Ce contenu a été archivé le 24 juin 2013.

Information archivée dans le Web

Information archivée dans le Web à des fins de consultation, de recherche ou de tenue de documents. Cette dernière n'a aucunement été modifiée ni mise à jour depuis sa date de mise en archive. Les pages archivées dans le Web ne sont pas assujetties aux normes qui s'appliquent aux sites Web du gouvernement du Canada. Conformément à la Politique de communication du gouvernement du Canada, vous pouvez demander de recevoir cette information dans tout autre format de rechange à la page « Contactez-nous ».

Health Canada Santé Canada

Rapport de vérification définitif

Vérification des soins primaires
Services infirmiers

Octobre 2010

Table des matières

Sommaire ..... **ii**

Introduction **1**

Contexte 1
Objectif 2
Portée et méthode 2

Constatations, recommandations, et réponses de la direction **5**

Gouvernance **5**
Planification stratégique **8**
Gestion des risques **10**
Recrutement et rétention du personnel 11
Formation 13
Intervention en cas d'incidents 16
Accréditation 18
Mesure des résultats et du rendement **20**
Conclusion **22**

Annexe **24**

Annexe 1 : Secteurs d'intérêt et critères de vérification 24

Version traduite. La version anglaise de ce rapport doit prévaloir en cas d'incohérence.

Sommaire

Les membres des Premières Nations et les Inuits reçoivent des services de santé par l'intermédiaire d'une combinaison unique de programmes et de services dirigés par les gouvernements fédéral et provinciaux et par les Premières Nations elles-mêmes. La vérification s'est concentrée sur les services infirmiers en soins primaires qui sont administrés par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à Ottawa et dispensés sur le terrain par la Direction générale des régions et des programmes. Les activités de programme ont été examinées dans les deux plus vastes régions, à savoir le Manitoba et l'Ontario, où se trouvent la majorité des 57 postes de soins infirmiers du Canada qui sont sous le contrôle direct de Santé Canada.

L'objectif de la vérification était d'évaluer le cadre de contrôle de la gestion en place pour la fourniture des services infirmiers en soins primaires, sur le plan de la gouvernance, de la planification stratégique, de la gestion des risques, de la mesure des résultats et du rendement. La vérification a été réalisée conformément aux *Normes relatives à la vérification interne au sein du gouvernement du Canada*. Les vérificateurs ont examiné suffisamment d'éléments probants pertinents et recueilli l'information et les explications suffisantes pour donner un niveau d'assurance raisonnable à l'appui de leurs conclusions.

Les deux directions générales compétentes doivent élaborer un modèle de services intégré afin de mieux répondre aux besoins des collectivités de Premières Nations. Pour ce faire, il faut intégrer l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la réadaptation menés dans le cadre des soins primaires avec les activités de prévention, de préparation, de protection et de promotion menées au titre de la santé publique.

Chaque année, les régions font état d'un déficit de fonctionnement. L'an dernier, ce déficit était de 13,6 millions de dollars en Ontario et de 13,7 millions au Manitoba. Ces déficits sont largement dus aux coûts liés aux heures supplémentaires et au recours à des infirmiers contractuels du secteur privé. Le programme de services infirmiers en soins primaires gagnerait en durabilité si son mode de financement reposait sur les besoins spécifiques en soins primaires des populations desservies. Ce financement devrait être suffisamment élevé pour permettre la réalisation des objectifs.

Le Ministère a cerné et évalué avec succès les risques liés au programme de services infirmiers en soins primaires. Cependant, une approche ponctuelle a été utilisée pour aborder les principaux risques, en particulier dans les domaines du recrutement, de la rétention du personnel, de la formation, de l'intervention en cas d'incidents et de l'accréditation. Les infirmiers et les gestionnaires se sont montrés très positifs à l'égard des mesures prises concernant le programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique.

À ce jour, aucun critère précis et mesurable n'a été défini pour l'objectif global assigné aux soins primaires, qui est de fournir aux Premières Nations et aux Inuits *« un accès à des services présentant la même qualité et la même disponibilité que ceux proposés au reste de la population résidant dans des zones géographiques similaires »*. Les résultats fixés pour les services infirmiers en soins primaires ne sont pas adéquatement mesurés et ne sont pas clairement rattachés à cet objectif. Il existe également des défaillances dans la collecte, l'analyse et la présentation de l'information sur le rendement.

Dans une étude de 2009, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves se montraient critiques à l'égard de la qualité générale des soins de santé dispensés dans leur collectivité. Cependant, ils étaient en grande majorité satisfaits de la qualité des services de santé qu'ils avaient reçus personnellement. Cette satisfaction découle essentiellement du dévouement du personnel infirmier, qui exerce dans des conditions de travail difficiles dans les collectivités isolées.

La direction a approuvé, par l'intermédiaire d'un plan d'action, les sept recommandations qui serviront à renforcer le cadre de contrôle de la gestion pour la fourniture des services infirmiers en soins primaires.

Introduction

Contexte

Les membres des Premières Nations et les Inuits reçoivent des services de santé par l'intermédiaire d'une combinaison unique de programmes et de services dirigés par les gouvernements fédéral et provinciaux et par les Premières Nations elles-mêmes. Santé Canada s'est associé aux collectivités des Premières Nations et des Inuits ainsi qu'aux gouvernements provinciaux et territoriaux pour appuyer une vision à long terme reposant sur l'amélioration de l'accès aux services de santé grâce à une plus grande intégration et à une meilleure adaptation.

Presque les trois quarts des 680 collectivités des Premières Nations et des Inuits, où les politiques en vigueur autorisent une certaine forme d'« autonomie en santé », sont à présent desservies par des organisations autochtones. Ainsi, Santé Canada a signé des accords de transfert ou des accords intégrés en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Québec, dans les provinces de l'Atlantique et dans les Territoires. Généralement, on trouve ces accords dans les régions qui ont des capacités plus développées et un meilleur accès à d'autres sources de services de santé.

Le modèle de prestation des soins primaires de Santé Canada, qui inclut les services de soins primaires et ceux de santé publique, continue à évoluer. En plus de recourir à des accords de transfert et à des accords intégrés, le Ministère poursuit activement la prestation des services dans le cadre d'accords tripartites qui donneront aux collectivités de Premières Nations un plus grand contrôle sur les services de santé. Bien qu'il mette en œuvre des accords, il garde la volonté et l'obligation de fournir des soins primaires de qualité dans les postes de soins infirmiers restant sous son contrôle. Ainsi, le Manitoba et l'Ontario continuent à dépendre de Santé Canada pour la prestation de services dans les régions éloignées et isolées, en raison de problèmes de capacités et de facteurs géographiques (par exemple, l'absence de route d'accès) nécessitant une présence fédérale qui n'est pas aussi marquée dans d'autres provinces.

