

Dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête. Par ailleurs, l'expression *infirmière autorisée* englobe les autres titres réservés « infirmière immatriculée » et « infirmière » également en vigueur dans des provinces ou territoires canadiens.

LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DE LA SANTÉ À L'ÉCHELLE NATIONALE

POSITION DE L'AIIC

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) croit qu'une planification réussie des ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada passe par un effort collectif et intégré entre les gouvernements (fédéral, provinciaux, territoriaux et régionaux), les professionnels de la santé, les formateurs, les organismes de réglementation, les employeurs et les syndicats et d'autres. L'AIIC croit de plus qu'une approche cohérente s'impose pour relier les nombreux moyens d'intervention stratégique — formation, emploi, main-d'œuvre et industrie, immigration, aspects sociaux, justice, économie et fiscalité — qui ont une incidence sur le cycle de carrière du professionnel de la santé.

Une planification efficace doit couvrir le continuum complet des soins, y compris la prévention de la maladie et la promotion de la santé, la santé publique, le dépistage, le diagnostic, les soins actifs (primaires, secondaires, tertiaires et quaternaires), la prise en charge des maladies chroniques, la réadaptation, les soins de longue durée, la survie et les soins palliatifs.

L'AIIC est d'avis qu'une planification efficace assure que les Canadiens reçoivent les bons services des bons fournisseurs au bon moment et au bon endroit. La planification doit viser à fournir à la population canadienne un accès opportun et fondé sur des besoins à des services de santé sécuritaires, centrés sur le patient, efficaces et de grande qualité.

Il faut continuer d'investir dans la création de données et l'établissement de liens, l'expertise technique et la recherche sur les ressources humaines de la santé pour améliorer la capacité du Canada de planifier efficacement les ressources humaines du secteur de la santé à l'échelle nationale.

L'AIIC recommande la mise en œuvre d'un cadre commun de planification des ressources humaines du secteur de la santé qui comporte les 10 éléments suivants :

1. **Planification fondée sur les besoins** — Les planificateurs doivent adopter une stratégie qui prévoit les besoins sanitaires actuels et nouveaux des personnes, des familles, des communautés et des populations dans le domaine de la santé, tels que déterminés par les facteurs démographiques, épidémiologiques, culturels et géographiques. À cette fin, il faudra :
 - une approche de soins centrée sur le patient;
 - un accent sur les besoins des personnes, des communautés et des populations défavorisées afin de réduire les disparités sanitaires et sociales et de promouvoir l'équité en santé;
 - une analyse approfondie des enquêtes sur les populations et des données épidémiologiques;
 - l'établissement de points de repère fondés sur les écarts entre les régions;
 - l'orientation, la mobilisation et la participation communautaires;
 - un accent particulier sur les régions rurales, éloignées et mal desservies;
 - une étude de la composition la plus appropriée des effectifs de professionnels de la santé à l'intérieur des disciplines et entre celles-ci.

