

**RESSOURCES HUMAINES DANS LE SYSTÈME DE LA SANTÉ CANADIEN :
QUESTIONS ET RECOMMANDATIONS**

MÉMOIRE DE POLITIQUE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ SUR
LES QUESTIONS D'EMPLOYABILITÉ, PRÉSENTÉ AU COMITÉ PERMANENT DE LA
CHAMBRE DES COMMUNES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
ET LA CONDITION DES PERSONNES HANDICAPÉES

**Association canadienne des soins de santé
Septembre 2006**

Résumé : L'Association canadienne des soins de santé (ACSS) souligne la nécessité d'une position claire et dynamique des employeurs sur les politiques en matière de ressources humaines en santé (RHS) et elle est enchantée de la possibilité de prendre part aux débats sur les questions touchant l'employabilité au Canada du Comité permanent de la Chambre des communes sur le développement des ressources humaines et la condition des personnes handicapées. Notre mémoire de politique précise les questions importantes au sujet de l'employabilité des travailleurs de la santé du Canada et il comprend des recommandations visant à faire en sorte que le système de santé public continue à offrir les meilleurs services de santé possibles à tous les Canadiens.

L'ACSS est la régie une fédération des organismes provinciaux et territoriaux d'hôpital et de la santé de tout le Canada. Grâce à ses membres, l'ACSS représente un large éventail de services portant notamment sur les soins actifs, les soins à domicile et les soins communautaires, les soins à long terme, la santé publique, la santé mentale, les soins palliatifs, les services d'aide aux toxicomanes, les services d'aide aux enfants, aux jeunes et aux familles et les services de logement. Ces services sont offerts par l'entremise des régies régionales de la santé, de centres hospitaliers et d'autres établissements et organismes qui servent tous les Canadiens et qui sont régis par des administrateurs qui agissent dans l'intérêt public.

L'ACSS reconnaît la nécessité indéniable de disposer d'une main-d'œuvre stable dans le domaine de la santé ainsi que l'importance d'un nombre, d'une composition et d'une répartition adéquats des prestataires de soins de santé, afin d'assurer à tous les Canadiens un accès raisonnable à des soins de santé de haute qualité. L'ACSS apprécie le précieux travail que les gouvernements effectuent pour appuyer le système de santé public et pour veiller à ce que les Canadiens jouissent toujours d'un accès raisonnable à des soins de grande qualité. Un aspect important du soutien du système de santé public consiste à mettre l'accent sur les gens qui fournissent les soins, ce qui comprend divers groupes de prestataires de services, des gestionnaires et des dirigeants, ainsi que des fournisseurs de services de soutien. Les gouvernements doivent accorder une grande importance aux prestataires de soins de santé et aux questions touchant les travailleurs de la santé. Les prestataires de soins de santé représentent une part considérable de la main-d'œuvre canadienne. Par ailleurs, on pourrait mieux atteindre les buts du système actuel de santé du gouvernement fédéral en s'attaquant aux questions touchant les RHS de manière intégrée. Les coûts de main-d'œuvre représentent une part importante des dépenses en santé et on doit composer avec une pénurie, à l'échelle nationale et mondiale, en ce qui concerne les travailleurs de la santé.

On a dégagé quatre points prioritaires en ce qui concerne l'action et le leadership du gouvernement : les milieux de travail sains, la prévision et la planification des changements dans le système de santé, les données et l'information servant à la modélisation de la planification des RHS et les questions touchant l'admissibilité à la pratique. Pour que notre système de santé soit toujours une industrie valable et concurrentielle au sein de la société canadienne, les gouvernements et les intervenants de ce système doivent investir et favoriser des milieux de travail qui optimisent la santé et le bien-être des prestataires, qui garantissent de bons résultats pour les clients et qui assurent un rendement organisationnel efficace. En outre, les gouvernements et les intervenants du système de santé doivent s'efforcer d'être en mesure de prévoir adéquatement et de prendre en compte les changements apportés au système de santé. La planification au sujet de changements qui ont une incidence immédiate et directe sur la planification des RHS contribue à maintenir et même à réduire les coûts du système de santé. Afin d'orienter les décisions sur la planification des RHS, tous les gouvernements et les intervenants du système de santé doivent investir des sommes considérables dans les données et l'information portant sur la modélisation de la planification des RHS, y compris dans la production de renseignements fiables sur les besoins actuels et futurs au sujet des prestataires de soins de santé et la santé de la population. Enfin, les gouvernements et les intervenants du système de santé doivent s'attaquer aux questions du maintien et de l'amélioration de la main-d'œuvre des services de santé, notamment en se penchant sur les permis d'exercice, la capacité du système d'éducation, la qualité de

la formation clinique et pratique (y compris les postes de résidence) ainsi que le recrutement, l'évaluation et l'intégration de prestataires de soins qui ont reçu une formation à l'étranger.

Les questions touchant les RHS, à l'instar des autres problèmes du système de santé et du milieu politique du Canada, sont complexes et difficiles à régler. Il n'y pas de solution miracle ou facile. L'ACSS est résolue à collaborer avec tous les intervenants du système de santé en discutant des questions critiques et en s'attaquant à celles-ci afin de les régler, dans le but de disposer d'effectifs en soins de santé qui est suffisante quant au nombre, à la composition et à la répartition. Nous nous réjouissons de continuer à collaborer avec les gouvernements afin d'atteindre cet objectif. Ainsi, nous pouvons garantir des soins adéquats et de haute qualité qui correspondent aux exigences des Canadiens.

Mémoire de politique sur l'employabilité de l'ACSS à l'intention du Comité permanent de la Chambre des communes sur le développement des ressources humaines et la condition des personnes handicapées

Septembre 2006

1.0 Introduction

L'Association canadienne des soins de santé (ACSS) souligne la nécessité d'une position claire et dynamique des employeurs sur les politiques en matière de ressources humaines en santé (RHS) et elle est enchantée de la possibilité de prendre part aux débats sur les questions touchant l'employabilité au Canada du Comité permanent de la Chambre des communes sur le développement des ressources humaines et la condition des personnes handicapées. Notre mémoire de politique précise les questions importantes au sujet de l'employabilité des travailleurs de la santé du Canada et il comprend des recommandations visant à faire en sorte que le système de santé public continue à offrir les meilleurs services de santé possible à tous les Canadiens.

1.1 Notre rôle dans la planification des ressources humaines en santé (RHS)

L'ACSS est la régie une fédération des organismes provinciaux et territoriaux d'hôpital et de la santé de tout le Canada. Grâce à ses membres, l'ACSS représente un large éventail de services portant notamment sur les soins actifs, les soins à domicile et les soins communautaires, les soins à long terme, la santé publique, la santé mentale, les soins palliatifs, les services d'aide aux toxicomanes, les services d'aide aux enfants, aux jeunes et aux familles et les services de logement. Ces services sont offerts par l'entremise des régies régionales de la santé, de centres hospitaliers et d'autres établissements et organismes qui servent tous les Canadiens et qui sont régis par des administrateurs qui agissent dans l'intérêt public.

L'ACSS est le chef de file de l'élaboration et de la défense de solutions de politique en santé qui correspondent aux besoins des Canadiennes et elle vise la mise en place d'un système de santé public qui donne accès à tout un éventail de services de santé comparables partout au Canada. Étant donné que l'ACSS est la voix nationale pour les administrateurs et les gestionnaires des organismes de santé qui emploient la plupart des travailleurs de la santé au Canada, l'un de ses principaux points prioritaires a trait au règlement des questions touchant les RHS. L'ACSS reconnaît la nécessité indéniable de disposer d'une main-d'œuvre stable dans le domaine de la santé ainsi que l'importance d'un nombre, d'une composition et d'une répartition adéquats des prestataires de soins de santé, afin d'assurer à tous les Canadiens un accès raisonnable à des soins de santé de haute qualité.