Les services infirmiers en soins primaires constituent le premier point de contact dans le système de santé. Dans le modèle actuel de prestation de services des postes de soins infirmiers, les infirmiers autorisés (ci-après les infirmiers) se chargent de l'évaluation initiale ou du triage des clients en fonction de leurs besoins en soins. En partenariat avec leur client, ils décident de lancer des services de manière autonome, avec un autre fournisseur de soins de santé, ou peuvent aiguiller le cas vers le système de santé provincial. Ils évaluent l'état de santé du client, établissent si le besoin en soins est urgent ou non et décident des mesures nécessaires à prendre. Les soins aux malades en phase critique, les soins de première urgence et les soins urgents requièrent un traitement immédiat du client blessé ou malade. Les soins de ce genre sont notamment dispensés en cas de menace immédiate pour la vie ou pour une fonction ou lorsqu'il s'agit d'une maladie ou d'un trauma aigus. Ils sont fournis en concertation avec un médecin et sont régis par les guides de pratique clinique pour les Premières Nations et les Inuits. Ils

concernent souvent des cas nécessitant l'obtention et la coordination d'un transport sanitaire si l'intervention d'une équipe médicale plus spécialisée est nécessaire. Les services de soins non urgents concernent notamment les soins de santé préventifs; les évaluations épisodiques de l'état de santé; la définition du problème; le choix des solutions de traitement; la coordination des soins familiaux et le suivi; et la fourniture de services de consultation et d'aiguillage avec d'autres fournisseurs et établissements de soins de santé.

Les postes de soins infirmiers, gérés par Santé Canada, fournissent un accès à des services infirmiers en soins primaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept et, parfois, dans certaines collectivités, 24 heures sur 24, cinq jours sur sept. Ces cinq dernières années, (2005–2006 à 2009–2010) les coûts annuels relatifs aux services infirmiers en soins primaires sont passés de 81,7 millions à 102 millions, essentiellement en raison d'une hausse des dépenses liées aux infirmiers contractuels.

Objectif

L'objectif de la vérification était d'évaluer le cadre de contrôle de la gestion en place pour la fourniture des services infirmiers en soins primaires, sur le plan de la gouvernance, de la planification stratégique, de la gestion des risques, et de la mesure des résultats et du rendement.

Portée et méthode

La vérification a été menée par le Bureau de la vérification et de la responsabilisation, conformément au *Plan de vérification axé sur les risques de Santé Canada – 2008-2009.* Elle a été réalisée en respectant les *Normes relatives à la vérification interne au sein du gouvernement du Canada*. Les vérificateurs ont examiné suffisamment d'éléments probants pertinents et recueilli l'information et les explications suffisantes pour donner un niveau d'assurance raisonnable à l'appui de leurs conclusions.

La vérification a porté essentiellement sur les services infirmiers en soins primaires qui sont administrés par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Direction des soins de santé primaires et de la santé publique et Bureau des services de soins infirmiers) à Ottawa et dispensés sur le terrain par la Direction générale des régions et des programmes. Les activités de programme ont été examinées dans les deux plus vastes régions, à savoir le Manitoba et l'Ontario, où se trouvent la majorité des 57 postes de soins infirmiers du Canada qui sont sous le contrôle direct du Ministère : 21 au Manitoba et 19 en Ontario, dans la zone de Sioux Lookout (l'une des quatre zones de l'Ontario). Des visites sur place ont eu lieu dans les bureaux régionaux de l'Ontario et du Manitoba et dans les postes de soins infirmiers de Pikangikum et de Sachigo Lake en Ontario, et de Cross Lake et d'Oxford House au Manitoba.

Les vérificateurs n'ont pas vérifié le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits, qui fait partie d'une approche

intégrée en matière de santé, car celui-ci avait fait l'objet d'un examen en trois phases entre 2004 et 2009. Le travail de vérification n'a pas porté sur les Territoires, puisqu'en 1997 le Ministère a effectué un transfert des hôpitaux, des installations et des services de santé universels aux territoires respectifs dans le cadre d'accords de transfert. Ont aussi été exclus de cette vérification les infirmiers de tierce partie exerçant dans le cadre d'un accord de transfert ou de contribution avec les Premières Nations, ainsi que les deux hôpitaux de Santé Canada qui sont financés séparément.

Les critères de vérification sont tirés de *Contrôles de gestion fondamentaux : un guide pour les vérificateurs internes* du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Ils ont été discutés et approuvés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et par les régions de l'Ontario et du Manitoba.

Constatations, recommandations, et réponses de la direction

Gouvernance

Critère de vérification

Les pouvoirs, les responsabilités et les obligations redditionnelles sont clairement énoncés et communiqués.

La prestation des services infirmiers en soins primaires est une responsabilité partagée entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la Direction générale des régions et des programmes. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est chargée au niveau national des cadres de programme, du financement, de la répartition des fonds, de la coordination, de la communication, de la surveillance, de l'analyse des données, du compte rendu et de l'évaluation. Elle fournit également des conseils et des directives sur la prestation du programme. Le Bureau des services de soins infirmiers est une division de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Il donne une perspective nationale en matière de soins infirmiers en menant des initiatives, en élaborant des normes, en tenant à jour les politiques et les lignes directrices et en surveillant les progrès accomplis par rapport aux objectifs.

En 2008, Santé Canada a fait l'objet d'un processus de remaniement. Dans le cadre de ce processus, la Direction générale des régions et des programmes a été créée et chargée de la fourniture en première ligne des services infirmiers en soins primaires grâce aux postes de soins infirmiers et à des activités à l'échelle des zones ou des régions. La nouvelle structure hiérarchique a été documentée et la Direction générale des régions et des programmes a établi que le renforcement des partenariats stratégiques serait un secteur d'intervention privilégié pour 2009-2012. Il s'agira notamment de définir, établir et communiquer les rôles et les responsabilités des partenaires et des clients. De plus, dans les plans opérationnels qu'elles ont préparés, la Direction générale des régions et des programmes et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ont recensé les risques liés à la capacité de contrôler la prestation des programmes et des services dans le cadre du modèle décentralisé en vigueur. Pour respecter les obligations redditionnelles, les rôles et les responsabilités doivent être clairement définis et rattachés à des objectifs de rendement.

L'architecture des activités de programmes est un répertoire de l'ensemble des activités et des programmes menés par un ministère ou un organisme. Elle regroupe les programmes et les activités connexes et établit des liens logiques entre ceux-ci et les résultats stratégiques de l'organisation. Selon un examen de l'architecture des activités de programmes de Santé Canada, plusieurs activités visent à améliorer les résultats pour la santé et à réduire les inégalités de santé entre les membres des Premières Nations et les Inuits et le reste de la population canadienne. Les services infirmiers en soins primaires

font partie d'un plus vaste modèle de prestation proposant des programmes et des services de santé aux collectivités des Premières Nations et des Inuits. De nombreux programmes se chevauchant doivent donc être clarifiés afin que la structure de programme reflète la manière dont les programmes de soins primaires sont dispensés dans les faits.

Concernant les programmes de soins primaires, le Ministère expérimente différents modèles de soins. La *Stratégie nationale d'innovation en soins infirmiers (2008-2013)* fournit aux régions des investissements sur une période de cinq ans afin d'examiner de nouveaux modèles de soins et de lancer des projets pilotes dans des collectivités de Premières Nations éloignées et isolées. Cette stratégie comprend quatre types de projets : la mise en place d'équipes de soins en collaboration; l'intégration des soins infirmiers et de la technologie; l'introduction de nouveaux horaires d'ouverture dans des postes de soins infirmiers fonctionnant 24 heures sur 24 et sept jours sur sept; et un programme national d'éducation. Elle vise à améliorer l'accessibilité et la qualité des services infirmiers en soins primaires et mobilise la Direction générale des régions et des programmes, les services infirmiers régionaux, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – Programme de soins à domicile et en milieu communautaire et Bureau des services infirmiers.