-
2. **Collaboration entre les disciplines** — Les professions de la santé doivent communiquer entre elles et coordonner leurs efforts dans le meilleur intérêt du patient. Il faudra à cette fin :
 - la promotion de la formation et de la pratique concertées interprofessionnelles;
 - l'application d'un cadre réglementaire;
 - l'assurance-responsabilité civile appropriée pour toutes les professions;
 - le soutien des infrastructures pour la collaboration;
 - les modèles de financement qui appuient la collaboration;
 - l'optimisation de la contribution de chaque professionnel de la santé (qui exerce son plein champ d'exercice).
 3. **Reconnaissance du fait que la main-d'œuvre en santé constitue une ressource nationale** — Des modifications du chapitre 7 de l'*Accord sur le commerce intérieur* prévoient la pleine mobilité de la main-d'œuvre pour les professionnels de la santé désireux de déménager dans une autre province ou un autre territoire. On en fera la promotion par les moyens suivants :
 - l'adoption, par les professions de la santé, de normes nationales pour le permis d'exercice ou l'autorisation;
 - la reconnaissance des centres régionaux d'excellence en prestation des services de santé;
 - l'établissement d'une stratégie nationale d'éducation et de formation qui protège et favorise des normes d'éducation rigoureuses;
 - la formation, et la formation continue, des professionnels de la santé qui les dote des compétences dont ils ont besoin pour répondre aux besoins des populations dans le domaine de la santé.
 4. **Autosuffisance** — Le Canada doit viser une plus grande autosuffisance au niveau de l'éducation et de la formation des professionnels de la santé. On y parviendra par les moyens suivants :
 - l'amélioration des modèles de projection de la population active;
 - un nombre suffisant d'inscription et de stages cliniques pour les Canadiens inscrits à des programmes de formation en sciences de la santé;
 - une infrastructure adéquate et un personnel enseignant qualifié pour soutenir l'éducation, la formation continue et les programmes de remise à niveau ou de transition;
 - l'amélioration du taux de persévérance des étudiants;
 - l'appui de l'intégration pratique des diplômés de l'étranger qui sont résidents permanents ou citoyens du Canada.
 5. **Reconnaissance de l'environnement mondial** — Les professionnels de la santé travaillent dans un univers de plus en plus mondialisé sur les plans de l'échange d'information scientifique, de la reconnaissance mutuelle des titres et qualités entre pays et de la mobilité des ressources humaines. Il est possible d'optimiser ce facteur par les moyens suivants :
 - la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'Organisation mondiale de la Santé sur le recrutement international du personnel de la santé et de l'énoncé de position de l'AIIC sur le recrutement déontologique des infirmières;
 - l'application du cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger;
 - le maintien de normes rigoureuses de formation et d'enseignement;
 - la promotion et le soutien de stratégies de maintien en poste dans les pays en développement.



-
6. **Processus inclusifs de planification des politiques et de prise de décision** — La planification stratégique et la prise de décision pour les ressources humaines de la santé doivent mettre à contribution des représentants de toutes les parties prenantes, dont les gouvernements, les régies régionales de la santé, les associations professionnelles, les institutions d'enseignement, les organismes de réglementation, les syndicats et les consommateurs. Il faudra à cette fin :
- établir un moyen de coordonner la planification et les décisions concernant les ressources humaines de la santé;
 - inciter des représentants non gouvernementaux (y compris les prestataires de soins de santé) à participer aux initiatives d'élaboration de politiques du secteur public;
 - promouvoir la représentation des fournisseurs et des clients aux régies régionales de la santé et dans les entités de gouvernance des établissements.
7. **Politiques efficaces pour les ressources humaines** — Des stratégies intégrées devraient fournir aux professionnels de la santé des milieux de travail conçus pour optimiser le rendement, attirer et garder les talents, et réduire le gaspillage du temps et des habiletés du personnel. À cette fin, il faut plus précisément :
- établir des stratégies de recrutement qui tiennent compte de facteurs tant professionnels que personnels;
 - appliquer des stratégies intégrées de conservation du personnel;
 - gérer la main-d'œuvre multigénérationnelle;
 - optimiser le rendement des effectifs actuels (accroître la productivité);
 - effectuer des recherches sur les possibilités de rapatriement.
8. **Milieux de travail sains et sécuritaires** — La recherche a démontré l'importance des milieux de travail et des politiques sur des résultats favorables pour la santé. Les stratégies de soutien à la santé et à la sécurité comprennent les mesures suivantes :
- des stratégies fondées sur les pratiques exemplaires ou de pointe comme celles qu'ont définies l'initiative Qualité de vie au travail — Collaboration en matière de soins de santé de qualité et les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires établies par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario;
 - des programmes de formation;
 - la promotion d'un changement de culture afin d'encourager ceux qui ont besoin d'aide à en demander;
 - l'atténuation et la gestion de la fatigue des infirmières en rendant leur charge de travail sécuritaire;
 - l'élimination de la violence au travail;
 - un financement suffisant qui vise à prévenir les pratiques dangereuses;
 - des processus de responsabilisation permettant de suivre les résultats pour la santé et la sécurité.
9. **Équilibre entre la vie personnelle et professionnelle** — Les planificateurs doivent tenir compte du fait que la nouvelle génération de professionnels de la santé recherche un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle. Cela signifie qu'il faut essayer :
- d'instaurer un équilibre dans les programmes de formation;
 - de tirer des leçons de l'expérience à l'étranger;
 - de tenir compte de l'équilibre travail-vie et des caractéristiques du travail dans la planification de l'offre.



