures soient mises en place dans un climat d'ouverture et de participation et qu'elles correspondent aux besoins de ces groupes, tels qu'ils les ont exprimés.

Les iniquités ne sont pas uniquement propres à des régions géographiques. Les besoins en matière de soins de santé des populations urbaines ne sont pas homogènes, et différents segments de la population sont confrontés à des problèmes différents d'accès aux soins de santé. Ces disparités peuvent découler de réalités socioéconomiques, culturelles ou ethniques. Certains groupes peuvent vivre des iniquités en matière de santé dans certaines enclaves urbaines. Des iniquités peuvent aussi se produire selon le type de maladie. Ainsi, même si les préoccupations en matière de recrutement et de maintien en poste dans les régions rurales sont facilement discernables, elles ne sont pas moins présentes en milieu urbain.

Dans le cadre de l'élaboration de mesures pour remédier aux iniquités en matière de santé, il faut reconnaître que les groupes qui vivent de telles iniquités évoluent continuellement

et doivent donc être cernés avec plus de précision (p. ex., grande ville, maladie chronique), et cet exercice doit se faire sur une base continue. Il faut aussi reconnaître que les défis auxquels sont confrontés ces collectivités et ces groupes ne concernent pas tous directement la santé, mais ont néanmoins des incidences sur leur santé, à titre d'exemple l'éducation, le logement et l'emploi. Ainsi, une collaboration sur les enjeux sociaux afin d'établir un programme social devrait être envisagée. Il importe également de veiller à ce que les collectivités qui devront mettre en oeuvre les mesures adoptées disposent des ressources nécessaires pour mettre en place ces plans d'action.

Il est important de cibler des mesures qui visent à réduire les pénuries dans des populations particulières de médecins pour répondre aux conditions particulières de ce groupe distinct. Par exemple, les difficultés en matière de ressources humaines propres à une catégorie de spécialistes (p. ex., les anesthésiologistes ou les cliniciens du milieu universitaire) peuvent être attribuables à des facteurs fort différents de ceux qui sont à la source des difficultés particulières auxquelles se heurtent un autre groupe spécialisé (p. ex., les pathologistes ou les chercheurs cliniques). Par ailleurs, les pénuries dans certaines spécialités peuvent être causées par divers facteurs dont les modèles éducationnels, les modes de financement et la souplesse de la formation. Des études révèlent que le recrutement dans certaines disciplines et certains lieux de pratique médicale peut être amélioré grâce au mentorat précoce et à la formation adaptée à un lieu de pratique.^{32 33 34 35} De plus, certains éléments qui suppriment la souplesse du système de formation médicale, comme le retour aux études, doivent être réglés. Enfin, l'incidence de la dette étudiante sur le choix de carrière et le lieu de pratique médicale devra être pris en ligne de compte, avec l'apport et la participation des médecins résidents et des étudiants en médecine.

De même, on devra s'occuper de la mauvaise répartition régionale des médecins et des autres professionnels de la santé; des mesures visant à établir des règles communes entre les provinces et les territoires en vue de limiter le « maraudage » des ressources humaines d'une région à l'autre du pays doivent être prises

3c Mettre l'accent sur les variables professionnelles, personnelles et intangibles en plus des facteurs financiers qui ont une incidence sur le choix de pratique et les lieux de pratique médicale, et appuyer les modèles de prestation de services qui reconnaissent la gamme complète des activités professionnelles et qui permettent d'attirer et de garder les fournisseurs de soins de santé.

Une stratégie pancanadienne pourrait fournir un mécanisme qui facilite la discussion et la résolution harmonisée des problèmes, incluant la détermination des modes de financement durables nécessaires, pour aborder le large éventail d'enjeux qui finissent par jouer un rôle central dans le recrutement et le maintien en poste des médecins. Ces facteurs sont multidimensionnels et englobent : les cycles de planification novatrice et proactive; les pratiques éthiques en matière de recrutement; la création d'une capacité à répondre efficacement et lestement aux événements et aux circonstances imprévus et imprévisibles comme les désastres et les pandémies; le règlement de la pénurie de la main-d'œuvre; la promotion de l'équilibre travail-vie; l'allocation de ressources afin de permettre aux médecins d'exercer leur pratique dans toute la gamme de leur discipline (p. ex., suffisamment de temps en salle d'opération); l'atteinte de résultats équitables parmi les

divers groupes de besoins (p. ex. des stratégies de soutien mieux ciblées afin d'augmenter le nombre de médecins autochtones et des médecins qui travaillent dans les régions urbaines, rurales, éloignées, nordiques et isolées); les ententes de financement flexibles pour l'essai d'initiatives et de modèles novateurs afin de régler les iniquités et les déséquilibres; le partage et l'apprentissage à partir de pratiques exemplaires; le règlement des questions médico-légales et de responsabilité; l'amélioration des technologies de l'information et de l'infrastructure; l'accroissement de la transférabilité de la licence et, enfin, les systèmes de stimulants pécuniaires ainsi que les mécanismes de responsabilisation afin de mieux harmoniser les ressources avec les objectifs globaux du système et de mieux soutenir la transition des effectifs.

On améliorera la capacité de recruter des médecins et de les maintenir en poste en tenant compte des variables intangibles, en plus des facteurs financiers, ce qui exige, par exemple, de reconnaître l'éventail complet des activités des médecins en milieu universitaire (p. ex., l'enseignement, la recherche et les fonctions administratives et de direction). En termes plus généraux, on a constaté que les possibilités d'emploi du conjoint, les possibilités éducatives pour tous les membres de la famille, les activités culturelles, récréatives et religieuses, la vocation communautaire, le financement spécial pour soutenir les suppléants, l'aide accordée dans les coûts d'établissement de la pratique et les vacances payées, pour ne citer que quelques variables, ont des répercussions positives sur le recrutement et le maintien en poste.^{36 37 38 39}

Les pressions internationales en matière de ressources humaines influencent également le recrutement et le maintien en poste. Par exemple, une pénurie des médecins aux États-Unis accroît infailliblement la probabilité que des médecins canadiens se réinstallent plus au sud. On prévoit une augmentation importante de la pénurie des effectifs médicaux aux États-Unis au cours des 20 prochaines années. Il est important que les planificateurs des RHS au Canada reconnaissent qu'il peut y avoir un recrutement énergique auprès des médecins diplômés canadiens pour combler cette pénurie. En fait, un certain nombre de Canadiens et Canadiennes ont déjà été recrutés au fil des ans afin de combler les pénuries aux États-Unis. Les planificateurs et autres responsables devraient faire preuve d'un aussi grand dynamisme pour tenter de rapatrier des médecins qui ont quitté le Canada pour travailler aux États-Unis. Les facteurs répulsifs et attractifs qui influencent ce genre de migration internationale doivent être examinés.

L'élaboration d'une approche globale à l'égard du recrutement des médecins et de leur maintien en poste est un des piliers essentiels qui est nécessaire pour assurer l'accès à des soins de santé de qualité au Canada. Les médecins du Canada reconnaissent le rôle prépondérant qu'ils jouent dans l'élaboration des stratégies et des tactiques visant à réduire la pénurie. Par contre, les médecins ne peuvent pas y arriver seuls. Les stratégies mentionnées ici constituent les premiers pas d'un processus de dialogue entre tous les intervenants devant, à la limite, mener à un programme commun visant à agir au sein des régions et des collectivités.