Pour être plus précis, au Manitoba, les investissements ciblent les projets pilotes d'équipe de soins en collaboration comportant l'introduction d'infirmiers auxiliaires autorisés, d'infirmiers en santé mentale, d'infirmiers de la santé publique, de coordonnateurs de la télésanté et d'administrateurs de poste de soins infirmiers dans trois des plus grands postes de soins infirmiers, tandis qu'en Ontario, les projets pilotes portent sur l'introduction d'infirmiers auxiliaires autorisés, d'infirmiers praticiens et de techniciens de laboratoire ou en radiologie dans quatre grandes collectivités. À ce jour, la stratégie a permis d'appuyer 38 projets pilotes dans toutes les régions de Santé Canada pour les quatre types de projets. Le but de ces projets pilotes est d'examiner l'incidence de l'utilisation de différentes habiletés et compétences sur la prestation de soins primaires.

Les projets pilotes constituent certes une étape positive, mais il faut élaborer un modèle de services intégré entre les deux directions générales afin de mieux répondre aux besoins des collectivités de Premières Nations. Pour ce faire, il faut intégrer l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la réadaptation menés dans le cadre des soins primaires avec les activités de prévention, de préparation, de protection et de promotion menées au titre de la santé publique. Il a été démontré que des mesures préventives précoces visant à traiter les problèmes de santé des Autochtones pouvaient atténuer tant les besoins en matière de soins primaires que les problèmes de santé à long terme.

Les rôles et les responsabilités entre les deux directions générales doivent être plus clairement définis. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits crée présentement une nouvelle orientation stratégique des soins primaires, cependant, celle-ci n'a pas encore terminé le travail et l'implication de la Direction générale des régions et des programmes au sein de cette initiative n'est pas claire.

Recommandation 1

Il est recommandé que la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes élaborent un modèle intégré qui joindrait les soins de santé primaires et les services de la santé publique. Ce modèle devrait établir un cadre redditionnel clair en ce qui trait aux produits livrables.

Réponse de la direction

Dans le cadre de cette structure globale, la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes conviennent que, dans certains domaines, il faut encore clarifier les rôles et les responsabilités. En particulier, concernant le recrutement et la rétention du personnel en soins primaires, la répartition des rôles et des responsabilités entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, la Direction générale des régions et des programmes et la Direction générale des services de gestion n'est pas claire. Des mesures seront prises pour apporter les éclaircissements nécessaires et les communiquer au personnel.

En ce qui concerne le modèle intégré de soins primaires, la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits convient que l'utilisation d'un modèle intégrant la gamme de services de soins primaires et de santé publique est la meilleure approche pour fournir aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves les services nécessaires pour préserver et améliorer leur santé. Cette approche sera mieux reflétée dans la révision de l'architecture des activités de programmes et des attributions de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits qui est en cours.

Comme il est indiqué dans le rapport de vérification, des travaux pilotes sont en cours dans le cadre de la Stratégie nationale d'innovation en soins infirmiers et d'autres initiatives afin d'examiner de nouveaux modèles de soins et d'améliorer les services de soins primaires dans les collectivités. Dans un contexte où les ressources sont limitées et où, dans de nombreuses collectivités, certains éléments des services de soins primaires sont fournis par les Premières Nations elles-mêmes dans le cadre d'un modèle décentralisé, les travaux se poursuivront pour élaborer et mettre en œuvre un modèle intégré de soins primaires.

Planification stratégique

Critère de vérification

Le Ministère possède des plans opérationnels visant à atteindre des objectifs stratégiques dans le domaine des services infirmiers en soins primaires.

Un plan opérationnel décrit des moyens à court terme de franchir des étapes clés et explique la manière dont tout ou partie d'un plan stratégique sera appliqué au cours d'un exercice financier donné. Il sert de base et de justification à une demande de budget de fonctionnement pour un exercice donné. À chaque exercice, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la Direction générale des régions et des programmes préparent des plans opérationnels comprenant des activités liées à la prestation des soins primaires. Bien que ces plans incluent les diverses activités pour la prestation des services infirmiers en soins primaires, celles-ci doivent être mieux intégrées.

L'objectif actuel des soins primaires est de fournir aux Premières Nations et aux Inuits *« un accès à des services présentant la même qualité et la même disponibilité que ceux proposés au reste de la population résidant dans des zones géographiques similaires »*. Cependant, il n'existe pas de données comparatives sur la qualité et la disponibilité des services dans les zones géographiques similaires auxquelles se référer pour la prestation des services. Il est donc difficile de tirer une conclusion précise sur l'atteinte de l'objectif. Par exemple, les directions générales n'ont pas été en mesure de fournir une analyse de la charge de travail pour démontrer le lien entre le nombre d'infirmiers et autres fournisseurs de soins de santé dans les postes de soins infirmiers et les changements au fil du temps des besoins en matière de santé de la population desservie. De plus, aucune analyse n'a été menée en vue d'établir si les professionnels sont présents en nombre suffisant et dans les proportions adéquates pour répondre aux besoins de chaque collectivité desservie, ou de justifier les objectifs opérationnels du programme.

Le financement est un deuxième facteur influençant la planification générale de la fourniture des soins primaires. La vérification a particulièrement porté sur les documents de planification et les documents budgétaires des régions de l'Ontario et du Manitoba étant donné que celles-ci représentent le plus grand nombre d'utilisateurs et les dépenses les plus élevées pour les services infirmiers en soins primaires. Chaque année, les régions font état d'un déficit de fonctionnement. L'an dernier, ce déficit s'élevait à 13,6 millions de dollars en Ontario et à 13,7 millions au Manitoba.

Comme l'a confirmé la direction, le déficit est principalement dû à la différence entre les heures d'ouverture « prévues » des postes de soins infirmiers et les heures d'ouverture « réelles ». Plusieurs documents ministériels indiquent que les services sont fournis sept jours sur sept, et 24 heures sur 24, tandis que le budget régional se fonde sur un modèle de cinq jours sur sept, avec des heures d'ouverture normales. Cette situation génère des

heures supplémentaires et un surcroît des dépenses liées aux contrats des infirmiers du secteur privé qui ne sont pas dûment pris en compte dans les documents de planification et les documents budgétaires. Le coût annuel des heures supplémentaires en Ontario et au Manitoba est resté relativement élevé et constant, avoisinant les neuf millions de dollars, tandis que le coût annuel des infirmiers contractuels a plus que doublé ces trois dernières années, passant de 10 millions de dollars à presque 24 millions.

Le programme de services infirmiers en soins primaires gagnerait en durabilité si son mode de financement reposait sur les besoins spécifiques en soins primaires des populations desservies. Ce financement devrait être suffisamment élevé pour permettre la réalisation des objectifs.

Recommandation 2

Il est recommandé que la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes élaborent un plan opérationnel contenant des objectifs mesurables qui sont alignés sur un budget tenant mieux compte des coûts réels de la prestation des services infirmiers.