En 2005, le conseil d'administration de l'ACSS a cerné les questions touchant les RHS qui sont prioritaires pour les employeurs des services de santé et il a précisé les positions de principe au sujet de ces questions afin d'aider les employeurs à fournir des services de santé de qualité. Ces positions portent sur les points suivants : les milieux de travail sains, la prévision et la planification des changements dans le système de santé, les données et l'information servant à la modélisation de la planification des RHS et les questions touchant l'admissibilité à la pratique. Les recommandations précisées dans ce mémoire se fondent sur ces priorités et sur les positions de principe. Aux pages suivantes, nous abordons les méthodes pouvant permettre de s'attaquer aux questions d'employabilité des RHS au sein de la main-d'œuvre canadienne.

2.0 Questions générales touchant les ressources humaines en santé (RHS)

L'ASCC reconnaît que les soins de santé constituent toujours la première priorité pour l'ensemble des Canadiens et elle est résolue à faire en sorte que les Canadiens jouissent d'un accès raisonnable à des soins de haute qualité et durables. Un aspect important du soutien du système de santé public consiste à mettre l'accent sur les gens qui fournissent les soins, ce qui comprend divers groupes de prestataires de services, des gestionnaires et des dirigeants, ainsi que des fournisseurs de services de soutien par exemple le personnel responsable des dossiers de santé). Nous devons nous concentrer sur les prestataires de services de santé et sur les questions touchant les effectifs pour diverses raisons :

- Au Canada, 1,1 million de personnes, soit 1 travailleur sur 10, travaillait au sein du système de santé en 2001. Il s'agit donc de l'une des plus importantes industries créatrices d'emplois au Canadaⁱ.
- Les efforts actuels visant à améliorer l'efficacité de notre système de santé s'attaquent en général aux problèmes comme s'ils étaient indépendants les uns des autres. Ces problèmes ont notamment trait à la gestion des temps d'attente, les garanties quant aux soins, les préparatifs d'urgence et la planification en vue d'une pandémie. Toutefois, les gouvernements ne peuvent pas régler ces questions s'ils les envisagent séparément. Une stratégie ou une méthode globale pourrait s'avérer utile en vue de la coordination des efforts actuels et futurs. Les ressources humaines représentent un élément crucial de notre système de santé et leur participation à une prestation de soins de haute qualité est primordiale. Pour tenir correctement compte des priorités précisées par le gouvernement fédéral actuel, on doit mettre l'accent de façon coordonnée et intégrée sur les questions touchant les RHS, qui cernent tous les points et les problèmes prioritaires.
- Les coûts du système de santé du Canada et la durabilité du financement de ce système occupent désormais l'avant-scène du débat politique actuel. L'objectif visant la gestion des coûts de la prestation des services de santé est une priorité pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et cet objectif exige un effort concerté en vue d'une augmentation des dépenses. Par le passé, les hôpitaux représentaient le secteur de dépenses le plus important du domaine de la santé : les dépenses à ce chapitre ont grimpé depuis 1997 et ont atteint 34,4 milliards de dollars en 2002 (dont 91,8 pour 100 sont pris en compte par les fonds publics)ⁱⁱ. Précisons toutefois que toutes les dépenses concernant les hôpitaux ont chuté à titre de pourcentage de l'ensemble des dépenses en santé, passant de 45 pour 100 il y a 30 ans à environ 30 pour 100 aujourd'huiⁱⁱⁱ. De 2001 à 2002, 73,3 pour 100 des dépenses concernant les hôpitaux au Canada avaient trait aux coûts des effectifs, comme les salaires et les avantages sociaux, et on prévoit que cette part va augmenter au cours des prochaines années^{iv}. À l'échelle internationale, 42 pour 100 de l'ensemble des dépenses gouvernementales en santé ont trait aux coûts des effectifs en santé et cette proportion est encore plus élevée, soit un peu moins de 50 pour 100, dans les Amériques (Amérique du Nord, centrale et du Sud)^v. Afin de nous attaquer efficacement aux coûts des soins de santé au Canada, nous devons mettre l'accent sur les questions touchant les RHS et les travailleurs de la santé.
- Actuellement, on remarque une pénurie des prestataires de services de santé à l'échelle mondiale. L'Organisation mondiale de la Santé estime que, dans le monde, on a besoin de quatre millions de médecins, d'infirmières, de sages-femmes et d'autres prestataires de plus et qu'on doit procéder à une augmentation de 70 pour 100 du nombre de travailleurs de la santé pour pouvoir répondre à la pénurie actuelle et future^{vi}. Les données actuelles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) révèlent que le Canada souffre également de cette pénurie. Elles précisent que le Canada a un taux de médecin par 1 000 personnes inférieur à celui de tous les pays membres de l'OCDE sauf quatre et bien que les taux moyens de médecins de l'OCDE par 1 000 personnes aient grimpé de 1990 à 2004, le taux du Canada demeure inchangé^{vii}. Les données actuelles de l'OCDE indiquent en outre que le nombre d'infirmières par 1 000 personnes a diminué au Canada : il est en effet passé de 11,1 en 1996 à 9,9 en 2004^{viii}. Les recherches effectuées laissent entendre que la situation va s'empirer au cours des prochaines années en raison du vieillissement de la population et de la main-d'œuvre, des départs naturels, du nombre insuffisant de diplômés en soins de santé et de la diminution des professionnels qui ont reçu une formation à l'étranger^{ix}. Les prestataires de services de santé constituent une main-d'œuvre très mobile, n'hésitant pas à traverser les frontières provinciales, territoriales et nationales^x, ce qui rend le problème de pénurie encore plus complexe dans

les régions du pays où les services sont insuffisants, par exemple les zones rurales ou éloignées.

- On doit se pencher sur les effectifs de RHS disponibles afin d'assurer la durabilité du système de santé canadien.

3.0 Questions prioritaires touchant les ressources humaines en santé (RHS) et recommandations

3.1 Milieux de travail sains

L'ASCC estime qu'un milieu de travail sain optimise la santé et le bien-être des prestataires de services, fait en sorte que les établissements de soins de santé soient des employeurs de choix et rehausse la qualité des résultats pour les patients et le rendement organisationnel. Un nombre croissant de recherches et de renseignements non scientifiques concordent avec la conclusion voulant qu'un milieu de travail sain peut améliorer considérablement le rendement au travail ainsi que la sécurité des patients et les soins. Les milieux de travail non sains risquent d'entraîner de l'absentéisme, des difficultés lorsque viendra le temps de combler les postes vacants, la réduction du nombre de gens qui se joignent aux professions de la santé et une augmentation du nombre de gens qui quittent le système de santé pour faire carrière dans un autre domaine. C'est d'autant plus le cas pour les organismes des services de santé. Les recherches effectuées sur la santé des milieux de travail du système de santé révèlent que le stress au travail peuvent avoir trait notamment aux pressions exercées au travail et à la charge de travail, à la sécurité d'emploi, à la sécurité et la violence en milieu de travail, au soutien de la direction, aux possibilités de formation continue, à l'identité professionnelle, à la maîtrise de l'exercice, à la rémunération et à la reconnaissance. Ces recherches démontrent par ailleurs que le stress au travail peuvent exercer une influence considérable sur les rapports personnels et augmenter le nombre de congés de maladie, les maladies, les blessures, l'absentéisme, les conflits, le mécontentement au travail et le roulement du personnel^{xi}. Depuis 1987, le nombre moyen de jours de travail perdus en raison de maladies ou d'invalidité, pour les travailleurs de la santé, a été d'au moins 1,5 fois plus élevé que pour les autres catégories de travailleurs et, de 2003 à 2004, le nombre moyen de jours perdus par année a grimpé de près de quatre jours^{xii}. Ces chiffres sont particulièrement alarmants car on a estimé que le seul coût des absences des employés s'élève à environ 8,6 milliards de dollars par an^{xiii}. De plus, en 2004, environ un prestataire de services de santé sur cinq a signalé qu'il effectuait des heures supplémentaires, rémunérées ou non, chaque semaine et seuls 25 pour 100 des employés des hôpitaux et 31 pour 100 des employés des établissements de soins de longue durée se déclarent très satisfaits de leur emploi^{xiv}. Ces aspects posent de véritables problèmes au chapitre de la conservation du personnel et, plus particulièrement, en ce qui concerne les soins aux patients, car les fautes et les erreurs quant aux médicaments augmentent lorsque les travailleurs font des heures supplémentaires et subissent un stress^{xv}.