2.3.4 OBTENTION DE LA LICENCE, QUESTIONS DE RÉGLEMENTATION ET DE RESPONSABILITÉ

Les systèmes utilisés pour régulariser les fournisseurs de soins de santé sont en grande partie à l'image des besoins en matière de soins et des modes de prestation des services au moment donné où ils ont été mis en place. Par ailleurs, les systèmes de réglementation du Canada ne sont habituellement pas conçus de façon à s'adapter facilement aux changements dans les modes de prestation et les besoins de la population en matière de santé. Par exemple, l'introduction de la télémédecine au Canada, dans le cadre de laquelle l'octroi de la licence médicale revient aux provinces et aux territoires, a posé certains défis du point de vue de la réglementation : les questions de réglementation et de responsabilité devraient-elles être régies par la province/ le territoire où le médecin réside ou où le patient réside? En fin de compte, les systèmes de soins de santé des provinces ou des territoires du Canada n'ont qu'une capacité limitée de s'« adapter » aux changements. Ceci sous-entend donc de répondre soit inadéquatement, soit de façon inappropriée aux besoins répandus de la population puisque l'utilisation des ressources disponibles est restreinte par les mécanismes réglementaires – qui dépassent parfois la portée des ordres de réglementation provinciaux et territoriaux – qui n'ont pas réussi à bouger avec le temps. L'efficacité du système est également compromise par les mécanismes réglementaires relativement à ce que les fournisseurs de soins de santé « font » comparativement à ce dont les patients ont besoin. D'ailleurs, ce que les fournisseurs de soins de santé « font » peut différer et diffère dans différentes parties du pays.

Étant donné qu'un élément commun de la réglementation concernant les professionnels de la santé dans les provinces et les territoires du Canada est la notion de réglementation au service de l'intérêt public, il semble plausible de supposer que l'intérêt du public réside dans l'assurance que les fournisseurs de soins de santé sont déployés de façon à mieux répondre aux besoins des patients. Il est toutefois difficile de voir comment les divers règlements des différentes provinces peuvent être conciliés avec l'impératif de l'intérêt public – du moins d'un point de vue scientifique. Si un fournisseur de soins de santé peut diagnostiquer une condition particulière ou pratiquer une procédure précise, et ce, de façon sécuritaire et efficace sur un patient souffrant d'un problème particulier dans une province, pourquoi ne pourrait-il pas le faire dans une autre? De telles différences dans la réglementation ne peuvent être expliquées que par les différences entre les valeurs courantes dans les différentes provinces.

L'actuel milieu de la réglementation fait en sorte qu'il est difficile pour les médecins diplômés à l'étranger (MDE) de comprendre le système et de s'y retrouver.

Les systèmes utilisés pour régulariser les fournisseurs de soins de santé sont en grande partie à l'image des besoins en matière de soins et des modes de prestation des services au moment où ils ont été mis en place...Ceci sous-entend donc de répondre soit inadéquatement, soit de façon inappropriée aux besoins répandus de la population puisque l'utilisation des ressources disponibles est contrainte par les mécanismes réglementaires - qui dépassent parfois la compétence des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux - qui n'ont pas réussi à bouger avec le temps.

Les stratégies suivantes pour favoriser le changement et aller de l'avant sont proposées :

Orientation stratégique :

4. DES DÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES EN MATIÈRE DE RÉGLEMENTATION QUI SOUTIENNENT À LA FOIS LA PRATIQUE AXÉE SUR LE PATIENT ET LA MOBILITÉ DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ.

Afin de poursuivre cette orientation stratégique, trois stratégies fondamentales ont été établies :

Stratégies fondamentales :

4a Élaborer un processus pancanadien harmonisé qui permet de s'assurer que l'autorisation d'exercer des médecins dans chaque province et territoire s'effectue en fonction de pratiques normalisées;

Une étape préalable à l'élaboration d'un système réglementaire harmonisé consiste à démontrer comment les normes relatives à l'obtention de licence varient d'une région du pays à l'autre. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, un tel inventaire de manière systématique et officielle, et il s'agirait, dans l'immédiat, de l'une des prochaines étapes vers la réalisation de cette stratégie fondamentale.

Même s'il y a un manque de documentation systématique sur les exigences en matière de licence, de toute évidence, il existe déjà un large consensus à propos des normes à respecter. Par exemple, la norme d'excellence pour l'obtention de licence sans restriction par les diplômés canadiens issus d'une faculté de médecine canadienne de n'importe quelle province et quel territoire comprend habituellement ce qui suit : un diplôme en médecine délivré par une université canadienne, la réussite de deux examens d'aptitude du Conseil médical du Canada (qui mènent au titre de Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC)) et à l'obtention d'un certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). De plus, plusieurs provinces et territoires disposent d'une loi générale ou envisagent d'en adopter une pour les professions de la santé réglementées. Ces lois sur la profession médicale fournissent déjà un cadre commun de réglementation des diverses professions. Elles peuvent également exiger que les différents organismes de réglementation suivent des règles communes pour différentes activités, comme les enquêtes sur les plaintes et la normalisation de l'éducation et de la pratique.

Un processus pancanadien harmonisé visant l'obtention de licence nécessiterait que les provinces et les territoires travaillent ensemble afin de convenir d'une approche transparente et standard pour tous les aspects de la réglementation et du droit de pratique des fournisseurs de soins de santé fondés sur des compétences communes, ce qui comprendrait les nouveaux diplômés des programmes de formation, la revalidation des fournisseurs de soins de santé existants ainsi que la réglementation de ces fournisseurs formés dans d'autres pays et qui cherchent à offrir des soins dans une province ou un territoire au Canada (p. ex., les MDE). L'Alliance occidentale pour l'évaluation des diplômés internationaux en médecine (AOEDIM) est un exemple de collaboration interprovinciale relativement à un aspect de la réglementation concernant les médecins. Une telle harmonisation des processus réglementaires entre les provinces et territoires améliorera la capacité des systèmes de

soins de santé à atteindre le déploiement optimal des effectifs en soins de santé. Des progrès considérables ont été réalisés grâce à la norme nationale sur l'admissibilité transférable à la licence introduite en 1992. Il reste toutefois des défis constants à relever pour les médecins qui ne détiennent pas de certificat de compétence délivré au Canada, particulièrement les MDE.

Comme les MDE font aussi partie des effectifs médicaux du Canada, l'uniformisation des pratiques entourant l'obtention de la licence s'impose, ce qui englobe notamment l'évaluation normalisée des connaissances, des compétences et des attitudes des MDE, et l'établissement d'une base de données des titres de compétence vérifiés. Des ressources suffisantes seront nécessaires pour permettre une formation supplémentaire dans les cas où les MDE ne satisfont pas à la norme nationale obligatoire.