Réponse de la direction

La sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes conviennent qu'il faut continuer à travailler afin de mieux établir les objectifs mesurables concernant les services infirmiers en soins primaires. Une analyse sera menée en vue de définir les normes de service et les niveaux de ressources appropriés, en tenant compte de ce qui est fourni au reste de la population canadienne et de la situation particulière des collectivités de Premières Nations éloignées et isolées. Cette analyse viendra éclairer l'élaboration d'un nouveau modèle de soins cliniques centrés sur le client, y compris l'énoncé de normes et d'objectifs mesurables (cet aspect sera abordé plus en détail dans la réponse à la recommandation 7). Ce modèle servira de base pour repérer les écarts entre les normes définies et les services effectivement fournis dans les collectivités éloignées et isolées.

Les leçons apprises des projets pilotes d'innovation en soins infirmiers mentionnés dans la réponse à la recommandation 1 et l'analyse des normes de service et des lacunes opérationnelles serviront à affiner le nouveau modèle de soins cliniques centrés sur le client. Cela permettra de clarifier tout dossier soumis afin d'obtenir le financement permanent nécessaire pour mettre en œuvre efficacement le modèle.

Comme il est indiqué dans le rapport, un budget de base annuel ne répond pas aux exigences opérationnelles. Le Ministère essaie donc depuis un certain nombre d'années de résoudre le problème en demandant une hausse permanente de son niveau de financement. Les financements obtenus dans les budgets successifs sont limités dans le

temps, ce qui entrave l'élaboration des plans opérationnels et la répartition des fonds reposant sur les besoins croissants en matière de services. Les efforts visant à obtenir un financement permanent pour résorber le déficit des services de soins primaires se poursuivront.

Gestion des risques

Critère de vérification

Les directions générales recensent, évaluent et répondent aux risques liés à la fourniture de soins primaires qui pourraient entraver l'atteinte des objectifs du programme.

La gestion des risques est un processus systématique qui comprend des pratiques et des procédures visant à recenser et à gérer les risques. Les gestionnaires connaissent depuis longtemps les principaux risques liés à la fourniture de services infirmiers en soins primaires.

La pénurie nationale d'infirmiers fait partie des nombreux risques persistants. Elle continuera probablement à exercer une pression importante sur le mandat consistant à fournir des services infirmiers en soins primaires aux Premières Nations, particulièrement dans les collectivités éloignées et isolées du Nord. Ce risque a également été cité dans les documents de planification des directions générales et des régions. En 2009, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a présenté au *Conseil de la haute direction* les risques et les difficultés liés aux soins infirmiers. Il a été noté que la pénurie d'infirmiers est un risque global qui a un lien direct avec le recrutement, la rétention et la formation des infirmiers ainsi qu'avec les restrictions budgétaires.

De plus, la Direction générale des services de gestion et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits ont réalisé devant le comité de gestion des services en ressources humaines une présentation conjointe sur les incidences associées aux soins infirmiers dans les collectivités éloignées et isolées. Ces incidences sont notamment une diminution de la qualité et de la continuité des soins et les risques professionnels et judiciaires. En effet, les infirmiers exerçant dans ces collectivités ont généralement besoin d'un champ d'activité plus vaste. Les deux directions générales ont aussi décrit les incidences négatives pour les efforts de prévention et de promotion de la santé à plus long terme. Enfin, elles ont souligné l'utilisation accrue d'infirmiers contractuels d'agence, qui possèdent des niveaux de compétences variables, qui sont plus coûteux et qui peuvent avoir une incidence négative sur la continuité des soins.

Le Ministère et les directions générales compétentes ont manifestement réussi à recenser et à évaluer les risques liés au programme de services infirmiers en soins primaires. S'il est vrai que les gestionnaires, à tous les niveaux, ont recensé et évalué les risques pour le programme, une approche ponctuelle a été utilisée pour aborder les principaux risques, en particulier dans les domaines du recrutement, de la rétention du personnel, de la formation, de l'intervention en cas d'incidents et de l'accréditation. Toutefois, les

infirmiers et les gestionnaires se sont montrés très positifs à l'égard des mesures prises concernant le programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique.

Recrutement et rétention du personnel

Les recherches sur le recrutement et la rétention du personnel montrent que les gens ont tendance à accepter un emploi et à le conserver plus longtemps s'ils se sentent appréciés et peuvent s'épanouir sur le plan professionnel et personnel. La capacité à attirer et à retenir les infirmiers est l'un des principaux risques influant sur la prestation du programme de services infirmiers en soins primaires. La rétention du personnel est influencée par des problèmes comme les heures supplémentaires, le stress, l'isolement professionnel et géographique, un environnement de travail médiocre, un accès limité à la formation professionnelle continue, et un soutien hiérarchique ou professionnel limité. Les infirmiers dépendent également du personnel de bande pour divers services, notamment la sécurité; l'administration; l'entretien des installations; le nettoyage et la prévention des infections; et pour la fourniture de techniciens en radiologie. Les problèmes dans la fourniture de ces services ont une incidence négative sur la rétention du personnel.

Dans leur présentation intitulée *Health Canada's Northern Nursing Community* (janvier 2010), la Direction générale des services de gestion et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ont indiqué que le taux de départ à trois ans pour les infirmiers travaillant dans des collectivités isolées et éloignées est de 55 pour cent. Ce taux est plus élevé chez les jeunes infirmiers, avec 83 pour cent pour les moins de 30 ans et 69 pour cent dans la tranche des 30 à 40 ans.

Sur le plan national, le Bureau des services de soins infirmiers a élaboré une stratégie de recrutement, de rétention du personnel et de mise en valeur du personnel infirmier. Par exemple, il reçoit les candidatures aux postes d'infirmiers et entre celles-ci dans le *Système informatisé d'inventaire et de recrutement des infirmiers*. Ce système contient une liste des candidats. Les régions peuvent consulter le système afin d'y rechercher des recrues. En outre, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone vise à attirer davantage de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis dans le secteur des soins de santé. En ce moment, le programme vient en aide à plus de 60 étudiants. L'administration centrale a lancé des initiatives visant à publier des annonces d'emploi dans les journaux et a participé à des salons de l'emploi. Des renseignements détaillés sur les carrières dans le domaine des services infirmiers sont également publiés sur le site Web de Santé Canada. Cependant, on pourrait améliorer la stratégie de recrutement et la présence dans Internet afin d'attirer plus efficacement la « nouvelle génération » d'infirmiers, qui utilisent davantage les sites de réseautage social. Si la stratégie est assez détaillée, aucun critère de mesure n'est prévu. Par conséquent, on dispose de peu d'éléments de preuve pour démontrer les résultats des activités entreprises. La stratégie doit être évaluée et mise à jour afin d'inclure des critères de mesure et de tenir compte des conditions existantes et des initiatives prises à l'administration centrale et sur le terrain.

Le Manitoba a adopté une approche dynamique de mise en valeur pour satisfaire ses besoins en matière de recrutement. La Région a élaboré son propre plan stratégique détaillé, avec des activités et des délais spécifiques assignés au personnel. Sa stratégie se concentre sur des initiatives comme des pratiques d'embauche efficaces et efficientes, une meilleure gestion de l'information, un programme méthodique de mise en valeur et une évaluation reposant sur la collecte de données sur les stratégies de recrutement et la rétroaction des infirmiers embauchés. Le Manitoba a également élaboré une trousse d'information pour les personnes souhaitant devenir infirmiers et fait régulièrement des présentations dans tout le Canada. De plus, la Région a élaboré une stratégie de recrutement spécialement pour les salons de l'emploi et pour la publicité. Ces deux dernières années, le Manitoba a réussi à recruter 50 infirmiers et a amélioré le taux de rétention du personnel de 40 à 69 pour cent. Si l'Ontario possède du personnel à temps plein qui se consacre au recrutement, il affiche aussi des taux de rétention du personnel plus faibles. Par exemple, en l'espace de trois ans, la zone de Sioux Lookout a embauché 50 infirmiers, mais en a perdu 45, pour un taux de rétention de 10 pour cent.