L'amélioration de la qualité de vie au travail au sein des organismes de services de la santé est ainsi l'une des meilleures façons de s'attaquer de manière stratégique à un large éventail de problèmes touchant les ressources humaines en santé ainsi que d'améliorer la prestation des soins de santé, la sécurité des patients de même que l'efficacité et le rendement organisationnels. On doit accorder la priorité à certains facteurs, comme un solide leadership, le respect et l'appui de la direction, en plus de charges de travail raisonnables, dans le cadre de l'organisation des ressources humaines en santé et la gestion du rendement organisationnel. L'ACSS recommande des mesures clés pour régler les obstacles à la mise en place d'un milieu de travail sain, notamment ce qui suit :

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent appuyer la mise en place d'un centre d'information et des pratiques exemplaires en rapport avec l'importance de milieux de travail sains pour l'optimisation des résultats des prestataires de services et du système et faire en sorte que les employeurs, les groupes de prestataires de services, les syndicats, les décideurs et d'autres groupes d'intervenants clés aient accès à cette information.

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent viser à élaborer une stratégie pancanadienne afin d’informer, d’encourager et d’aider les organismes de services de santé à concevoir et à mettre en œuvre des politiques sur les milieux de travail sains qui permettent aux employés de garantir les meilleurs soins possibles pour les patients et les clients.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et d’autres intervenants du système de santé doivent collaborer afin d’en arriver à un consensus au sujet des indicateurs servant à évaluer et à comparer, au niveau régional, l’état des milieux de travail.
- Les intervenants du système de santé doivent continuer à appuyer l’adjonction et l’amélioration d’éléments propres à un milieu de travail sain dans l’agrément des services de santé canadiens et favoriser le recours au processus d’agrément afin d’encourager et de cerner les milieux de travail sains.

3.2 Prévision quant aux caractéristiques futures du système de santé

Il est difficile de garantir la durabilité d’un système de santé de haute qualité et de nombreux facteurs entre en jeu, notamment les aspects démographiques, l’état de santé, la technologie, les tendances quant à la pratique, les soins interdisciplinaires, la structure organisationnelle ainsi que les méthodes de diagnostic et de prestation.

Certains facteurs importants forcent actuellement le système de santé canadien à changer, dont le vieillissement de la population, l’utilisation accrue des technologies de l’information et des communications et le recours de plus en plus répandu aux soins interdisciplinaires. La population du Canada vieillit : d’ici 2026, les Canadiens de plus de 65 ans représenteront 22 pour 100 de l’ensemble de la population, par rapport à 13 pour 100 en 2005 et à un peu plus de 8 pour 100 en 1971^{xvi}. En plus d’entraîner une réduction du nombre d’employés qui fournissent les soins, le vieillissement de la population va également imposer de nouvelles demandes au système de santé en raison de l’augmentation du nombre de maladies chroniques, d’un recours plus grand à des soins continus et communautaires et la hausse des limites imposées quant aux activités quotidiennes découlant de problèmes physiques et psychologiques ou encore d’autres problèmes de santé. Au cours des dernières années, l’apparition d’une quantité importante de renseignements a exigé une utilisation plus grande des technologies de l’information et des communications au sein du système de santé en vue de l’amélioration de l’accès, de la qualité des soins et de la productivité^{xvii}. Les technologies de l’information et des communications peuvent modifier radicalement le milieu de travail car elles exigent de nouvelles compétences, la formation de nouvelles catégories de spécialistes, le recyclage des professionnels en place, l’apport de changements à la structure organisationnelle et la modification de la prestation des soins^{xviii}. Par conséquent, l’augmentation de l’utilisation des technologies de l’information et des communications dans les domaines de l’éducation, du diagnostic, de la prestation des soins et de l’organisation et la gestion des établissements va avoir une incidence considérable sur le fonctionnement du système de santé au cours des prochaines années. Les recherches effectuées récemment indiquent que la collaboration interdisciplinaire dans la prestation des soins prend de l’ampleur et qu’elle va sans doute continuer à croître, par exemple avec l’augmentation des soins à domicile et communautaires. Cette collaboration constitue un élément crucial de la prestation de soins de haute qualité^{xix}. La prépondérance des équipes et de la collaboration pour la prestation et l’organisation des soins va avoir une importante influence sur la planification des RHS. Pour assurer une planification efficace des RHS, on doit absolument comprendre et prévoir l’influence que certains facteurs, comme le vieillissement de la population, le recours aux technologies de l’information et des communications et la hausse de la collaboration interdisciplinaire, vont avoir sur le nombre, la composition et la répartition des prestataires de services de santé dont on aura besoin pour offrir des services de santé de haut qualité.

Ces changements, ainsi que bien d'autres se rapportant aux aspects démographiques, aux technologies de l'information et des communications, au diagnostic et à la prestation des soins, à la réforme des soins primaires et aux modèles de soins, vont entraîner une refonte du système de santé et du milieu de travail. L'ACSS croit fermement qu'on doit absolument prévoir ces changements et planifier en vue de ceux-ci pour garantir l'efficacité et la durabilité du système de santé public. Les gouvernements et les intervenants doivent agir stratégiquement, travailler en collaboration, gérer efficacement l'information et mieux comprendre les milieux sociaux et de la pratique afin de composer efficacement avec les changements. Pour assurer une solide transition durant cette période de changement du système de santé, l'ACSS recommande ce qui suit :

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent élaborer une stratégie ou un mécanisme intégré pancanadien en matière de RHS afin d'aider les gestionnaires, les chefs et les prestataires de services de santé à cerner les changements qui se pointent à l'horizon et à composer avec ceux-ci ainsi qu'à faire face de manière stratégique aux répercussions pour les RHS. Cette stratégie rapprochera les intervenants afin qu'on unisse les politiques touchant la santé, la main-d'œuvre, l'immigration et l'éducation, en vue de la coordination d'une approche axée sur les besoins pour la planification et le perfectionnement des RHS. Si on dispose d'une capacité, de ressources et d'un appui adéquats, cette stratégie pourra en outre englober de nouvelles connaissances et de nouvelles recherches afin de garantir la comparabilité et la cohérence pour toutes les administrations.
- Des recherches et des analyses détaillées qui prévoient les répercussions des changements sur les RHS doivent accompagner tout changement proposé au système de santé.
- Les changements proposés au système de santé doivent tenir compte du coût du soutien offert en vue d'une gestion efficace de ces changements. De plus, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent injecter des fonds dans le système de santé afin de s'assurer que ce soutien sera mis en place avec efficacité.
- Les changements proposés au système de santé doivent être apportés de pair avec des ressources humaines et budgétaires adéquates. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent investir dans le système de santé afin de veiller à ce qu'on dispose de ces ressources.