10. *Soutenir des pratiques exemplaires favorables* — Les professionnels de la santé doivent avoir accès aux ressources nécessaires pour se tenir au courant des progrès de la science et pour acquérir de nouvelles habiletés. Ils doivent aussi pouvoir, au cours de leur carrière, mettre ces habiletés en pratique pour relever de nouveaux défis. Il est possible d’y parvenir par :

- l’occasion de reprendre le travail et de recevoir de la formation de niveau avancé;
- le cheminement de la carrière et le perfectionnement;
- la formation continue et le perfectionnement professionnels;
- l’identification et le développement du leadership.

CONTEXTE

Depuis des années, le Canada a relevé des défis dans beaucoup de professions sur le plan des ressources humaines de la santé. En 2007, par exemple, il manquait presque 11 000 infirmières et infirmiers autorisés (inf. aut.) équivalents temps plein au Canada¹. De plus, si les besoins de la population canadienne dans le domaine de la santé suivent les tendances du passé et si l’on n’applique pas de nouvelles politiques, il manquera au Canada 60 000 infirmières et infirmiers autorisés équivalents temps plein en 2022. La même étude publiée par l’AIIIC a démontré que les effets combinés de six scénarios stratégiques suffiraient pour faire disparaître la pénurie d’infirmières et infirmiers autorisés en 15 ans. Ces politiques comprennent :

- la réduction de moitié de l’absentéisme chez les infirmières et infirmiers autorisés;
- la réduction du taux de départs des infirmières et infirmiers autorisés de 2 % chez ceux qui ont moins de 60 ans et de 10 % chez ceux qui en ont plus de 60;
- la réduction de l’attrition de 28 % à 15 % des programmes de formation d’infirmières et infirmiers autorisés au niveau débutant;
- l’augmentation de 1 000 inscriptions par année dans les programmes de formation en sciences infirmières;
- l’augmentation de 1 % (non cumulatif) de la productivité des effectifs infirmiers autorisés;
- la réduction de 50 % de l’immigration.

L’augmentation du nombre d’inscriptions dépend de nombreux facteurs, notamment du nombre suffisant du personnel enseignant qualifié en soins infirmiers. Les statistiques nationales de 2009-2010 sur le personnel enseignant indiquent que² :

- 32,4 % seulement des membres du corps professoral occupent un poste permanent;
- 53,5 % des membres du corps professoral permanent ont 50 ans ou plus;
- les écoles ont été incapables de doter 101 postes à temps plein, ce qui représente un taux de vacance de 4 %;
- 62,1 % des écoles considèrent la pénurie d’infirmières praticiennes et d’infirmières titulaires d’une maîtrise et d’un doctorat qui recherchent des postes universitaires comme un défi, ce qui limite leur capacité à recruter de nouveaux membres du corps professoral.

¹ (Tomblin et coll., 2009)

² (Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières, 2012)



La planification des effectifs des services de santé relève principalement de chaque province et territoire et a toujours été caractérisée par plusieurs tendances clés :

- l'attention a été focalisée sur la planification du côté de l'offre, compte tenu de l'utilisation antérieure qui considère les professionnels de la santé comme des coûts pour l'économie;
- les stratégies de planification ont traité les groupes de professionnels de la santé isolément les uns des autres;
- la planification repose sur les modèles traditionnels de prestation des services;
- la collaboration insuffisante entre le système d'éducation et celui de la santé³.

En 2003, dans le cadre de l'Accord sur la santé, les premiers ministres ont déclaré que des stratégies de collaboration viseraient à renforcer les données servant à la planification nationale, à promouvoir la formation interdisciplinaire des fournisseurs, à améliorer le recrutement et le maintien en poste et à garantir l'offre des fournisseurs de soins de santé nécessaires.