Les difficultés de recrutement et de rétention du personnel ont entraîné un plus grand recours au personnel d'agence, qui représentait 46 pour cent des infirmiers dans la zone de Sioux Lookout et 41 pour cent au Manitoba. Comme nous l'avons indiqué précédemment, le roulement incessant des infirmiers d'agence a aussi une incidence sur la continuité des soins pour les membres des Premières Nations. Le personnel des régions et des directions générales n'a fait faire aucune analyse des coûts annuels réels associés au recours à une agence, pour les infirmiers à temps plein et à temps partiel, heures supplémentaires incluses. Il serait utile de posséder des données complètes sur la rémunération (salaires, avantages sociaux, heures supplémentaires, frais de déplacement, etc.) pour prendre les décisions et lutter contre le déficit. D'après les estimations fournies par trois régions, les coûts salariaux supplémentaires associés à l'utilisation d'un infirmier d'agence sont d'environ 106 000 dollars par an.

Même en disposant de personnel contractuel, la zone de Sioux Lookout affiche encore un taux de vacance de 13 pour cent. De plus, 5 de ses 19 postes de soins infirmiers enregistrent un taux de vacance annuel dépassant les 20 pour cent. Si une fermeture pour manque de personnel est peu probable, les postes de soins infirmiers sont souvent en sous-effectif, ce qui impose une lourde charge de travail aux infirmiers restants. Ainsi, Sachigo Lake est doté d'un effectif de trois infirmiers, mais fonctionne souvent avec deux infirmiers, qui fournissent des services 24 heures sur 24.

Les publications sur la gestion des ressources humaines montrent clairement l'importance de l'entrevue de fin d'emploi dans une stratégie de rétention du personnel. Le Ministère doit perfectionner ses procédures concernant l'entrevue de fin d'emploi afin d'améliorer la collecte de renseignements qui lui permettront de mener des analyses et d'affiner sa stratégie de recrutement et de rétention du personnel. Il a certes élaboré un questionnaire Web, mais le système ne fonctionne pas comme prévu et les renseignements sur les fins

d'emploi ne sont pas analysés pour éclairer les futures initiatives de recrutement et de rétention.

Un forum sur la stratégie en matière de soins infirmiers a récemment été créé. Il rassemble des cadres supérieurs et vise à aborder les problèmes du recrutement et de la rétention des infirmiers dans les collectivités de Premières Nations isolées et éloignées. Ce forum est appuyé par un groupe de travail qui se réunit chaque semaine et élabore une stratégie plus globale. Il existe également diverses interactions formelles et informelles entre les recruteurs, à différents niveaux, dont un comité de mise en valeur et quelques projets communs sur les salons de l'emploi. Cependant, les activités de recrutement dépendent largement des initiatives individuelles du personnel à chaque niveau. Une approche plus structurée et mieux coordonnée est nécessaire entre les initiatives nationales et locales en matière de recrutement et de rétention du personnel. La réussite récemment enregistrée au Manitoba a démontré les avantages d'avoir du personnel qui se consacre exclusivement à ces questions à l'échelon régional et qui combine son expérience en matière de ressources humaines, de mise en valeur et de soins infirmiers.

Recommandation 3

Il est recommandé que les sous-ministres adjoints en charge respectivement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de la Direction générale des régions et des programmes et de la Direction générale des services de gestion poursuivent leurs efforts en vue d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie intégrée nationale et régionale pour le recrutement et la rétention du personnel infirmier.

Réponse de la direction

Les sous-ministres adjoints chargés respectivement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de la Direction générale des régions et des programmes et de la Direction générale des services de gestion s'accordent sur l'importance de poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie intégrée nationale et régionale pour le recrutement et la rétention du personnel infirmier.

En 2009, une équipe spéciale sur les soins infirmiers dans le Nord a été mise sur pied afin de résoudre de manière coordonnée et à long terme les problèmes concernant le recrutement et la rétention des infirmiers dans les collectivités de Premières Nations isolées et éloignées. Cette équipe devrait en principe soumettre ses recommandations dans l'année à venir, y compris un certain nombre d'activités à court terme visant à améliorer les conditions et l'environnement de travail.

Formation

Jusqu'en 1997, le Ministère possédait un vaste programme national de formation pour les infirmiers travaillant dans les postes de soins infirmiers, dispensé dans diverses universités. Les cours avaient une durée comprise entre quatre et 18 mois, selon les qualifications initiales de l'infirmier. Ils se sont poursuivis sous forme d'initiatives

régionales jusqu'en 2004, année où cette formation a cessé d'être dispensée. Depuis lors, les régions ayant fait l'objet d'une vérification ont élaboré des programmes d'orientation destinés aux infirmiers à une plus petite échelle qui incluent deux semaines de cours d'orientation en salle de classe et deux à trois semaines de formation en milieu de travail. Cependant, les gestionnaires et les infirmiers ont établi qu'une formation plus approfondie était nécessaire afin de mieux les préparer à travailler dans les collectivités isolées et éloignées. En 2009, la région du Manitoba a lancé un programme de formation clinique de quatre mois intitulé *Northern Clinical Education Program.* Cependant, ce programme ne propose que huit places, deux fois par an. Par conséquent, de nombreux infirmiers n'ont pas encore eu la possibilité de participer à la formation.

Bien que les infirmiers aient accès à une formation continue et à une accréditation dans une grande variété de domaines spécifiques, il n'est pas certain qu'ils profitent de ces possibilités en raison des pénuries dans le secteur des soins infirmiers. Comme nous

l'avons indiqué précédemment, les gestionnaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits savent très bien que les infirmiers exerçant dans les collectivités isolées et éloignées ont généralement besoin d'un cadre de pratique plus vaste que celui autorisé par les organismes de réglementation provinciaux. Ils connaissent aussi les risques qu'ils encourent en travaillant en dehors des domaines de pratique régis par la loi, mais conformément au *Guide de pratique clinique* du Ministère.

La direction générale recherche en ce moment le soutien d'une université afin d'élaborer pour les infirmiers des cours supplémentaires portant précisément sur la fourniture de services de santé primaires. Son projet est de mettre en place trois contingents par an afin de former 15 infirmiers par session, pour un total annuel de 45 infirmiers, dans une université prête à proposer cette formation. Malheureusement, aucune université n'a pour l'instant répondu à la « demande de proposition ».

Recommandation 4

Il est recommandé que la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits élabore un programme de formation pour les nouveaux infirmiers afin de préparer adéquatement ceux-ci à travailler dans les collectivités isolées et éloignées, avec le soutien de la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes, qui devra donner aux infirmiers le temps et l'accès nécessaires pour recevoir une formation initiale et continue.