3.3 Données et information servant à la modélisation de la planification des ressources humaines en santé (RHS)

Pour bien comprendre les changements que subit le système de santé et les autres problèmes de planification des RHS et se préparer adéquatement à ceux-ci, on doit disposer de mécanismes efficaces pour faire le suivi des données et de l'information portant sur une foule de questions et de caractéristiques régionales, des administrations et pancanadiennes. Étant donné la nécessité d'un suivi des caractéristiques propres aux milieux de travail sains, les changements qui ont une incidence sur le système de santé, le nombre de prestataires de services de santé, la demande et les besoins quant aux services de santé et les exigences en matière d'éducation et les tendances quant aux prestataires de services de santé, les intervenants doivent disposer de bases de données et de systèmes de rapports inter-administrations qui mettent en lumière les tendances pancanadiennes importantes et permettent des comparaisons entre les administrations.

Par exemple, on peut remarquer des écarts considérables dans les études, les aptitudes et les compétences entre les groupes de prestataires de services, ce qui pose des problèmes quant à la mise en place de soins adéquats axés sur le travail d'équipe^{xx}. De plus, des erreurs dans la composition des effectifs et le chevauchement des activités risquent d'entraîner une confusion au sujet des rôles, de la compétition, des tensions au travail et un manque de confiance, ce qui atténue l'identité

professionnelle et cause une sous-utilisation, ou une surutilisation, des professionnels, provoquant ainsi des erreurs médicales et des résultats néfastes pour les patients^{xxi}. Malgré cela, on dispose de peu de renseignements sur les facteurs qui influent sur ces questions, par exemple sur le type de prestataire qui convient le mieux à des situations particulières, les aptitudes que chaque membre d'une équipe interdisciplinaire doit maîtriser pour pouvoir travailler efficacement ou encore la composition de l'équipe de prestataires de services qui sont les plus efficaces pour divers groupes de patients et traitements. Cette situation est en partie attribuable aux énormes écarts observés entre les administrations quant à la collecte, l'analyse, la comparaison et l'utilisation des données. Les différences quant aux caractéristiques démographiques et urbaines ou rurales, le recours à des indicateurs inadéquats et incohérents, les méthodes différentes de collecte des données et l'absence d'identificateurs uniques rendent à tout le moins difficiles les comparaisons entre les administrations au sujet de l'incidence de la composition de l'équipe de prestataires de services et du degré de compétence sur les mesures des résultats.

Actuellement, des groupes comme l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, Ressources humaines et Développement social Canada et la Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé de Santé Canada sont en train de concevoir des systèmes de données sur la santé et ils ont produit des renseignements très utiles. Toutefois, on dispose de données insuffisantes sur les besoins actuels et futurs au sujet du nombre, de la composition et de la répartition adéquats des prestataires de services de santé, y compris des fournisseurs, des gestionnaires et des chefs aux points de service. De plus, on a besoin de données et de renseignements fiables sur les besoins actuels et futurs de la population en matière de santé pour orienter et faciliter la prise de décisions axées sur les faits au sujet de la planification des RHS (par exemple sur la composition adéquate du groupe de prestataires de services et les degrés de compétence qui conviennent, sur les nombres actuels et futurs réalistes, sur la répartition des prestataires de services de santé et sur les besoins futurs des Canadiens en ce qui concerne la santé). Afin de s'assurer que tous les intervenants du système de santé aient accès à des données pour coordonner adéquatement la prestation des soins, l'ACSS recommande fortement ce qui suit :

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent appuyer diverses administrations et divers intervenants du système de santé en vue de l'élaboration de modèles de planification des RHS qui sont axés sur les compétences et qui comprennent plusieurs types de prestataires de services. De plus, ils doivent communiquer ces résultats aux différentes administrations.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent appuyer les chercheurs et les autres intervenants du système de santé afin d'harmoniser et de recueillir des données sur la planification des RHS au niveau provincial et/ou territorial, en vue d'une comparaison avec d'autres provinces, territoires et régions du Canada.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent participer à la conception de modèles qui fournissent des données et des renseignements fiables en vue d'une prise de décisions sur les RHS. Plus particulièrement, on doit disposer des modèles de mesure et de surveillance de l'information qui peuvent orienter les décisions sur la composition adéquate de l'équipe de prestataires de services et le degré de compétences nécessaire.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent appuyer la mise en place d'un centre d'information sur les expériences vécues au sein des régions au sujet de l'utilisation de modèles et de pratiques exemplaires se rapportant à la planification des RHS.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent s'efforcer de mettre en place une tribune qui réunit les employeurs, les responsables de la réglementation, les éducateurs et les bailleurs de fonds, afin de discuter de la planification des RHS multi-fournisseurs.

3.4 Admissibilité à la pratique

En raison du nombre élevé de travailleurs qui quittent le domaine de la santé pour prendre leur retraite ou pour d'autres raisons, de la diminution du nombre de prestataires de services de santé, de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et des exigences accrues imposées au système étant donné les besoins d'une population vieillissante et quant aux soins chroniques, on doit absolument s'attaquer aux problèmes auxquels les employeurs se butent lorsqu'il s'agit de combler les postes à l'aide de prestataires de services compétents. Pour l'ACSS, l'amélioration de la situation quant au nombre de prestataires de services de santé et de « l'admissibilité à la pratique » s'articule autour de quatre priorités importantes : la délivrance de titres de compétences, la capacité du système d'éducation, l'expérience clinique ou pratique et les prestataires de soins qui ont reçu une formation à l'étranger.

3.4.1 Délivrance de titres de compétences

L'ACSS reconnaît que divers organes de réglementation provinciaux et territoriaux ont pour tâche de définir le niveau minimal quant à l'instruction, la formation et/ou l'expérience nécessaires pour exercer une profession de la santé et pour la délivrance des permis ou des certificats d'inscription. Elle reconnaît en outre que certains de ces organismes de réglementation sont en train de revoir, ou ont déjà revu, leurs exigences en matière d'éducation pour l'admissibilité à la pratique pour diverses professions de la santé. Il s'agit d'une conséquence inévitable, et souvent nécessaire, des changements que connaissent les milieux de la pratique, qui permet par ailleurs l'évolution des diverses professions et du système de santé en général. En outre, les changements peuvent souvent entraîner une amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins, en plus d'une meilleure mise en marché des professionnels de la santé dans un milieu mondial concurrentiel^{xxii}.

Toutefois, on remarque actuellement de nombreux écarts entre les processus d'examen et, dans bien des cas, si on fait appel à une consultation et à un soutien externes, on n'a recours qu'à des associations de professionnels de la santé ou des établissements d'instruction et non à des employeurs^{xxiii}. De plus, les résultats de ces examens peuvent souvent entraîner la hausse du niveau d'instruction et/ou de formation minimal exigé pour l'octroi d'un permis aux prestataires de services de santé. L'augmentation du niveau minimal d'instruction et de formation peut avoir une incidence considérable sur la capacité du système de santé à recruter et à former des professionnels de la santé, particulièrement dans les régions rurales et éloignées où les services offerts sont déjà insuffisants. Par exemple, l'exigence imposée quant aux études postdoctorales de plus longue durée a été responsable d'environ un quart de la diminution du nombre de nouveaux médecins praticiens de 1994 à 2000^{xxiv}.