En 2004, dans le contexte du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, les premiers ministres ont convenu de continuer d'accélérer leur travail sur des plans d'action ou des initiatives portant sur les RHS afin de garantir que l'offre d'effectifs de la santé serait suffisante et que la composition en serait appropriée.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont tournés de plus en plus vers le recrutement de professionnels de la santé formés à l'étranger comme stratégie à suivre pour résoudre la pénurie de professionnels de la santé. Cette stratégie a attiré l'attention de beaucoup d'intervenants et a provoqué des appels, tant au Canada qu'à l'étranger, en faveur d'une stratégie d'origine canadienne et du recrutement conforme à l'éthique^{4, 5}. En 2009, le Forum des ministres du marché du travail a publié *Un cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger* afin d'aider les immigrants à utiliser leurs habiletés et leur expérience au maximum sur le marché du travail canadien⁶.

En octobre 2005, les dirigeants de 10 organismes nationaux du secteur de la santé ont établi avec plus de 45 experts des soins de santé un partenariat pour créer un cadre et une stratégie d'intervention fondés sur des données probantes afin d'assainir les milieux de travail publics du secteur de la santé au Canada et d'améliorer la qualité des soins fournis⁷. Les membres du projet sur la Qualité de vie au travail et les soins de santé de qualité (QVTSSQ) ont reconnu que beaucoup de milieux de travail du secteur des soins de santé sont malsains, que les fournisseurs précieux de soins de santé ont de la difficulté et que la qualité des soins fournis aux patients est menacée. La Coalition est d'avis qu'il est inacceptable de financer, de gouverner ou de diriger des établissements malsains tout autant que d'y travailler ou d'y recevoir des soins. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a effectué aussi d'autres travaux afin d'élaborer des lignes directrices pour la pratique exemplaire dans des milieux de travail sains⁸.

³ (Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, 2007)

⁴ (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2007)

⁵ (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2010)

⁶ (Forum des ministres du marché du travail, 2009)

⁷ (Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité, 2007)

⁸ (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006-2012)



En moyenne, les travailleurs de la santé sont plus susceptibles que ceux d'autres secteurs de s'absenter du travail pour cause de maladie ou d'incapacité et de le faire pendant plus de jours⁹. La recherche confirme de plus en plus le lien entre un mauvais état de santé et le contexte général des milieux et des conditions de travail de nos prestataires de soins de santé¹⁰. Au cours d'une étude réalisée en 2010 sur la fatigue des infirmières et infirmiers, ces derniers ont déclaré que des patients se trouvaient dans des situations qui peuvent être dangereuses à cause de la charge de travail, des effectifs insuffisants et du personnel infirmier qui travaille fatigué — résultats corroborés par les publications¹¹. Le rapport présente des recommandations afin d'atténuer et de gérer la fatigue chez les infirmières et infirmiers et de promouvoir la sécurité des patients.

En 2005, l'AIIC et l'Association médicale canadienne ont publié un rapport intitulé *Pour un cadre pancanadien de planification des ressources humaines du secteur de la santé*, qui présentait pour discussion 10 principes fondamentaux et des orientations stratégiques connexes¹². Ce document a éclairé une publication dévoilée en 2007 par le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH), soit *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont approuvé¹³. Le cadre vise à faciliter l'amélioration des partenariats entre le gouvernement et les parties prenantes et à créer un argumentaire pour la planification pancanadienne concertée. Dans son cadre, le Comité consultatif définit les défis et les priorités sur le plan des interventions concertées et décrit des interventions coordonnées précises et concrètes que les administrations peuvent entreprendre pour stabiliser davantage les effectifs de la santé et les rendre plus efficaces.

Au cours de son examen, prescrit par la loi, de l'évolution de la mise en œuvre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a malheureusement constaté que les plans relatifs aux RHS de quatre provinces et territoires seulement incluaient les besoins de la population dans le domaine de la santé et quatre seulement établissaient un lien entre leurs objectifs et le cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle nationale rédigé par l'AIIC et l'AMC¹⁴. Le Comité a conclu que le cadre fédéral-provincial-territorial ne reçoit pas des parties prenantes l'attention et le soutien dont il a besoin pour réussir.