Réponse de la direction

La sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes conviennent que les infirmiers de Santé Canada ont besoin d'un programme de formation qui les prépare adéquatement à travailler dans les collectivités isolées et éloignées. En 2008, dans le cadre de la Stratégie d'innovation en soins infirmiers, Santé Canada a

obtenu des fonds pour élaborer une approche nationale coordonnée à l'égard de l'éducation et de la formation des infirmiers. Au cours de cette initiative de cinq ans, la Stratégie en matière d'éducation permettra de réaliser un certain nombre d'activités, notamment :

- concevoir un programme national d'éducation, qui sera dispensé dans un établissement d'enseignement;
- proposer des possibilités d'enseignement à distance aux infirmiers afin de satisfaire aux exigences concernant l'éducation obligatoire en soins primaires et aux exigences réglementaires provinciales;
- élaborer une trousse d'orientation pour aider les régions;
- créer un programme en ligne de formation au leadership dans le domaine des soins infirmiers;
- fournir un financement aux régions pour alléger les coûts de remplacement des infirmiers en formation.

Ces activités viendront compléter un certain nombre d'initiatives régionales en cours qui visent à améliorer la formation du personnel en place et des nouvelles recrues. Ces initiatives seront documentées et évaluées afin de pouvoir partager les pratiques exemplaires entre les régions.

Le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et le sous-ministre adjoint de la Direction générale des régions et des programmes sont d'accord sur l'importance d'aborder les questions relatives au champ d'activité. En plus des activités d'éducation et des activités de rapports d'incidents (voir la recommandation 5) qui abordent la question du champ d'activité, les directions générales travaillent pour solliciter une exemption ministérielle en vertu de l'article 56 de *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin de fournir aux infirmiers l'autorisation de posséder et de mener des activités avec des substances contrôlées au sein des installations de santé des Premières Nations qui sont gérées par Santé Canada.

Intervention en cas d'incidents

Santé Canada a élaboré un programme visant à réagir aux risques associés aux infirmiers qui font face à des événements traumatiques. Ce programme a pour but de réduire le nombre et les répercussions des incidents critiques pour les infirmiers et d'accélérer le rétablissement de ceux qui ont vécu ce genre d'événement.

Le *Programme de gestion du stress provoqué par un incident critique*, mis à l'essai en 1991, a été étendu à toutes les régions en 1993 afin d'aider les infirmiers à faire face à un incident grave susceptible de provoquer un « trouble de stress post-traumatique ou de les amener à quitter leur emploi dans une collectivité de Premières Nations ». Il peut notamment s'agir de gérer le décès d'un enfant, un grand nombre de victimes, une tentative prolongée de réanimation et des agressions verbales ou physiques. Le soutien fourni dans le cadre du programme comprend une formation pré-incident, un accès

24 heures sur 24 à la ligne d'un centre d'intervention de crise et d'aiguillage, des services de counseling individuel pour la gestion du stress à la suite d'un incident critique, des séances de verbalisation en groupe et des aiguillages vers d'autres types de soutien. L'an dernier, le Manitoba et l'Ontario ont fait état de 1 530 demandes de services. Les infirmiers ont été très positifs sur les services fournis. Cependant, on craint un peu une sous-déclaration, tant par les gestionnaires que les infirmiers. Par conséquent, il est possible que ces personnes n'utilisent pas totalement les services proposés, ce qui pourrait conduire à un roulement inutile.

Les gestionnaires du programme et des services infirmiers peuvent également prendre connaissance des problèmes grâce au système de rapport d'incident, mis en œuvre en 2006. Ces incidents sont notamment les manquements à la sécurité; la violence faite aux infirmiers; les suicides ou les actes d'automutilation dans la collectivité; les décès; les accidents de la route; les épidémies; les problèmes environnementaux; les évacuations sanitaires et les problèmes liés à la consommation de drogues. Lorsqu'un « incident » survient, l'infirmier le signale grâce à un formulaire normalisé. Le système de rapport d'incident vise à fournir aux gestionnaires des renseignements opportuns afin de leur permettre de prendre des mesures correctives et de repérer les tendances susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé, la sécurité et la fourniture des programmes.

L'an dernier, 1 259 incidents ont été signalés au Manitoba et 905 dans la zone de Sioux Lookout (certains ont peut-être aussi été signalés dans le cadre du programme de la gestion du stress à la suite d'un incident critique). Les infirmiers, les gestionnaires et le coordonnateur du programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique s'accordent pour dire que les incidents font l'objet d'une importante sous-déclaration. Cette sous-déclaration a été attribuée à un manque de temps et à la réponse inadéquate des gestionnaires. De plus, tout le monde craint que les infirmiers finissent avec le temps par devenir insensibles aux situations négatives et cessent donc de les signaler.

Une fois rempli par l'infirmier, le rapport d'incident passe par toute une structure hiérarchique – l'infirmier responsable, l'infirmier régional ou l'infirmier de zone et enfin le Bureau des services de soins infirmiers – à des fins d'information et, au besoin, à des fins de prise de mesures. Une copie du rapport, accompagnée des mesures prises, doit être communiquée dans les 72 heures à l'infirmier qui l'a rempli afin de fournir une réponse rapide et efficace. D'après les entretiens et un échantillonnage des rapports d'incident, on a remarqué que le « retour à la personne déclarante » ne se faisait pas comme prévu. Par conséquent, il n'est guère surprenant que les taux de rapports soient bas et que la satisfaction à l'égard du système soit faible.

Le plan d'action en réponse au sondage auprès des fonctionnaires fédéraux, élaboré en 2007 et approuvé par le Comité exécutif ministériel, contenait un engagement en vertu duquel le Bureau des services de soins infirmiers, conjointement avec les régions, surveillerait et analyserait les rapports d'incident et prendrait les mesures adéquates. Malgré cet engagement, il n'existe ni surveillance, ni analyse, que ce soit à l'échelon national ou régional. Cette absence est en partie attribuée aux problèmes associés à la

fonction automatisée de rapport et le Bureau des services de soins infirmiers recherche une solution.

Les rapports d'incident doivent également servir à recenser les problèmes concernant les « pratiques de soins infirmiers », comme les écarts par rapport aux politiques ou aux normes; le travail en dehors des domaines de pratique régis par la loi; les fautes professionnelles concernant les médicaments; et la mauvaise utilisation personnelle des médicaments. Même si la politique indique que les rapports d'incident visent à constituer un système non punitif favorisant des pratiques infirmières de qualité, la crainte de la punition subsiste. Comme les autres travailleurs de la santé, les infirmiers ont l'obligation professionnelle de signaler immédiatement à leur ordre respectif les problèmes liés à l'exercice de leur profession qui menacent la sécurité des patients. S'ils ne le font pas, ils risquent de perdre leur autorisation d'exercer. Cependant, les services juridiques de Santé Canada ont récemment appris aux gestionnaires des services infirmiers que, s'ils contenaient des renseignements personnels, ces rapports ne pouvaient être présentés qu'après autorisation de la Division de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels. Dans certains cas, cela entrave « l'obligation professionnelle de présenter immédiatement un rapport » et place les infirmiers face à un dilemme éthique, entre les obligations imposées par leur employeur et celles de leur organisme de réglementation professionnelle. De plus, si les « problèmes concernant les pratiques de soins infirmiers » ne sont pas soulevés et atténués efficacement par Santé Canada, le Ministère se retrouve face à un risque juridique. La Direction générale des services de gestion indique que la Division de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels travaille en ce moment à l'élaboration d'un protocole régissant ce genre de divulgation.