Un autre problème prévaut et découle des écarts importants, au pays, dans les méthodes de réglementation et les exigences à cet égard. Par exemple, les inhalothérapeutes ne sont réglementés que dans cinq provinces : dans quatre d'entre elles, la réglementation est assurée par les responsables de la profession et, dans l'autre, par le gouvernement^{xxv}. En raison de cette situation et de la mobilité élevée dont les effectifs en santé ont fait preuve par le passé, la gestion des prestataires de services de santé peut être extrêmement difficile étant donné les écarts quant aux compétences, au sein des diverses administrations, qui découlent de méthodes de réglementation différentes. Les changements apportés au sujet des titres de compétences peuvent avoir pour conséquence des attentes plus grande quant au milieu de travail et au revenu qui ne concordent pas avec la situation du système de santé^{xxvi} : ainsi, il est difficile de s'assurer que les prestataires de services de santé reçoivent une formation adéquate et utilisent tout leur potentiel lorsqu'ils débutent dans leur travail.

Enfin, en raison des changements apportés au chapitre des titres de compétences, les gestionnaires des services de santé peuvent devoir envisager d'autres méthodes pour respecter leurs budgets serrés, ce qui peut avoir des répercussions sur la qualité des soins^{xxvii}. Ainsi, les législateurs, les responsables de la réglementation, les éducateurs et les gestionnaires des services de santé doivent collaborer afin de

prendre des décisions, en matière de réglementation, de manière à ce que l’instruction donnée aux prestataires de services de santé inculque à ceux-ci les compétences dont ils auront besoin dans leur travail.

Afin de s’assurer que les prestataires de services ont reçu une formation adéquate et que leurs compétences sont suffisantes et pour faciliter la mobilité des travailleurs, les gouvernements et les intervenants doivent mieux faire concorder les programmes d’instruction et les critères pour la délivrance des titres de compétences d’une part avec les besoins du système de santé d’autre part. À cet égard, les recommandations de l’ACSS sont les suivantes :

- Le processus fédéral-provincial-territorial d’examen des changements à la délivrance des titres de compétences créé par les ministres de la Santé est un bon point de départ pour s’assurer que les gouvernements évaluent correctement les changements proposés à la délivrance des titres de compétences. Toutefois, on doit rehausser ce processus d’examen en lui adjoignant des mesures de contrôle visant à garantir le respect de ce processus par les organes de réglementation et les établissements d’instruction.
- Pour veiller à ce que les besoins en formation correspondent à la situation de la prestation de services de santé, les changements proposés au processus de délivrance de titres de compétences doivent se faire de pair avec des consultations avec les employeurs des services de santé. De plus, ces changements doivent être approuvés par les employeurs avant d’être mis en œuvre.
- Pour composer efficacement avec la restructuration du système qui est nécessaire pour prendre en compte les changements à la délivrance des titres de compétences, les changements apportés à cette délivrance doivent être accompagnés d’un plan qui garantit un nombre suffisant de prestataires de services pendant la période de transition.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organes de réglementation doivent viser une délivrance de titres de compétences, pour les prestataires de services de santé réglementés, qui est normalisé pour toutes les provinces et les territoires.
- Les responsables de la réglementation doivent donner de la souplesse au processus de délivrance de titres de compétences afin de permettre aux employeurs d’embaucher des candidats qualifiés qui conviennent au milieu en question (par exemple les prestataires des régions rurales peuvent avoir besoin de qualification différentes des prestataires des autres régions).
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent s’efforcer de garantir une coordination au niveau pancanadien afin d’informer les intervenants du système de santé au sujet des changements quant à la délivrance des titres de compétence qui ont lieu dans les provinces et les territoires.

3.4.2 Capacité du système d’éducation

Au Canada, le nombre de prestataires de services de santé est insuffisant pour répondre aux exigences croissantes de notre système de santé. Le vieillissement des effectifs représente l’un des facteurs les plus importants à cet égard. La proportion de travailleurs Canadiens âgés de 45 à 64 ans a augmenté de façon considérable dans les professions de la santé au cours des dernières années. Pour l’ensemble des professions de la santé, l’âge moyen en 2003 était de 41,6 ans et l’âge moyen des infirmières autorisées en 2004 était de 44,6 ans^{xxviii}. Ces chiffres indiquent que, dans un proche avenir, une part importante de travailleurs pourront prendre leur retraite. Le fait que près de 49 pour 100 des prestataires de services de santé ont pris leur retraite avant 65 ans de 1997 à 2000^{xxix} rend la situation

encore plus critique. Le vieillissement des effectifs, de pair avec d'autres types de départs naturels, laisse présager une pénurie plus importante.

Pour remédier à la situation, on pourrait augmenter l'éducation et le nombre de diplômés des professions de la santé. Toutefois, cela n'a pas été le cas. Les données actuelles indiquent que de 1993 à 2004, le nombre de diplômés des professions de la santé a très peu changé^{xxx}. Par exemple, on a remarqué peu de changements dans le nombre de médecins diplômés au Canada : ce nombre est en effet passé de 1 702 en 1993 à 1 757 en 2004^{xxxii}. En ce qui concerne les pharmaciens au Canada, la situation est encore plus inquiétante pour cette période, car le nombre de diplômés a en fait diminué et est passé de 771 en 1993 à 672 en 2004^{xxxiii}.

Quant aux infirmières au Canada, on a remarqué en 2004-2005 des tendances encourageantes au sujet de la formation en soins infirmiers, notamment un intérêt maintenu envers la formation continue et une augmentation du nombre de diplômés des programmes d'admissibilité à la pratique^{xxxiv}. Cependant, les données révèlent également un nombre important de postes vacants au sein du corps professoral actuellement et pour l'avenir, la difficulté d'attirer et de conserver des professeurs en raison d'une rémunération insuffisante et le fait que de nombreuses infirmières enseignantes sont âgées et plus près de la retraite que les membres de la profession infirmière en général^{xxxv}. L'Institut canadien d'information sur la santé a récemment fait remarquer qu'à peine 1,8 pour 100 des infirmières ont reçu un enseignement de deuxième et troisième cycles universitaires (maîtrise et doctorat)^{xxxvi}. Si cette tendance se maintient, même si le nombre de places des programmes d'éducation en soins infirmiers augmente, on ne disposera pas d'un nombre suffisant d'enseignants pour donner cet enseignement.

Ces problèmes indiquent la nécessité de continuer à investir dans l'éducation en augmentant le nombre de places des programmes de prestataires de services de santé (premier cycle et autres cycles) et en accroissant la capacité des facultés de sciences de la santé en embauchant d'autres enseignants, en augmentant le financement, en améliorant l'éducation, par exemple par le recours à des stages en clinique, et en développant l'infrastructure. On doit effectuer immédiatement des investissements considérables afin de revitaliser l'éducation et l'emploi qui en découle dans les professions de la santé. Le nombre d'inscriptions en sciences de la santé doit continuer à augmenter et on doit rehausser la formation continue et de premier cycle.

Aujourd'hui, les soins interdisciplinaires prévalent et les méthodes de prestation de soins primaires évoluent : ainsi, on doit adapter la formation des professionnels de la santé afin de prévoir une collaboration à ce chapitre et de favoriser le travail d'équipe dès le début de la formation jusqu'à la pratique de la profession.