Dans une étude réalisée ensuite en 2010, le comité permanent signale que le CCPSSRH devra peut-être redoubler d'efforts pour assurer que le cadre reçoit à la fois des gouvernements et des parties prenantes le soutien nécessaire à sa mise en œuvre¹⁵. Le comité a en outre signalé que ni la Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines de la santé de Santé Canada, ni le cadre du CCPSSRH ne sont liés à des objectifs concrets pour ce qui est d'augmenter l'offre de professionnels de la santé au Canada. Dans son rapport, le comité formule des recommandations à ce sujet.

En 2009, tous les gouvernements ont approuvé des modifications du chapitre 7 de l'*Accord sur le commerce intérieur* afin d'instaurer la pleine mobilité de la main-d'œuvre au Canada pour les travailleurs des professions et des métiers réglementés.

⁹ (Shields et Wilkins, 2006)

¹⁰ Ibid.

¹¹ (Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010)

¹² (Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association médicale canadienne, 2005)

¹³ Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines)

¹⁴ (Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 2008)

¹⁵ (Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 2010)



Des rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux ont insisté sur la nécessité de s'attaquer à la sous-utilisation des connaissances théoriques et pratiques des professionnels et sur l'emploi le plus efficace possible de chaque membre des équipes multidisciplinaires. Il faut comprendre le caractère unique et le chevauchement sur les plans à la fois de l'étendue et du contexte de pratique si nous voulons concevoir du travail qui permet d'utiliser au mieux les connaissances théoriques et pratiques des professionnels tout en maintenant et en améliorant la satisfaction des fournisseurs et les résultats pour les patients^{16, 17}. En collaboration avec le Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et les Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada, l'AIIC a publié récemment le *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité* (2012), document de référence détaillé et éclairé par des données probantes qui présente une démarche systématique de la prise de décision pour la composition du personnel et qui peut servir dans tous les contextes cliniques¹⁸.

Outre les enjeux liés au champ d'exercice, la collaboration est essentielle à la planification des RHS. L'étendue et la complexité des facteurs qui jouent sur la santé et les problèmes de santé obligent les prestataires d'un vaste éventail de professions de la santé à conjuguer leurs efforts¹⁹.

*Approuvé par le conseil d'administration de l'AIIC
mars 2012*

Références :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006-2012). *Programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire des soins infirmiers*. Toronto : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2012). *Statistiques sur l'éducation des infirmières autorisées au Canada 2009-2010*. Ottawa : auteurs.

Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association médicale canadienne. (2005). *Pour un cadre pancanadien de planification des ressources humaines du secteur de la santé : livre vert*. Ottawa : auteurs.

Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). *La fatigue des infirmières et la sécurité des patients*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada. (2012). *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité*. Ottawa : auteurs.

¹⁶ (AIIC, 2003a)

¹⁷ (AIIC, 2003b)

¹⁸ (Association des infirmières et infirmiers du Canada, Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada, 2012)

¹⁹ (AIIC, 2011)



-
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003a). *Décisions sur la dotation en personnel pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003b). *Champ d'exercice*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). *Le recrutement déontologique des infirmières*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *La collaboration interprofessionnelle*. Ottawa : auteur.
- Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. (2007). *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. Ottawa : auteur.
- Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2008). *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Ottawa : auteur.
- Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2010). *Promouvoir des solutions novatrices pour relever les défis des ressources humaines en santé*. Ottawa : auteur.
- Forum des ministres du marché du travail. (2009). *Un cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger*. Ottawa : auteur.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*. Genève : auteur.
- Projet Qualité de vie au travail — Collaboration en matière de soins de santé. (2007). *À notre portée : une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- Shields, M et Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, Résultats*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Tomblin Murphy, G., Birch, G., Alder, R., MacKenzie, A., Lethbridge, L., Little, L. et Cook, A. (2009). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.

EP-118