Recommandation 5

Il est recommandé que la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes et la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits abordent les problèmes liés aux rapports d'incident et résolvent rapidement ceux liés aux « pratiques de soins infirmiers ».

Réponse de la direction

La sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes et la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits reconnaissent qu'il est important de continuer à renforcer la présentation de rapports d'incident, de fournir une rétroaction et d'assurer le suivi et l'analyse des résultats afin d'éviter la réapparition des problèmes. Les efforts se poursuivront afin d'aborder l'automatisation du système de rapports d'incident et de régler les problèmes sous-jacents à la sous-déclaration par les infirmiers.

Dans le rapport de vérification, on souligne que les infirmiers peuvent avoir des difficultés à concilier leur obligation de communiquer des renseignements personnels à

leur organisme de réglementation provincial avec leurs obligations en tant qu'employées aux termes de la législation fédérale sur la protection de la vie privée. Les efforts se poursuivront afin d'élaborer les lignes directrices requises pour les professionnels de la santé travaillant pour Santé Canada et de leur donner ainsi les moyens de gérer ce genre de situation.

Accréditation

En 2000, le Ministère a lancé une initiative visant à élaborer et mettre en œuvre un *Programme d'accréditation des services de santé* volontaire afin de fournir l'assistance afin que les centres de santé communautaire des Premières nations et des Inuits puissent fonctionner conformément aux normes canadiennes. L'accréditation est délivrée par une organisation indépendante sans but lucratif, qui fournit aux organisations de soins de santé nationales et internationales un processus externe d'examen par les pairs reposant sur des normes d'excellence. Pendant le processus d'accréditation, les domaines clés examinés sont la fourniture de soins et de services aux clients, les pratiques de gestion de l'information, la gestion et le développement des ressources humaines, l'environnement physique et les pratiques de gestion et de gouvernance. S'appuyant sur le succès au sein des centres de santé communautaire des Premières nations et des Inuits, le processus a été étendu afin d'élaborer des normes pertinentes pour les postes de soins infirmiers éloignés et isolés. Il est attendu que les sites pilotes commenceront l'essai des nouvelles normes en 2011.

Malgré des premiers succès, les infirmiers et les gestionnaires se sont inquiétés, au vu des conditions qui règnent dans les postes de soins infirmiers, des difficultés que pourrait rencontrer le Ministère pour obtenir une accréditation. Ceci comprend la capacité du Ministère à fournir un nombre approprié de personnel qualifié qui est en mesure de fournir une continuité de soins, un environnement de travail sain et sécuritaire et le besoin d'améliorer le signalement d'événements ainsi que la divulgation des questions de pratique des soins infirmiers. Au cours de travaux sur le terrain, des cas ont été notés où il y avait un mauvais contrôle de la sécurité des renseignements des clients. Les infirmiers ont également identifié de nombreuses préoccupations relatives au contrôle des infections et à la capacité du personnel à maintenir des normes de propreté. En outre, les infirmiers et les gestionnaires ont identifié que l'équipement médical qui n'est pas disponible présentement dans certains établissements de santé pourrait avoir un effet sur l'accréditation.

Il est important de noter qu'au début de l'initiative plusieurs de ces problèmes ont été identifiés auprès des centres de santé communautaire, mais il existe des preuves récentes qui démontrent que des progrès sont réalisés dans ces centres. *L'accréditation 2009 des services de santé des Première nations et des Inuits* du rapport de Agrément Canada relève que la sécurité des dossiers des clients s'est améliorée et a maintenant un fort taux de conformité, ce qui démontre l'efficacité d'une approche basée sur les normes des services de santé.

Recommandation 6

Il est recommandé que la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes et la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits recensent les besoins en termes d'équipement et d'installations et procèdent à une évaluation préliminaire des postes de soins infirmiers afin de repérer et d'apporter les améliorations requises pour permettre leur accréditation.

Réponse de la direction

La sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes et la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits travailleront avec l'organisme externe d'accréditation afin de définir des normes d'accréditation pour les postes de soins infirmiers des collectivités éloignées. Cette année, un certain nombre de projets pilotes seront menés afin de mettre à l'essai les normes et d'évaluer leur applicabilité.

Une évaluation préliminaire a été réalisée afin de recenser les besoins en termes d'installations et d'équipements. Les renseignements obtenus serviront à élaborer et mettre à jour la liste normalisée de l'équipement médical. Les nouvelles installations sont conçues conformément aux normes requises en vue d'une accréditation et les installations existantes sont améliorées en fonction des priorités établies dans le Plan d'immobilisations à long terme.

En ce qui concerne la sécurité des renseignements des clients, les employés de Santé Canada effectuent le double verrouillage en soirée dans les établissements de santé. En outre, tous les employés sont tenus de signer un formulaire de confidentialité avant d'être employés avec les établissements de Santé Canada et on leur fournit aussi de la formation de confidentialité et de protection à la vie privée dans le cadre de leur orientation. La direction continuera de fournir de la formation et des suggestions sur la gestion de l'information aux employés des bandes. De plus, pour que les postes de soins infirmiers reçoivent leur accréditation, les établissements de Santé Canada devront faire preuve de saines pratiques de gestion de l'information.

Les problèmes recensés dans le cadre de la vérification à propos de certains postes de soins infirmiers seront examinés au cas par cas et abordés grâce au processus établi de réfection et de rénovation des installations ou à d'autres moyens appropriés.

Mesure des résultats et du rendement

Critères de vérification

Les gestionnaires surveillent le rendement réel par rapport aux résultats prévus et réalisent les ajustements nécessaires.

Les gestionnaires doivent, quand ils mettent en œuvre les plans opérationnels, suivre l'évolution des activités, régler les divergences et rendre compte des résultats par rapport aux engagements prévus dans les plans opérationnels. Le milieu d'année est l'occasion de recenser les nouvelles activités entreprises depuis le début de l'exercice, les résultats attendus et les objectifs de rendement. Ces renseignements sont utilisés par les cadres supérieurs au moment de l'examen de fin d'année du plan opérationnel afin d'évaluer dans quelle mesure les buts du Ministère ont été atteints.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'objectif global pour les soins primaires est de fournir aux Premières Nations et aux Inuits « un accès à des services présentant la même qualité et la même disponibilité que ceux proposés au reste de la population résidant dans des zones géographiques similaires ». À ce jour, aucun critère précis et mesurable n'a été défini pour cet objectif global. De même, les résultats fixés pour les services infirmiers en soins primaires ne sont pas adéquatement mesurés et ne sont pas clairement rattachés à cet objectif.

Il existe également des défaillances dans la collecte, l'analyse et la présentation de l'information. Les directions générales n'ont pas encore mis au point de système de mesure du rendement qui permettrait de mesurer les réalisations dans le domaine des services infirmiers en soins primaires ainsi que les coûts connexes. S'il existe des données sur le coût des services infirmiers en soins primaires à l'échelon des régions et des zones, peu de renseignements sur le rendement sont collectés et analysés à l'échelon régional ou national. L'absence d'une collecte et d'une analyse de données appropriées limite la prise de décision. À un moment, on a évoqué un projet national visant à élaborer un système de mesure de la charge de travail des infirmiers, mais celui-ci n'a pas encore été élaboré.