Pour que le système d'éducation produise le nombre, la composition et la répartition adéquats de prestataires de services de santé qui répondent aux besoins en matière de santé, les gouvernements et les intervenants du système de santé doivent se pencher sur des questions comme le nombre de places financées, les enseignants dont on dispose et la qualité de l'infrastructure. Les recommandations de l'ACSS sont donc les suivantes :

- Étant donné que les provinces ont la responsabilité du système d'éducation, on doit assurer une coordination au niveau pancanadien afin de cerner les besoins du système national de santé et les possibilités de collaboration dans la formation des prestataires de services de santé, particulièrement pour les professions de la santé dont la formation n'est offerte que dans un nombre restreint de provinces et territoires (par exemple les professions libérales).
- Puisque le changement doit être appuyé par un investissement adéquat, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent verser des fonds adéquats dans le système

d'éducation afin de permettre les changements quant au nombre d'inscriptions et aux développements de l'infrastructure pour que ces changements soient approuvés.

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent investir des sommes supplémentaire dans le système d'éducation afin d'augmenter le nombre d'inscriptions aux professions de la santé et de revitaliser l'éducation et l'emploi dans le système de santé.

3.4.3 Expérience clinique ou pratique

Afin d'augmenter le nombre d'inscription aux professions de la santé et de former des prestataires de services de santé compétents pour l'avenir, on doit apporter des changements aux méthodes d'éducation. Les stages qui permettent aux étudiants d'intégrer et d'appliquer les notions acquises afin d'acquérir une expérience pratique dans le milieu des soins de santé sont essentiels pour garantir une main-d'œuvre de qualité, l'amélioration du recrutement et l'augmentation de la conservation du personnel. La formation des prestataires de services de santé doit être axée sur la préparation et les compétences pratiques qui sont nécessaires dans le milieu de travail. Les prestataires doivent maîtriser certaines aptitudes lorsqu'ils débutent leur travail, particulièrement en raison du fait que les nouveaux diplômés vont remplacer des travailleurs âgés et expérimentés et vont devoir être de plus en plus autonomes, indépendants et aptes à appliquer rapidement leurs aptitudes et leurs connaissances. Par conséquent, l'ACSS estime qu'il importe de rehausser le système de santé et d'éducation afin d'offrir des stages cliniques et pratiques (y compris des postes de résidence médicale). Les stages cliniques préparent mieux les prestataires de services à répondre aux exigences du système de santé et, de plus, ils les préparent mieux à leur travail futur, ce qui réduit le stress découlant d'une courbe d'apprentissage rapide, un problème important qui cause un épuisement professionnel précoce et qui nuit à la conservation du personnel.

Pour améliorer et favoriser les stages cliniques, les responsables de l'éducation et les bailleurs de fonds doivent tenir compte du besoin accru de supervision et du délai nécessaire pour assurer le rapport nécessaire entre le nombre d'instructeurs et le nombre d'étudiants et de l'incidence de ces changements sur le système de santé. Les stages cliniques ou pratiques exigent un financement suffisant et des ressources adéquates afin que le système de santé soit en mesure de prendre en charge les stages (et les postes de résidence) et de répondre aux besoins des étudiants. Les établissements qui offrent des services d'éducation et de santé doivent coordonner les méthodes de formation des étudiants afin de veiller à ce que les diplômés disposent des compétences nécessaires pour les divers milieux de prestation et de pratique.

L'ACSS appuie l'intégration de stages cliniques ou pratiques à la formation des professionnels de la santé, ainsi que le développement du système de santé afin de faciliter ces stages. Afin de rehausser la capacité des systèmes d'éducation et de santé pour pouvoir prendre en compte les stages cliniques et améliorer le recrutement et la conservation des prestataires de services au sein des établissements de soins de santé, l'ACSS recommande ce qui suit :

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent reconnaître l'importance des stages cliniques ou pratiques (y compris des postes de résidence médicale) dans le processus d'éducation et effectuer un investissement afin de développer le système de santé afin qu'il puisse prendre en compte ces stages.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent investir afin de disposer du personnel nécessaire pour assurer une supervision adéquate des étudiants qui prennent part aux stages cliniques ou pratiques.
- Les intervenants du système de santé et d'éducation doivent s'assurer que la formation et la gestion des étudiants qui prennent part aux stages cliniques ou pratiques est axée sur

l'acquisition des compétences adéquates et nécessaires pour tout un éventail de milieux de prestation.

3.4.4 Prestataires de services qui ont reçu une formation à l'étranger

Par le passé, les professionnels de la santé qui ont reçu une formation à l'étranger ont composé une part importante de notre main-d'œuvre. Pendant les années 1970, les médecins qui ont reçu une formation à l'étranger représentaient environ 30 pour 100 de tous les médecins au Canada et, plus récemment, soit de 2000 à 2004, ce nombre a oscillé entre environ 22 et 23 pour 100^{xxxvi}. Toutefois, l'ACSS reconnaît qu'on remarque une pénurie mondiale de professionnels de la santé et que des problèmes d'éthique sont en cause en ce qui concerne le recrutement de prestataires de services qui ont reçu une formation à l'étranger. Par conséquent, il importe pour le Canada d'être davantage autonome en disposant d'effectifs adéquats dans le système de santé. On doit absolument déployer des efforts, dans toutes les régions du Canada, afin d'augmenter le nombre de prestataires de services de santé et de développer l'infrastructure de formation de ces prestataires, notamment en favorisant l'inscription aux professions de la santé, en faisant en sorte d'augmenter le nombre de diplômés des professions de la santé et en assurant une meilleure conservation des effectifs en place. L'ACSS n'appuie pas le recrutement de professionnels de la santé de pays en développement qui, pour la plupart, doivent également composer avec de graves pénuries de prestataires de services de la santé. Précisons toutefois que le Canada est un pays multiculturel qui attire de nombreux immigrants. Étant donné que de bon nombre de ces immigrants ont reçu une formation de professionnel de la santé, le Canada doit s'efforcer de faire en sorte que les prestataires de services qui ont reçu une formation à l'étranger aient la possibilité de pratique au Canada s'ils le souhaitent.

Pour réaliser une meilleure intégration des prestataires de services qui ont reçu une formation à l'étranger, il importe de se pencher sur les complexes processus de réglementation avec lesquels ces personnes doivent composer. On doit absolument assurer un équilibre entre la nécessité de veiller à ce que le processus d'évaluation des personnes qui se portent candidat pour un poste de prestataire de la santé réglementé soit efficace et empêche les prestataires non qualifiés de pratiquer d'une part et la nécessité de faire en sorte que ce processus soit objectif, juste et facile à parcourir, afin d'éviter les obstacles à la pratique pour les candidats qualifiés. L'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger, qui est appuyée par le gouvernement fédéral, vise à améliorer l'intégration des immigrants et des prestataires de services qui ont reçu une formation à l'étranger à la main-d'œuvre de la santé du Canada. De plus, les engagements supplémentaires pris dans le budget 2006, en vue de la mise sur pied d'une agence destinée à s'assurer que les immigrants qui ont reçu une formation à l'étranger respectent les normes canadiennes, sont encourageants. Le Conseil canadien de la santé a signalé que les initiatives dans ce domaine sont en général axées sur les médecins^{xxxvii}. L'ACSS estime que le maintien d'un investissement de ce type est important pour l'avenir de la main-d'œuvre en santé et elle fait remarquer qu'il importe de mettre l'accent sur tous les groupes de prestataires de services de santé, dont les infirmières, les pharmaciens, les thérapeutes et les technologues, en plus des médecins. Afin de continuer à aplanir les obstacles à l'obtention de permis et de nature réglementaire, il importe en outre de déterminer les autres besoins des prestataires de services qui ont reçu une formation à l'étranger, par exemple l'acculturation ou les problèmes de langue, et de s'attaquer à ces besoins afin de mieux favoriser leur intégration à la main-d'œuvre en santé.