Il faudra s'assurer que l'harmonisation accrue et par conséquent la transférabilité de licence qui y est associée, ne nuit pas aux provinces et territoires qui ont de la difficulté à retenir les médecins. La clé est de trouver un juste équilibre entre le fait de permettre aux fournisseurs de soins de santé de changer de lieu de pratique médicale, tout en veillant à ne pas exacerber les disparités régionales en matière de RHS qui existent déjà. Restreindre la mobilité de force comme moyen d'assurer une distribution équitable est aussi préoccupant qu'inefficace aux yeux de certains. Ce genre de restriction mène souvent à un accroissement des fournisseurs de soins de santé qui migrent d'une région rurale vers un centre urbain, à l'intérieur d'une même province. Par ailleurs, la migration interprovinciale est touchée par un certain nombre de facteurs en plus de l'obtention de la licence médicale, les modèles de rémunération comptent parmi ces principaux facteurs. On reconnaît que certains des facteurs de recrutement et de maintien en poste décrits dans le thème stratégique du recrutement et du maintien en poste font partie intégrante des mesures mises de l'avant pour assurer la distribution optimale des effectifs médicaux dans toutes les régions du pays.

Ce qui est d'une importance primordiale dans l'élaboration d'un processus pancanadien harmonisé visant à s'assurer que l'obtention de licence des médecins dans chaque province/territoire s'effectue en fonction de pratiques normalisées, c'est la primauté de la qualité des soins. Maintenir des normes de qualité uniformes dans l'ensemble du pays ne nuit en rien à la capacité des provinces et territoires d'octroyer, en situation de crise, des licences restreintes en fonction de critères qui peuvent abaisser la norme nationale généralement acceptée. On craint toutefois que la baisse des normes acceptables pour permettre l'octroi de licences restreintes soit de plus en plus fréquente et dépasser l'intention originale d'être un mécanisme utilisé seulement exceptionnellement en situation de crise.

Enfin, tout processus d'harmonisation menant à des pratiques normalisées pour l'obtention de licence des effectifs médicaux ne peut être réalisé sans un plan pancanadien efficace relatif aux RHS qui détermine les besoins des provinces et territoires en matière de RHS et prévient le maraudage entre provinces et territoires, fournit un mécanisme correctif aux médecins qui ne peuvent respecter la norme nationale établie, et définit clairement les champs de pratique de tous les fournisseurs de soins de santé.

4b Élaborer un cadre de réglementation pour la pratique interprofessionnelle en collaboration, intégrant la gestion du risque, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité en tant que processus continu.
--

Les cadres de travail réglementaires des fournisseurs de soins de santé visent généralement un fournisseur individuel au lieu de fournisseurs individuels dans le contexte d'une équipe collaborative offrant des services de soins de santé. L'accent mis sur la réglementation doit être élargi pour inclure la réglementation concernant la prestation de soins en collaboration, ce qui inclut l'établissement d'une définition claire des rôles pour la prestation de services interprofessionnels et l'extension des approches existantes qui concernent l'assurance et l'amélioration de la qualité afin de produire des processus correspondants pour l'amélioration continue de la qualité pour les fournisseurs de soins de santé dans les environnements de pratique en collaboration. La pratique interprofessionnelle en collaboration exigera que les différents organismes de réglementation des professionnels de la santé conviennent d'une ou de plusieurs approches concernant la responsabilité individuelle et partagée, et mettent au point des mécanismes pour régir les plaintes et les mesures disciplinaires qui tiennent compte du rôle de l'équipe dans la prestation des soins.

Au nombre des principaux facteurs pour assurer l'élaboration d'un cadre de réglementation pour la pratique interprofessionnelle en collaboration, mentionnons : l'harmonisation des processus réglementaires pour les membres des équipes, les mesures systématiques d'amélioration de la qualité comme l'évaluation/accréditation des soins axés sur le travail d'équipe; la clarté des définitions; les exigences législatives relatives à une assurance responsabilités suffisante pour tous les membres de l'équipe des soins de santé; davantage de données sur les questions réglementaires; l'accent sur les interventions réussies dans d'autres professions du domaine de la santé; la clarification de la responsabilisation du médecin dans un environnement de pratique en collaboration; la clarté des processus pour référer les patients, ainsi que des communications et des responsabilités de l'équipe.

Il est important de reconnaître le rôle des activités d'assurance de la qualité (p. ex., le développement professionnel continu, la gestion du risque) pour assurer l'efficacité et la qualité des soins dispensés aux patients. Idéalement, ces activités devraient se dérouler au niveau du membre individuel de l'équipe et au niveau de l'équipe dans son ensemble. La prévision de temps réservé et d'une rémunération appropriée pour de telles activités favorisera l'acceptation des initiatives d'assurance de la qualité par tous les membres de l'équipe de prestation de soins en collaboration ainsi que leur participation à ces activités.

4c Élaborer un système qui assure la disponibilité d'une protection adéquate en matière de responsabilité et d'un cadre de responsabilisation bien défini pour chaque fournisseur dans un environnement de soins en collaboration.

Des approches réglementaires, y compris des normes de pratiques pour la prestation de services interprofessionnels, doivent être élaborées afin de tenir compte des questions de responsabilité et de responsabilisation à l'intérieur des environnements de soins en collaboration pour ainsi offrir aux fournisseurs et aux patients un système de droits et de responsabilités qui reflète adéquatement le rôle des fournisseurs. En l'absence de telles dispositions, les fournisseurs qui sont tenus responsables d'une partie inéquitable de la prestation de services risquent de s'opposer aux approches en collaboration pour la prestation de services.

Les principaux facteurs de réussite qui sous-tendent l'établissement d'un cadre de responsabilité pour les soins en collaboration axés sur l'équipe englobent les suivants : la

détermination de la responsabilité pour les actes délégués, l'acceptation de la responsabilité individuelle au sein de l'équipe, la fourniture d'une assurance responsabilité suffisante pour tous les membres de l'équipe et la définition des champs de pratiques et des processus de recommandation. Les organismes de réglementation et autres devraient encourager chaque membre d'une équipe de soins en collaboration à acquérir une protection adéquate en matière de responsabilité.

Par ailleurs, la réglementation sera plus facile à faire respecter dans le cadre d'une approche coordonnée par la profession pour chaque groupe de fournisseurs. Il peut toutefois s'avérer très profitable d'élaborer un cadre pour éclairer et guider la réglementation dans un contexte où les normes doivent être appliquées par de multiples professions où il existe des chevauchements de champs de pratique. Les responsabilités communes se traduisent en responsabilisation partagée et, vraisemblablement, en responsabilité partagée, ce qui continue de poser problème au Canada. Il reviendra aux différents organismes de réglementation de s'entendre sur un mécanisme pour l'élaboration et l'application des normes pour leurs membres dans un environnement de soins en collaboration.

Enfin, un système qui englobe des activités adéquates d'assurance de la qualité et d'amélioration continue de la qualité va grandement aider à créer un environnement de responsabilisation fondé sur l'autoréflexion et la formation permanente. Cette approche éducative bénéficie d'un solide appui des organismes de réglementation de la profession médicale.

2.3.5 INFRASTRUCTURE ET TECHNOLOGIE

Les systèmes de soins de santé se caractérisent par des développements continus dans le contenu des services de soins de santé et dans la façon d'offrir ces services (y compris les technologies). Cependant, la planification et le déploiement des ressources humaines en santé peuvent ne pas toujours se produire dans le contexte de ces développements continus. Les fournisseurs de soins de santé et les technologies de soins de santé sont des ressources de divers types de soins de santé, mais cette dernière ressource risque d'avoir une incidence sur la productivité de la première. Utiliser à bon escient les fournisseurs de soins de santé dépend donc de la disponibilité de l'infrastructure matérielle requise et de l'utilisation appropriée des technologies de la santé.