Chaque poste de soins infirmiers possède un registre de ses activités. Ce registre contient des renseignements sommaires sur les clients examinés, le diagnostic posé et la nature du traitement administré. Cependant, les renseignements de ce registre font l'objet d'une synthèse et d'une analyse limitées. On a demandé aux infirmiers de consacrer du temps à consigner les activités quotidiennes, mais on ne sait pas clairement ce que l'on fait des données qu'ils saisissent. Cette situation peut avoir une incidence sur la quantité et la qualité des données entrées dans le système. La zone de Sioux Lookout a mis en place un système papier et électronique pour synthétiser les renseignements du registre des activités. Cependant, compte tenu du nombre insuffisant d'ordinateurs dans beaucoup de postes de soins infirmiers, il est difficile de procéder par voie électronique. Si les données du registre sont effectivement collectées, rien ne prouve qu'elles fassent l'objet d'une analyse ou d'une comparaison des tendances dans le temps. La zone de Sioux Lookout a recensé un certain nombre de rapports qui pourraient être remis chaque mois par l'infirmier responsable afin de faciliter la fourniture des services infirmiers en soins primaires. Malheureusement, en raison du manque de temps et des limites liées au système, ces rapports ne sont ni produits ni examinés.

La Région du Manitoba souligne qu'elle n'a pas les ressources requises pour travailler avec les infirmiers afin d'établir si ceux-ci présentent des rapports réguliers et fiables, ni pour analyser les données qu'ils ont. La Région réalise de temps à autre une recherche ponctuelle, mais reconnaît les limites de ces rapports compte tenu du manque éventuel d'exhaustivité ou de précision des données. Elle ne fournit actuellement aucune synthèse des données à l'administration centrale.

La Région du Manitoba a souligné la nécessité d'un programme d'assurance de la qualité afin de contribuer à des prises de décision et à des pratiques efficaces et fondées sur des preuves. Un bureau de l'assurance de la qualité pourrait jouer un rôle essentiel en ce qui concerne la gestion des risques (évaluer, surveiller et atténuer les risques); la gestion des incidents et l'examen des incidents critiques (analyser les rapports d'incident afin de prendre des mesures correctives); la présentation de rapports sur le rendement; les vérifications (vérifications des pratiques, vérifications des procédures, vérifications des stupéfiants, vérifications des médicaments); et les problèmes d'accréditation.

Malgré l'absence de renseignements sur le rendement spécifiques à une direction générale, Santé Canada a dans le passé commandé des études sur la santé des Premières Nations afin de se faire une idée de la satisfaction globale à l'égard de la prestation des services. Dans l'étude multi-intérêts sur les Premières Nations qu'elle a menée en 2009 pour le Ministère, une organisation externe a souligné que les membres des Premières Nations vivant dans les réserves se montraient critiques à l'égard de la qualité générale des soins de santé disponibles dans leur collectivité. Cependant, ils étaient en grande majorité satisfaits de la qualité des services de santé qu'ils avaient reçus personnellement au cours de l'année écoulée. Comme il est indiqué dans l'étude, ces chiffres n'ont presque pas changé depuis 2005.

Les ressources doivent être mobilisées de manière à établir quels renseignements sont nécessaires pour surveiller les services infirmiers en soins primaires et en rendre compte. La collecte des données prend beaucoup de temps aux infirmiers et aux gestionnaires à l'échelon zonal et régional. Par conséquent, il est important que les données collectées soient utilisées. Les renseignements sur les soins de santé doivent être précis, fiables et accessibles. En outre, ils doivent contribuer à mesurer et à combler les lacunes. De toute évidence, il faut mettre en place une approche normalisée dans l'ensemble du pays. Un traitement automatique des données à l'échelon national, et l'augmentation du nombre d'ordinateurs dans les postes de soins infirmiers, faciliteraient l'analyse des données et contribueraient à définir des points de référence pour l'amélioration de la qualité.

Recommandation 7

Il est recommandé que la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes et la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits élaborent et mettent en œuvre un système intégré pour mesurer les résultats et le rendement.

Réponse de la direction

Comme il est indiqué dans les réponses de la direction aux autres recommandations, la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la sous-ministre adjointe de la Direction générale des régions et des programmes reconnaissent la nécessité impérieuse de consolider la mesure des résultats et du rendement pour mettre en œuvre un modèle intégré de soins primaires. Dans le cadre du processus de renouvellement des autorisations, la direction élaborera un ensemble d'indicateurs pour la nouvelle stratégie sur la mesure du rendement. Parallèlement à la mise en œuvre du nouveau système, de nouvelles normes de présentation de l'information seront introduites et communiquées à toutes les régions.

Conclusion

La prestation de services de santé de qualité repose largement sur le dévouement des infirmiers de Santé Canada, qui travaillent dans des conditions difficiles dans des collectivités isolées. Selon une étude de 2009, une grande majorité des membres de Premières Nations vivant dans les réserves étaient satisfaits de la qualité des services de santé qu'ils avaient reçus personnellement même s'ils se montraient très critiques à l'égard de la qualité générale des soins de santé disponibles dans leur collectivité. Des améliorations dans les domaines de la gouvernance, de la planification stratégique, de la gestion des risques et de la mesure des résultats et du rendement permettront de renforcer la prestation du programme et de mieux soutenir les infirmiers.

Un modèle de services intégré, entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la Direction générale des régions et des programmes, doit être élaboré afin de mieux répondre aux besoins des collectivités de Premières Nations. Chaque année, les régions font état d'un déficit dans le domaine des soins primaires. Il faut donc un mode de financement fondé sur les besoins spécifiques en soins primaires des populations desservies. Ce financement doit être suffisamment élevé pour permettre la réalisation des objectifs.

Bien que le Ministère ait cerné et évalué avec succès les risques liés au programme de services infirmiers en soins primaires, une approche ponctuelle a été utilisée pour aborder les principaux risques, en particulier dans les domaines du recrutement, de la rétention du personnel, de la formation, de l'intervention en cas d'incidents, et de l'accréditation. Cependant, les infirmiers et les gestionnaires se sont montrés positifs à l'égard des mesures prises dans le cadre du programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique.

Aucun critère précis et mesurable n'a été défini pour l'objectif global assigné aux soins primaires et les résultats fixés pour les services infirmiers en soins primaires ne sont pas adéquatement mesurés et ne sont pas clairement rattachés à l'objectif. Il existe également

des défaillances dans la collecte, l'analyse et la présentation de l'information sur le rendement.

Annexe

Annexe 1 : Secteurs d'intérêt et critères de vérification

Secteurs d'intérêt	Critères de vérification
1. Gouvernance et reddition de comptes	Les pouvoirs, les responsabilités et les obligations redditionnelles sont clairement énoncés et communiqués.
2. Orientation stratégique	Le Ministère possède des plans opérationnels visant à atteindre des objectifs stratégiques dans le domaine des services infirmiers en soins primaires.
3. Gestion des risques	Les directions générales recensent, évaluent et répondent aux risques liés à la fourniture de soins primaires qui pourraient entraver l'atteinte des objectifs du programme.
4. Résultats et gestion du rendement	Les gestionnaires surveillent le rendement réel par rapport aux résultats prévus et réalisent les ajustements nécessaires.