Afin de s'attaquer aux problèmes d'employabilité se rapportant au recrutement, à l'évaluation et à l'intégration adéquate au Canada des prestataires de services qui ont reçu une formation à l'étranger, l'ACSS recommande ce qui suit :

- Reconnaissant que les provinces ont la responsabilité de la réglementation des prestataires de services de santé, on doit assurer une coordination au niveau pancanadien afin de cerner les besoins en ce qui concerne les prestataires de services de santé qui ont reçu une formation à

l'étranger et de déterminer l'investissement nécessaire pour permettre l'intégration de ces prestataires.

- Le gouvernement fédéral doit collaborer avec les partenaires du G8 afin de répondre aux besoins internes des prestataires de services de santé et de réduire la pression exercée quant à un recrutement dans des pays aux ressources insuffisantes.

4.0 Conclusion

L'ACSS apprécie le précieux travail que les gouvernements effectuent pour appuyer le système de santé public et pour veiller à ce que les Canadiens jouissent toujours d'un accès raisonnable à des soins de grande qualité et durables. Un aspect important de ce travail consiste à mettre l'accent sur les ressources humaines en santé (RHS) et sur les questions d'employabilité avec lesquelles notre système de santé doit actuellement composer. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent s'efforcer de régler les questions touchant les RHS et l'employabilité au Canada afin de s'assurer que :

- notre système de santé est une industrie valable et concurrentielle au sein de la société canadienne, en réalisant des investissements et en favorisant des milieux de travail qui optimisent la santé et le bien-être des prestataires, qui garantissent de bons résultats pour les clients et qui assurent un rendement organisationnel efficace;
- tous les intervenants du système de santé sont en mesure de prévoir adéquatement et de prendre en compte les changements apportés au système de santé qui ont une incidence immédiate et directe sur la planification des RHS;
- tous les gouvernements et les intervenants du système de santé investissent des sommes considérables dans les données et l'information en vue de la modélisation de la planification des RHS, ce qui comprend la production de renseignements fiables sur les besoins actuels et futurs au sujet des prestataires de soins de santé et la santé de la population, afin d'orienter les décisions sur la planification des RHS;
- les gouvernements et les intervenants du système de santé s'attaquent aux questions du maintien et de l'amélioration de la main-d'œuvre des services de santé, notamment en se penchant sur les permis d'exercice et la réglementation, la capacité du système d'éducation, la qualité de la formation clinique et pratique ainsi que le recrutement, l'évaluation et l'intégration de prestataires de soins qui ont reçu une formation à l'étranger.

Les questions touchant les RHS, à l'instar des autres problèmes du système de santé et du milieu politique du Canada, sont complexes et difficiles à régler. Il n'y pas de solution miracle ou facile. L'ACSS est résolue à collaborer avec tous les intervenants du système de santé en discutant des questions critiques et en s'attaquant à celles-ci afin de les régler, dans le but de disposer d'effectifs en soins de santé qui est suffisante quant au nombre, à la composition et à la répartition. Nous nous réjouissons de continuer à collaborer avec les gouvernements afin d'atteindre cet objectif. Ainsi, nous pouvons garantir les soins adéquats et de haute qualité que les Canadiens exigent et auxquels ils ont droit.

Annexe A : Résumé des recommandations

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent appuyer la mise en place d'un centre d'information et des pratiques exemplaires en rapport avec l'importance de milieux de travail sains pour l'optimisation des résultats des prestataires de services et du système et faire en sorte que les employeurs, les groupes de prestataires de services, les syndicats, les décideurs et d'autres groupes d'intervenants clés aient accès à cette information.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent viser à élaborer une stratégie pancanadienne afin d'informer, d'encourager et d'aider les organismes de services de santé à concevoir et à mettre en œuvre des politiques sur les milieux de travail sains qui permettent aux employés de garantir les meilleurs soins possibles pour les patients et les clients.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants du système de santé doivent collaborer afin d'en arriver à un consensus au sujet des indicateurs servant à évaluer et à comparer, au niveau régional, l'état des milieux de travail.
- Les intervenants du système de santé doivent continuer à appuyer l'adjonction et l'amélioration d'éléments propres à un milieu de travail sain dans l'agrément des services de santé canadiens et favoriser le recours au processus d'agrément afin d'encourager et de cerner les milieux de travail sains.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent élaborer une stratégie ou un mécanisme intégré pancanadien en matière de RHS afin d'aider les gestionnaires, les chefs et les prestataires de services de santé à cerner les changements qui se pointent à l'horizon et à composer avec ceux-ci ainsi qu'à faire face de manière stratégique aux répercussions pour les RHS. Cette stratégie rapprochera les intervenants afin qu'on unisse les politiques touchant la santé, la main-d'œuvre, l'immigration et l'éducation, en vue de la coordination d'une approche axée sur les besoins pour la planification et le perfectionnement des RHS. Si on dispose d'une capacité, de ressources et d'un appui adéquats, cette stratégie pourra en outre englober de nouvelles connaissances et de nouvelles recherches afin de garantir la comparabilité et la cohérence pour toutes les administrations.
- Des recherches et des analyses détaillées qui prévoient les répercussions des changements sur les RHS doivent accompagner tout changement proposé au système de santé.
- Les changements proposés au système de santé doivent tenir compte du coût du soutien offert en vue d'une gestion efficace de ces changements. De plus, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent injecter des fonds dans le système de santé afin de s'assurer que ce soutien sera mis en place avec efficacité.
- Les changements proposés au système de santé doivent être apportés de pair avec des ressources humaines et budgétaires adéquates. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent investir dans le système de santé afin de veiller à ce qu'on dispose de ces ressources.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent appuyer diverses administrations et divers intervenants du système de santé en vue de l'élaboration de modèles de planification des RHS qui sont axés sur les compétences et qui comprennent plusieurs types de prestataires de services. De plus, ils doivent communiquer ces résultats aux différentes administrations.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent appuyer les chercheurs et les autres intervenants du système de santé afin d'harmoniser et de recueillir des données sur la planification des RHS au niveau provincial et/ou territorial, en vue d'une comparaison avec d'autres provinces, territoires et régions du Canada.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent participer à la conception de modèles qui fournissent des données et des renseignements fiables en vue d'une prise de décisions sur les RHS. Plus particulièrement, on doit disposer de modèles de mesure et de surveillance de l'information qui peuvent orienter les décisions sur la composition adéquate de l'équipe de prestataires de services et le degré de compétences nécessaire.