Utiliser à bon escient les fournisseurs de soins de santé dépend de la disponibilité de l'infrastructure matérielle requise et de l'utilisation appropriée des technologies de la santé.

Les mécanismes de planification généralement utilisés n'ont pas englobé le rôle du fournisseur de soins de santé dans le contexte du développement des technologies. Au lieu, la planification est généralement effectuée de façon verticale, se concentrant sur la planification des médecins ou des infirmières de façon isolée par rapport à l'influence contextuelle des autres facteurs des soins de santé. On a accordé peu d'attention à l'investissement requis pour faciliter l'intégration (ou l'« assimilation ») des nouvelles technologies. Par conséquent, les systèmes de soins de santé ont souvent été inflexibles et non réceptifs aux développements technologiques – pas nécessairement en raison d'une résistance à la technologie en tant que telle, mais parce que les autres ressources (p. ex., la

formation) n'ont pas été mises en place pour tirer profit des avantages que représentent les nouvelles technologies.

La technologie offre manifestement des avantages potentiels du point de vue de la prestation de soins de santé de qualité, mais il faut également reconnaître que la technologie en soi n'est pas fondamentalement bénéfique. Les gains réalisés à partir de la technologie dépendent de son application à bon escient, dans le contexte des infrastructures humaine et physique du système en question. Donc, au lieu d'adopter un point de vue déterministique de la technologie, qui tient pour acquis que toute nouvelle technologie est fondamentalement bénéfique, il est nécessaire d'effectuer des études d'évaluation pour mettre en évidence les autres facteurs humains, culturels, institutionnels et matériels qu'il convient de mettre en place pour que les effets de la technologie soient fructueux au chapitre de la prestation des soins de santé et de leur accès.

Pour favoriser le changement et aller de l'avant, les stratégies suivantes sont proposées :

Orientation stratégique :

5. VEILLER À L'EXPANSION DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS QUI SOUTIENNENT LA PRESTATION ET L'INTEROPÉRABILITÉ EFFICACE ET EFFICIENTE DE SYSTÈMES AFIN D'AIDER LES MÉDECINS ET LES AUTRES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ À OFFRIR DE FAÇON OPPORTUNE DES SOINS DE QUALITÉ DANS TOUS LES ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE ET LES POINTS DE SERVICE.

Afin de poursuivre cette orientation stratégique, trois stratégies fondamentales ont été établies :

Stratégies fondamentales :

5a 5a Mettre en place un « monde médical branché » qui englobe une vaste gamme de communications interopérables et de technologies de l'information afin de soutenir la gestion de l'information, le transfert des connaissances, la prestation optimale de services et de sécuriser les modes de financement durables pour l'utilisation appropriée de ces technologies.

Les nouvelles communications interopérables et les technologies de l'information (p. ex., dossiers de santé et dossiers médicaux électroniques, télésanté, télémedecine, télétriage et technologies sans fil mobiles) permettent d'améliorer le rendement des soins de santé, de réduire les coûts de prestation des services et, par conséquent, de libérer des ressources afin d'offrir des soins aux autres patients. L'incidence de la technologie ne se fait pas sentir uniquement sur le plan du rendement; dans certains cas, l'intégration d'une nouvelle technologie peut en fait modifier fondamentalement et qualitativement le rôle du fournisseur de soins de santé. Par exemple, l'adoption des nouvelles technologies a marqué à jamais la nature du travail accompli par les cardiologues.

L'utilisation de la technologie des communications peut, au besoin, contribuer à réduire les pénuries en matière de RHS. Par exemple, au Canada, des initiatives en télémedecine et télésanté ont déjà été amorcées pour répondre aux questions relatives à l'accès. De plus, des pays ont commencé l'« externalisation » de certains services comme l'imagerie diagnostique à l'étranger. Toutefois, le plein potentiel des initiatives en télémedecine et télésanté, ainsi que le potentiel de l'externalisation dans d'autres pays, sera restreint tant

que les obstacles actuels liés à l'obtention de la licence et à la responsabilité ne seront pas surmontés.

Le Groupe de travail considère la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins de santé comme un élément clé de toute stratégie en matière de ressources humaines en santé pour le Canada. Le développement de l'infrastructure et des technologies est non seulement compatible avec ce sentiment, il est intrinsèquement lié à sa réalisation. On s'attend même à ce que dans bien des cas les équipes interprofessionnelles qui s'occupent d'un patient ne soient même pas dans le même lieu géographique. Dans de tels cas, l'utilisation des technologies modernes de communication sera un élément essentiel dans le succès de ces équipes.

Des preuves montrent que l'adoption de la technologie par les systèmes de soins de santé canadiens a souvent été plus lente que dans bien d'autres pays, ce qui n'est pas causé par la résistance générale aux avantages offerts par les nouvelles technologies aux fournisseurs de soins de santé, mais plutôt parce que les fonds ou les ressources humaines nécessaires pour adopter cette technologie adéquatement n'ont peut-être pas été disponibles. Par exemple, l'introduction de la télésanté peut fournir des moyens potentiellement efficaces de s'occuper de divers problèmes de santé. Cependant, en l'absence des ressources humaines nécessaires pour pourvoir les programmes de télésanté, l'effet final sur le rendement ne reflétera pas le plein potentiel de la nouvelle technologie. L'acceptation de la nouvelle technologie peut également être entravée par le manque de preuves quant à ses avantages directs pour les fournisseurs de soins de santé. Les mesures proposées dans la stratégie fondamentale 5b ci-dessous peuvent contribuer à corriger cette situation.

On ne peut bénéficier des avantages qu'offre la technologie dans les soins de santé que s'il existe un climat favorable dans le milieu des fournisseurs de soins de santé qui les encourage à accepter ces changements. Un tel climat est plus susceptible d'être créé si les fournisseurs participent eux-mêmes au développement et à l'application de la technologie. À l'heure actuelle, le milieu des fournisseurs de soins de santé a le sentiment d'avoir été exclu des initiatives axées sur la technologie, qui ont surtout été coordonnées par le gouvernement – p. ex., Inforoute Santé du Canada (ISC).

Lorsqu'un tel sentiment d'exclusion prédomine, il n'est pas facile d'obtenir l'acceptation des fournisseurs. En fait, tous les intervenants, notamment les professionnels de la santé, les autorités de la santé, le public et le secteur privé (qui est à l'origine de l'innovation technologique) doivent être inclus dans cette stratégie pour qu'elle soit efficace. La participation de ces intervenants doit être officialisée par des mesures concrètes; par exemple, le conseil d'administration d'ISC peut être élargi pour inclure des représentants des fournisseurs de soins de santé, du secteur privé, des organismes de santé, du public, etc.

L'inclusivité est un moyen d'obtenir la participation et le soutien du milieu des fournisseurs de soins de santé. La nécessité de démontrer les avantages directs et mesurables des technologies de la santé constitue un autre élément. Si les fournisseurs ne perçoivent pas d'avantage direct à l'utilisation de la technologie, l'embauche de ressources humaines a donc des chances d'être considérée comme une proposition plus attrayante que l'investissement dans la technologie.