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent appuyer la mise en place d'un centre d'information sur les expériences vécues au sein des régions au sujet de l'utilisation de modèles et de pratiques exemplaires se rapportant à la planification des RHS.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent s'efforcer de mettre en place une tribune qui réunit les employeurs, les responsables de la réglementation, les éducateurs et les bailleurs de fonds, afin de discuter de la planification des RHS multi-fournisseurs.
- Le processus fédéral-provincial-territorial d'examen des changements à la délivrance des titres de compétences créé par les ministres de la Santé est un bon point de départ pour s'assurer que les gouvernements évaluent correctement les changements proposés à la délivrance des titres de compétences. Toutefois, on doit rehausser ce processus d'examen en lui adjoignant des mesures de contrôle visant à garantir le respect de ce processus par les organes de réglementation et les établissements d'instruction.
- Pour veiller à ce que les besoins en formation correspondent à la situation de la prestation de services de santé, les changements proposés au processus de délivrance de titres de compétences doivent se faire de pair avec des consultations avec les employeurs des services de santé. De plus, ces changements doivent être approuvés par les employeurs avant d'être mis en œuvre.
- Pour composer efficacement avec la restructuration du système qui est nécessaire pour prendre en compte les changements à la délivrance des titres de compétences, les changements apportés à cette délivrance doivent être accompagnés d'un plan qui garantit un nombre suffisant de prestataires de services pendant la période de transition.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organes de réglementation doivent viser une délivrance de titres de compétences, pour les prestataires de services de santé réglementés, qui est normalisé pour toutes les provinces et les territoires.
- Les responsables de la réglementation doivent donner de la souplesse au processus de délivrance de titres de compétences afin de permettre aux employeurs d'embaucher des candidats qualifiés qui conviennent au milieu en question (par exemple les prestataires des régions rurales peuvent avoir besoin de qualification différentes des prestataires des autres régions).
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent s'efforcer de garantir une coordination au niveau pancanadien afin d'informer les intervenants du système de santé au sujet des changements quant à la délivrance des titres de compétence qui ont lieu dans les provinces et les territoires.
- Étant donné que les provinces ont la responsabilité du système d'éducation, on doit assurer une coordination au niveau pancanadien afin de cerner les besoins du système national de santé et les possibilités de collaboration dans la formation des prestataires de services de santé, particulièrement pour les professions de la santé dont la formation n'est offerte que dans un nombre restreint de provinces et territoires (par exemple les profusionistes).
- Puisque le changement doit être appuyé par un investissement adéquat, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent verser des fonds adéquats dans le système d'éducation afin de permettre les changements quant au nombre d'inscriptions et aux développements de l'infrastructure pour que ces changements soient approuvés.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent investir des sommes supplémentaire dans le système d'éducation afin d'augmenter le nombre d'inscriptions dans les professions de la santé et de revitaliser l'éducation et l'emploi dans le système de santé.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent reconnaître l'importance des stages cliniques ou pratiques (y compris des postes de résidence médicale) dans le processus d'éducation et effectuer un investissement afin de développer le système de santé afin qu'il puisse prendre en compte ces stages.

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent investir afin de disposer du personnel nécessaire pour assurer une supervision adéquate des étudiants qui prennent part aux stages cliniques ou pratiques.
- Les intervenants du système de santé et d'éducation doivent s'assurer que la formation et la gestion des étudiants qui prennent part aux stages cliniques ou pratiques est axée sur l'acquisition des compétences adéquates et nécessaires pour tout un éventail de milieux de prestation.
- Reconnaissant que les provinces ont la responsabilité de la réglementation des prestataires de services de santé, on doit assurer une coordination au niveau pancanadien afin de cerner les besoins en ce qui concerne les prestataires de services de santé qui ont reçu une formation à l'étranger et de déterminer l'investissement nécessaire pour permettre l'intégration de ces prestataires.
- Le gouvernement fédéral doit collaborer avec les partenaires du G8 afin de répondre aux besoins internes des prestataires de services de santé et de réduire la pression exercée quant à un recrutement dans des pays aux ressources insuffisantes.

Notes de fin

- i Institut canadien d'information sur la santé (2005), *Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005*.
- ii Institut canadien d'information sur la santé (2004), *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2004*.
- iii Ibidem.
- iv Institut canadien d'information sur la santé (2004), *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2004*.
- v Organisation mondiale de la santé (2006), *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*.
- vi Ibidem.
- vii Organisation de coopération et de développement économiques, données sur la santé 2006
- viii Ibidem.
- ix Institut canadien d'information sur la santé (2005), *Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005*.
- x Groupe d'intervention action santé (2006), *Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé*, mars 2006.
- x Institut canadien d'information sur la santé (2005), *Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005*.
- xi Baumann, Andrea, Linda O'Brien-Pallas, Marjorie Armstrong-Stassen, Jennifer Blythe, Rene Bourbonnais, Sheila Cameron, Diane Irvine Doran, Michael Kerr, Linda McGillis Hall, Michel V Zina, Michelle Butt et Leila Ryan (2001), *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients and the System*. Rapport technique final pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- xii Institut canadien d'information sur la santé (2005), *Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005*.
- xiii Pratt, D. (2000), « The Business Case for a Healthy Workplace » dans *Investing in Workplace Health*. Rapport final pour l'Institut de la santé, du travail et du mieux-être.
- xiv Institut canadien d'information sur la santé (2005), *Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005*.
- xv Priest, Alicia (2006), *Les mots qui affligent nos infirmières : Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Rapport final pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2006.
- xvi Stobert, Susan, Donna Dosman et Norah Keating (2006), *Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés, 2005*. Rapport final pour Statistique Canada, juillet 2006.
- xvii Inforoute Santé Canada et Conseil canadien de la santé (2006), *Au-delà des bonnes intentions : accélérer le dossier de santé électronique au Canada*. Résumé d'une conférence internationale qui a eu lieu en juillet 2006. Postl, Brian (2006), *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*. Rapport final pour le ministre fédéral canadien de la Santé, juin 2006. Morgan, Matthew (2004), « In Pursuit of a Safe Canadian Healthcare System », *Healthcare Papers* 5(3):10-27.
- xviii Baranek, Patricia (2005), *Tour d'horizon des champs d'exercice des professions de la santé au Canada : Une question d'équilibre*. Rapport final pour le Conseil canadien de la santé, novembre 2005.
- xix Nolte, Judith (2005), *Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires au Canada*. Rapport final pour l'Initiative d'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires.
- xx Baranek, Patricia (2005), *Tour d'horizon des champs d'exercice des professions de la santé au Canada : Une question d'équilibre*. Rapport final pour le Conseil canadien de la santé, novembre 2005.
- xxi Ibidem.
- xxii Association des hôpitaux de l'Ontario (2003), *Changing Entry-To-Practice Credentials for Regulated Health Professionals and Related Employer Issues*. Rapport final et recommandations du HRC Ad Hoc Credentialism Group, été 2003.
- xxiii Baranek, Patricia (2005), *Tour d'horizon des champs d'exercice des professions de la santé au Canada : Une question d'équilibre*. Rapport final pour le Conseil canadien de la santé, novembre 2005.
- xxiv Institut canadien d'information sur la santé (2005), *Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005*.
- xxv Ibidem.
- xxvi Association des hôpitaux de l'Ontario (2003), *Changing Entry-To-Practice Credentials for Regulated Health Professionals and Related Employer Issues*. Rapport final et recommandations du HRC Ad Hoc Credentialism Group, été 2003.
- xxvii Ibidem.
- xxviii Institut canadien d'information sur la santé (2006), *Soins de santé au Canada*.
- xxix Institut canadien d'information sur la santé (2005), *Les dispensateurs de soins au Canada : Graphiques 2005*.
- xxx Institut canadien d'information sur la santé (2006), *Soins de santé au Canada*.
- xxxi Ibidem.
- xxxii Ibidem.
- xxxiii Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières (2006), *La formation d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada : aperçu pour 2004*. Enquête nationale de 2004-2005 sur les effectifs étudiants et professoraux des écoles canadiennes des sciences infirmières.
- xxxiv Ibidem.
- xxxv Institut canadien d'information sur la santé (2006), *Soins de santé au Canada*.

xxxvi Ibidem.

xxxvii Conseil canadien de la santé (2005), *Moderniser la gestion des ressources humaines de la santé au Canada : déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement*. Rapport final d'un sommet national sur les ressources humaines en santé.