De plus, les coûts du changement/de la mise en place devraient être établis et s'adapter aux coûts de la technologie. Il faut donc également inclure le coût des outils de gestion de l'information et du transfert des connaissances aux usagers. Même si les fournisseurs risquent d'accepter une réduction initiale dans le rendement pendant le processus d'apprentissage, il importe qu'il y ait une proposition de valeur grâce à laquelle le fournisseur voit bientôt un accroissement de l'efficacité. S'il n'y a pas d'avantage direct, et que la mise en place exige des heures supplémentaires chaque semaine, il n'y aura qu'une acceptation minimale.

Soumettre les fournisseurs au paiement des coûts de la mise en place peut influencer sur la volonté des fournisseurs d'adopter ces technologies ou sur leur satisfaction par rapport à ces technologies. L'introduction de nouvelles technologies est souvent entravée par un manque d'interopérabilité, qui permet aux différentes technologies d'interagir entre elles. Enfin, la sécurité et l'efficacité des nouvelles technologies doivent être évaluées avant d'entamer un marketing étendu aux publics cibles tels que les groupes de fournisseurs ou les patients.

La création d'un système de soins de santé « branché » exige non seulement l'adhésion des fournisseurs, mais également le soutien sans équivoque du public. On ne pourra obtenir ce soutien que si les questions de confidentialité sont réglées. La confidentialité des dossiers de santé revêt une très grande importance pour la population canadienne. On ne pourra obtenir son soutien à l'égard des innovations technologiques (comme la télémédecine) uniquement s'il a l'assurance que sa confidentialité est préservée.

Le « branchement » du système de soins de santé exigera un changement concomitant à l'éducation et à la formation. Par exemple, les étudiants en médecine, les médecins résidents et les autres professionnels de la santé doivent bénéficier d'un milieu clinique intégré, interconnecté et interprofessionnel.

Il est primordial que toutes les mesures proposées puissent s'harmoniser avec les autres projets en cours, comme l'ISC. Un des objectifs avoués de l'ISC est d'améliorer l'accès aux soins de santé, ce qui est conforme au mandat du groupe de travail. Des initiatives sont également en cours en Alberta et dans les autres provinces de l'Ouest, ainsi qu'à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

La réalisation de cette stratégie fondamentale exigera manifestement les efforts concertés et qui se renforcent mutuellement des différents intervenants. Des délégués à la Conférence nationale ont proposé d'organiser un forum à ce sujet, auquel participeraient des représentants de l'ISC, d'un sous-groupe du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, de l'ICIS, ainsi que des médecins et des infirmières.

5b Créer et maintenir un inventaire à jour d'équipement et de technologies médicaux spécialisés et continuer d'investir les fonds appropriés afin d'obtenir les réserves futures nécessaires.

La technologie médicale étant un concept dynamique, l'investissement est un processus continu. Dans le même ordre d'idée, les besoins en matière de soins de santé changent continuellement en matière de niveaux, de nature et de distribution au sein de la population. Par exemple, à un moment donné, le lithotriteur permettait de changer de méthode de traitement pour certains problèmes (p. ex., le calcul biliaire et rénal), mais il a été remplacé dans de nombreux cas par les développements des techniques de chirurgie endoscopique.

De nombreuses initiatives technologiques n'ont pas réussi ou n'ont pas pu demeurer en place parce qu'il n'avait pas été mis en évidence que la nouvelle technologie présentait des avantages importants et tangibles pour les fournisseurs. Effectuer des études de mesure des avantages est une stratégie importante qui permet de faciliter l'intégration des nouvelles technologies. Les résultats de ces études pourraient être inclus dans l'inventaire. Avec des renseignements aussi facilement disponibles, il sera également beaucoup plus facile d'assurer la communication de mise en place réussie de technologies en ce qui concerne les avantages clairs, quantitatifs et mesurés objectivement aidera à gagner la confiance et le soutien des médecins et des autres fournisseurs de soins de santé pour les initiatives futures.

Les inventaires doivent contenir plus qu'une liste rétrospective des équipements. Pour s'assurer de tirer les avantages optimaux d'un inventaire, il faudra en rationaliser son utilisation, et par conséquent, sa forme et son contenu. Par exemple, déterminer *a priori* l'utilisation de l'inventaire permettra de décider si l'inventaire devrait inclure seulement des articles importants (p. ex., les équipements d'imagerie par résonance magnétique) ou une série de renseignements plus complets, comme la date d'obsolescence prévue, et un éventail plus large de ressources technologiques et médicales. Un tel exercice permettra aussi de déterminer si ces inventaires doivent se faire à l'échelle locale, régionale, provinciale-territoriale ou nationale. Cette rationalisation doit également s'inscrire dans un processus continu et permettre l'introduction de nouvelles technologies et d'autres ressources médicales. Idéalement, avoir mis en place des repères et des normes en matière de soins à l'échelle du Canada contribuerait à assurer que l'acquisition et l'utilisation des technologies et des équipements médicaux sont moins ponctuelles.

Il faudra examiner plus à fond la logistique liée à la création d'un tel inventaire. Par exemple, il convient de déterminer si la responsabilité de la création de l'inventaire incombe aux unités individuelles de services de santé, aux autorités régionales ou à la province/territoire.

Enfin, l'inventaire des équipements médicaux spécialisés doit également tirer parti du travail accompli précédemment en ce sens. Par exemple, les rapports spéciaux et la collecte de données de l'ICIS sur l'imagerie médicale pourraient être élargis pour englober d'autres types d'équipement.

<p>5c Créer et maintenir un inventaire à jour de l'infrastructure matérielle à la fois pour l'éducation des fournisseurs de soins de santé et la prestation de soins de santé, et investir les fonds nécessaires pour obtenir la réserve nécessaire d'infrastructure qui sera requise dans l'avenir.</p>

Comme pour l'équipement médical, l'infrastructure matérielle (p. ex. les hôpitaux, les établissements, les installations et les cliniques) est un concept dynamique mais, contrairement à l'équipement médical, ses réserves nécessitent souvent de longues périodes de construction majeure. Par conséquent, l'investissement dans l'infrastructure matérielle est généralement moins flexible que les autres formes d'investissement dans le système de soins de santé. Les besoins en matière d'infrastructure matérielle sont actuellement criants et vont certainement grandir encore dans l'avenir avec l'évolution démographique et les besoins en matière de soins de santé qui en découlent. Par exemple, en raison du vieillissement de la population canadienne, le besoin d'établissements de soins prolongés devrait augmenter.

Dans le même ordre d'idée, les problèmes d'infrastructure matérielle dans le système de formation et d'éducation médicale sont de plus en plus alarmants, particulièrement avec l'accroissement actuel et prévu du nombre d'étudiants. Les limitations de l'infrastructure matérielle laissent des traces indélébiles sur le milieu de la formation et de l'éducation médicales. Par exemple, en raison du manque d'espace, on a tendance à assister à une augmentation du nombre d'étudiants dans les petits groupes d'apprentissage, ce qui nous amène à nous interroger sur le ratio étudiants/enseignant optimal. Une preuve est requise concernant l'incidence possible de ces plus grands groupes d'apprentissage sur les résultats d'apprentissage, ce qui englobe également les cliniques communautaires où l'enseignement se donne de plus en plus. Par exemple, des problèmes d'infrastructure matérielle surgissent lorsque des médecins résidents suivent un programme de formation dans un cabinet privé de médecin.

Une planification efficace est toutefois requise afin d'éviter le manque ou le surplus de capacité physique et les effets que cela pourrait avoir sur le rendement des soins de santé. Par exemple, la planification des besoins de la population en matière de chirurgie de la hanche nécessite une composition appropriée de ressources humaines et physiques qui doivent être disponibles pour répondre aux besoins courants. Avoir le bon nombre de chirurgiens ne sera pas suffisant s'il n'y a pas assez de salles d'opération pour effectuer les chirurgies.

Il n'y a aucun précédent au Canada concernant la documentation de l'infrastructure matérielle actuelle pour l'éducation et la prestation des soins de santé. La mise en œuvre de cette stratégie représentera donc un effort novateur visant à combler un manque flagrant dans l'environnement canadien des soins de santé. Une des premières tâches à remplir dans l'établissement d'un tel inventaire serait d'arriver à trouver un étalon de mesure commun (p. ex., mesurer le cycle de vie des édifices).

Étant donné le travail déjà fait par l'ICIS dans l'établissement d'un inventaire des équipements médicaux, on fait valoir que cette initiative pourrait également être coordonnée par cet organisme.

SECTION 3 PROCHAINES ÉTAPES

3.1 CRÉATION D'UN GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DE LA TRANSITION POUR POURSUIVRE LE TRAVAIL DU GROUPE DE TRAVAIL DEUX

Le Groupe de travail Deux est conscient de l'appel à l'action collectif lancé pour régler les problèmes immédiats et à long terme relevés par les délégués à la Conférence nationale sur les effectifs médicaux de janvier 2006 et de la nécessité de tirer parti du travail réalisé par le Groupe de travail et des autres initiatives en matière de RH, dont le Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne adopté par le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des services de santé et les ressources humaines. À cette fin, le Groupe de travail Deux propose la création d'un Groupe de travail chargé de la transition qui explorera la faisabilité de créer un organisme ou mécanisme de coordination proposé dans ce rapport. Certains des objectifs généraux qui pourraient être réalisés par un organisme ou mécanisme de ce genre ont été décrits dans ce rapport et comprennent notamment les suivants : soutenir les efforts des planificateurs de partout au pays, en vue de mener et de poursuivre les indispensables recherches, d'assurer le leadership et l'orientation stratégique nécessaires à la planification des RHS au Canada et d'aider les gouvernements, les formateurs, les employeurs et les associations professionnelles à mieux anticiper les problèmes émergents et offrir des solutions en temps opportun.

3.1.1 OBJECTIFS PROPOSÉS DU GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DE LA TRANSITION

Les objectifs du Groupe de travail chargé de la transition proposé engloberaient les suivants, sans pour autant s'y limiter :

- explorer l'intérêt et le soutien à l'égard d'un organisme ou mécanisme, y compris la possibilité de s'appuyer sur les structures existantes;

- définir l'approche et identifier les intervenants qui seraient chargés de participer à la création d'un organisme ou mécanisme;
- établir les objectifs et les mesures à court, à moyen et à long terme pour l'organisme ou mécanisme;
- explorer les possibilités de collaboration touchant d'autres sujets d'intérêt en matière de RH qui sont communs à tous les fournisseurs de soins de santé.

De plus, le Groupe de travail chargé de la transition pourrait se servir de l'intérêt manifesté à maintes reprises pour établir un inventaire permanent et à jour des modèles de soins de santé, s'appuyant sur le concept élaboré par le Groupe de travail Deux dans le cadre de son plan de travail. Le Groupe de travail de transition pourrait aussi discuter des façons de diffuser ou d'adapter le cadre d'analyse élaboré par le Groupe de travail Deux pour faciliter l'évaluation que les différents modes de soins de santé ont sur les effectifs médicaux.

3.1.2 PROPOSITIONS DE PARTICIPATION AU GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DE LA TRANSITION

Au départ, il est proposé d'inviter des représentants des domaines de la médecine, des soins infirmiers et de la pharmacie, ainsi que des employeurs et des gouvernements, à participer au Groupe de travail chargé de la transition puisqu'une bonne partie du travail effectué ou en cours dans le domaine des ressources humaines vise ces professions. Si on l'estime indiqué, d'autres professions du domaine de la santé et groupes d'intervenants pourraient être les bienvenus pendant la phase intermédiaire. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des établissements d'enseignement et des employeurs serait également nécessaire.

SECTION 4

GLOSSAIRE

Amélioration continue de la qualité (ACQ) : L'ACQ est un processus de gestion de la qualité qui tire parti des méthodes traditionnelles d'assurance qualité en mettant l'accent sur les facteurs et les processus organisationnels et systématiques. Ce faisant, l'ACQ fait ressortir la nécessité de se doter de données objectives pour analyser et améliorer les processus. L'accent est mis sur le « processus » plutôt que sur les efforts individuels tout en reconnaissant le rôle que jouent les personnes tant à l'interne qu'à l'externe de l'organisation et dans le système à l'étude. L'ACQ est une philosophie de gestion de la qualité selon laquelle la plupart des choses peuvent être améliorées et qui applique une méthode d'expérimentation en série (la méthode scientifique) aux cadres de pratique de tous les jours pour répondre aux besoins des personnes desservies et améliorer les services offerts. [Traduction libre]

Dossier de santé électronique (DSE) : Un dossier qui est disponible électroniquement aux fournisseurs de soins autorisés et aux patients, quels que soient le lieu ou le moment, pour appuyer les soins de grande qualité. Il vise à offrir à chaque Canadien une façon sûre et confidentielle d'avoir accès à vie à ses principaux antécédents en matière de santé et de soins au sein du système de santé. [Traduction libre]

Dossier médical électronique (DME) : Un dossier des soins périodiques, appartenant habituellement à une seule organisation de fournisseurs de soins, qui entre et gère les données relatives à un patient. Il s'agit d'un dossier du patient complet, accessible à partir d'un système de fournisseurs de soins de santé unique et automatisé. [Traduction libre]

Harmonisation des processus de réglementation : La définition et la mise en œuvre de processus communs ou complémentaires entre les administrations publiques pour la réglementation des fournisseurs de soins de santé afin de permettre le libre mouvement des fournisseurs de soins de santé au-delà des limites territoriales dans les meilleurs intérêts de la population. [Traduction libre]

Système de DSE interopérable et système d'information sur la santé : Des stratégies fondées sur l'Architecture d'*Inforoute Santé du Canada* en matière d'interopérabilité. L'architecture permet aux administrations publiques de développer des systèmes qui répondent à leurs priorités avec l'assurance que les composantes partagées seront compatibles.

Formation interprofessionnelle : Des occasions où deux professionnels ou plus apprennent les uns des autres pour améliorer la collaboration et la qualité des soins.

Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) : La formation interprofessionnelle exige des professionnels de la santé qu'ils apprennent ensemble, qu'ils apprennent, dans l'intérêt du patient, à travailler ensemble, à résoudre les problèmes ensemble et à prendre des décisions ensemble. La pratique en collaboration centrée sur le patient est conçue de manière à promouvoir la participation active de plusieurs disciplines et professions du domaine de la santé. Elle renforce des valeurs et des objectifs axés sur le patient, sa famille et sa communauté, fournit des mécanismes de communication continue entre les professionnels de la santé, optimise la participation du personnel aux prises de décisions cliniques (intra et interdisciplinaires) et assure un meilleur respect de l'apport de chacun.

Interdépendance entre les provinces et territoires : La planification, la gestion et la prestation efficaces des services de soins de santé dépendent beaucoup des activités correspondantes des autres provinces et territoires. Ces activités ne peuvent se faire en vase clos et doivent tenir compte de ce qui se fait dans d'autres provinces et territoires [Traduction libre]

En fonction des besoins : La planification ou la prestation des services est organisée sur la base des niveaux et de la distribution des besoins en matière de soins dans la population. [Traduction libre]

Patient : Tous les bénéficiaires de la prestation des soins de santé, cela englobe les populations que l'on désigne souvent sous le nom de clients, bénéficiaires, etc. [Traduction libre]

Cadre pour la planification pancanadienne des RHS : Le cadre conceptuel adopté par le Comité consultatif sur les ressources humaines en santé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé. [Traduction libre]

Assistant numérique personnel (ANP) : Un appareil portatif utilisé pour rendre l'information accessible. L'usage médical le plus courant des ANP est d'accéder à de l'information sur les médicaments, certains médecins utilisent leur appareil portatif pour vérifier les valeurs normalisées obtenues par les laboratoires, consulter des manuels médicaux et faciliter la facturation et le codage. [Traduction libre]

Assurance de la qualité (AQ) : L'AQ englobe les politiques, les procédures, les programmes d'éducation et les mesures systématiques qui visent à garantir que les normes de pratique et de prestation des services respectent les exigences de rendement nécessaires pour maintenir le niveau de confiance et de compétence requis au chapitre de la profession et de ses capacités. L'AQ se manifeste de diverses façons par l'utilisation et l'élaboration de lignes directrices concernant les pratiques ou de normes de soins; la formation professionnelle continue obligatoire, l'évaluation de la qualité et les mesures correctives et de discipline des professionnels. [Traduction libre]

Gestion du risque (GR) : La GR est un examen proactif et continu et un processus de leadership qui vise à réduire au minimum ou à éliminer les erreurs ou la responsabilité à la source. Pour être efficace, la gestion du risque doit de façon constante et continue poser trois questions fondamentales et y répondre : 1) Qu'est-ce qui peut mal tourner? (identification du risque); 2) Qu'est-ce qui doit être fait (tant pour prévenir ou réduire les effets préjudiciables d'un « incident » ou après sa survenue) ? et 3) Si quelque chose survient, comment le préjudice ou le dommage causé sera-t-il réparé? Certaines stratégies de gestion du risque prévoient le recours aux « pratiques exemplaires », aux programmes d'assurance de la qualité et d'amélioration continue de la qualité, à la formation professionnelle continue, à la prudence et au « fait de penser deux fois avant d'agir » d'une manière systématique et axée sur les résultats. [Traduction libre]

« Rôle social » des facultés de médecine : La responsabilité des facultés de médecine de refléter les caractéristiques de la population qu'elles desservent et d'organiser leur formation et leurs programmes de recherche de manières à répondre aux besoins en soins de santé de cette population. [Traduction libre]

Capacité de pointe : Désigne la capacité des ressources humaines et matérielles dans le système des soins de santé de répondre aux périodes de pointe et aux augmentations marquées des besoins de services de soins de santé. La capacité de lutter contre une pandémie d'influenza serait un exemple d'un scénario de ce genre. [Traduction libre]

Monde médical branché : Un « monde médical branché » englobe une vaste gamme de communications et de technologies de l'information (p. ex. dossiers de santé électroniques, télésanté, télémédecine, télétriage et technologies sans fil mobiles) afin de soutenir la prestation optimale de services. Il suppose des modes de financement durables pour l'utilisation appropriée de ces technologies.

SECTION 5 GROUPE DE TRAVAIL DEUX - PARTICIPANTS AU COMITÉ DIRECTEUR

D^r Michel Brazeau, coprésident, comité directeur
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

D^r Nicholas Busing, coprésident, Analyse et développement stratégique
Collège des médecins de famille du Canada

D^r Hugh Scully, coprésident, Communications
Association médicale canadienne

M. Ian Bower
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

D^r Ian Bowmer
Santé Canada

M. Glenn Brimacombe
Association canadienne des institutions de santé universitaire

M^{me} Heidi Bungay
Ressources humaines et développement social Canada

D^r Jan Christilaw
Bureau de gestion et de liaison des associations nationales de spécialistes

M^{me} Janet Cooper
Association des pharmaciens du Canada

M^{me} Fleur-Ange Lefebvre
Fédération des ordres des médecins du Canada

M. Ed King

Membre du public

D^r Jason Kur

Association canadienne des internes et des résidents

D^r Mike Lawrence

Forum des omnipraticiens

M^{me} Lisa Little

Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers

M^{me} Louise Ogilvie

Institut canadien d'information sur la santé

M. Costa Papadopoulos

Association dentaire canadienne

M. John Peddle

Association canadienne des soins de santé

M^{me} Libby Posgate

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique

M^{me} Louise Simard

Membre du public

M. Robert Shearer

Santé Canada

D^r Gavin Stuart

Association des facultés de médecine du Canada

D^r Joshua Tepper

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

D^r Peter Vaughan

Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines

M. Ashley Waddington

Fédération d'étudiants en médecine du Canada

D^r Pamela Walsh

Conseil médical du Canada

Pour leur expertise particulière :

M. Boris Kralj, Ph.D.

Association médicale de l'Ontario

M. Darrel Weinkauff

Association médicale de l'Ontario

Équipe technique

M^{me} Danielle Fréchette (coordonnatrice et auteure principale du rapport final)

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

M. Owen Adams

Association médicale canadienne

M^{me} Lynda Buske

Association médicale canadienne

D^r John Maxted

Collège des médecins de famille du Canada

D^r Todd Watkins

Forum médical canadien

Gestion de projet

M^{me} Christine Da Prat

Association Strategy Group

M^{me} Jennifer Shepherd

Association Strategy Group

SECTION 6

RÉFÉRENCES

- ¹ Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des services de santé et les ressources humaines. *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. Septembre 2005.
- ² Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources infirmières au Canada : Phase 1 Rapport final*. Mai 2005.
- ³ Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des services de santé et les ressources humaines. (Septembre 2005)
- ⁴ Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des services de santé et les ressources humaines. (Septembre 2005). Recommandation 3.
- ⁵ Santé Canada. (2001). *Imputabilité sociale – Une vision pour les facultés de médecine du Canada*.
- ⁶ Jones J (2002) *Concerns mounting over pediatric workforce*. CMAJ 166(8) : 1076.
- ⁷ Marschall JG et Karimuddin AA (2003) *Decline in popularity of general surgery as a career choice in North America: review of postgraduate training selection in Canada, 1996-2001*. World J Surg 27(3): 249-52.
- ⁸ Turnberg, L. (2000). *Survival of the general physician*. BMJ, 320, 438-440.
- ⁹ Loeffler, IJP. (2000). *Are generalists still needed in a specialised world?* BMJ, 320, 436-438.
- ¹⁰ Barondess, J. A. (2000). *Specialization and the physician workforce: drivers and determinants*. JAMA, 284(10), 1299 - 1301.
- ¹¹ Pollett, W. G., et Harris, K. A. (Avril 2002). *The future of rural surgical care in Canada: a time for action*. Canadian Journal of Surgery, 45(2). Extrait (en septembre 2005) du site Web de l'Association médicale canadienne à l'adresse suivante : <http://www.cma.ca/multimedia//staticcontent/html/N0/12/cjs/vol-45/issue-2/pdf/pg88.pdf>.
- ¹² Ferrer, R. L., Hambidge S. J. et Maly R. C. (2005). *The essential role of generalists in health care systems*. *Annals of Internal Medicine*, 142(8), 691-699.

- ¹³ CRMCC. (1996). *Report of the task force to review fundamental issues in specialty education*. Ottawa, Ontario.
- ¹⁴ Réparer la base : l'avenir des soins primaires [Éditorial]. (11 mai 2004). *CMAJ*, 170(10). Extrait le 15 septembre 2005, de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/10/1511>.
- ¹⁵ Schwartz, M. D., Basco Jr. W. T., Grey M. R., Elmore, J. G. et Rubenstein A. (2005). *Rekindling student interest in generalist careers*. *Annals of Internal Medicine*, 142(8), 715-724.
- ¹⁶ CRMCC. OE News (Printemps 2005). Vol 2(3).
- ¹⁷ CRMCC. OE News (Décembre 2005). Vol 3(1).
- ¹⁸ Marlow B (2004) *The future sponsorship of CME in Canada: Industry, government physicians or a blend?* *CMAJ* 171(2): 150–1.
- ¹⁹ Lofsky S., Dawes R. Martin D. McNestry G. Tandan V. Tepper J. *The Ontario Physician Shortage 2005: Seeds of Progress, but the Resource Crisis Deepening*. Ontario Medical Review.
- ²⁰ La sécurité culturelle fait généralement référence à ce qui est ressenti et vécu par un patient lorsqu'un fournisseur de soins de santé communique avec lui d'une manière respectueuse et inclusive et lui permet de participer à la prise de décisions et d'établir une relation en soins de santé dans laquelle le patient et le fournisseur de soins de santé travaillent en équipe pour assurer l'efficacité maximale des soins. Les rencontres culturellement sûres exigent que les fournisseurs de soins de santé traitent les patients en reconnaissant que les personnes d'un même groupe n'agissent pas toutes de la même manière et n'ont pas toutes les mêmes croyances. (Source : Organisation nationale de la santé autochtone) [Traduction libre]
- ²¹ La compétence culturelle fait référence à la capacité des fournisseurs de soins de santé de réussir à fournir des soins culturellement sûrs. [Traduction libre]
- ²² Santé Canada. *La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient* (FIPCCP) Extrait (en février 2006) du site Web de Santé Canada à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index_f.html
- ²³ Collège des médecins de famille du Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Médecins de famille et les autres spécialistes : Travailler et apprendre ensemble*. 2006 (en cours d'élaboration et prochainement à l'adresse suivante : <http://rcpsc.medical.org> and www.cfpc.ca).
- ²⁴ Groupe de travail Deux. *La validation de la portée et du champ d'application de modèles novateurs de prestation des soins de santé : Rapport final et synthèse*. Octobre 2004.
- ²⁵ Association médicale canadienne. (Janvier 2006). *L'édition 2004 du Sondage national auprès des médecins : modes de rémunération et préférences en la matière*. Extrait (en janvier 2006) du site Web à l'adresse suivante : <http://www.cfpc.ca/nps/French/pdf/Publications/Recent/Remuneration-f.pdf>
- ²⁶ Manitoba Centre for Health Policy. MCHP Glossary and Related Terms. Extrait (en février 2006) du site Web de l'Université du Manitoba à l'adresse suivante : www.umanitoba.ca/centres/mchp/concept/thesaurus/thesaurus.glossary.html
- ²⁷ Idem
- ²⁸ Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 200505*. Extrait (en mars 2006) du site Web de l'ICIS à l'adresse suivante : http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_404_F&cw_topic=404&cw_rel=AR_31_F
- ²⁹ Santé Canada. *Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un cadre conceptuel évolutif : chapitre 10*. Extrait (en février 2006) du site Web de Santé Canada à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/chap-10_f.html
- ³⁰ Borrill CS, Carletta J, Carter AJ et coll. (2001). *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service*. Université Aston, Royaume-Uni.

- ³¹ Santé Canada. *Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un cadre conceptuel évolutif* – Sommaire exécutif. Extrait (en février 2006) du site Web de Santé Canada à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/summ-somm_f.html
- ³² Henderson MC, Hunt DK et JW Williams Jr. *General internists influence students to choose primary care careers: the power of role modeling*. The American Journal of Medicine, Vol. 101, Numéro 6, 648-653, décembre 1996.
- ³³ Fédération d'étudiants en médecine du Canada (2003). Exposé de principe de la FEMC, 14 août 2003.
- ³⁴ Senf JH, Kutob R, Campos-Outcalt D. *Which Primary Care Specialty? Factors and Relate to a Choice of Family Medicine, Internal Medicine, Combined Internal Medicine-Pediatrics or Pediatrics*. Journal of Family Medicine, Vol. 36 No. 2, février 2004.
- ³⁵ Sondage national 2004 auprès des médecins. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), L'Association médicale canadienne (AMC), et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Tableau 6. [http://www.cfpc.ca/nps/English/pdf/Residents\(PGY2\)/Physicians/Tables/Tables/Q6.pdf](http://www.cfpc.ca/nps/English/pdf/Residents(PGY2)/Physicians/Tables/Tables/Q6.pdf)
- ³⁶ Groupe de travail Deux. *Assessment of Health Care Delivery Models: Implications for Physician Human Resources*. Février 2006.
- ³⁷ Southwest Health. Physician Recruitment. Extrait (en mars 2006) du site Web de South West Health à l'adresse suivante : <http://www.swndha.nshealth.ca/phyrcrt.htm>
- ³⁸ Pong W. et Russell N. (2003) *Examen et synthèse de documents politiques et stratégiques sur les ressources humaines en santé rurale*. Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord. Université Laurentienne. Extrait (en mars 2006) du site Web de l'Université Laurentienne à l'adresse suivante : http://www.laurentian.ca/cranhr/pdf/TORC_Ruralhealthworkforcesynthesis-finaldraft-May.pdf (<http://www.laurentian.ca/cranhr/rural10f.html> en français)
- ³⁹ Barer M. et Stoddart G. *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Communities: Recruitment and Retention Revisited*. Centre for Health Services and Policy Research. Université de la Colombie-Britannique. Extrait (en mars 2006) du site Web du Centre for Health Services and Policy Research à l'adresse suivante : <http://www.chspr.ubc.ca/hhru/pdf/hhru99-05.pdf>