

 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](#) ».



Santé
Canada

Health
Canada

État stable

Parvenir à un équilibre
qui soit durable

Examen international de la
planification des effectifs de la santé

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteures, et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

Also available in English under the title:
Steady State – Finding a Sustainable Balance Point

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat N° H39-622/2002
ISBN 0-662-66561-9

État stable

Parvenir à un équilibre qui soit durable

Examen international de la planification des effectifs de la santé

Préparé pour :

La Division des stratégies des ressources humaines de la santé
Santé Canada

Préparé par :

Ann L. Mable et John Marriott
Marriott Mable

15th Ligne Road, Wolfe Island (Ontario) K0H2Y0
613-385-1647
marmabl@kos.net

Présenté le :
30 août 2001

Table des matières

Sommaire	iii
Introduction	1
Objet et méthode	2
Aperçu du document	4
Contexte	5
De la Deuxième Guerre mondiale à aujourd'hui	5
Les problèmes hérités du passé	6
Comprendre la planification des effectifs et des ressources de la santé	9
L'évolution des effectifs de la santé	9
La planification des effectifs de la santé	13
Définitions et significations diverses	13
Le processus	16
Répercussions des surplus et des pénuries	17
Mécanismes et possibilités d'action permettant de s'attaquer au déséquilibre des effectifs	18
Les problèmes qui continuent de se poser et leurs répercussions sur la planification des effectifs	19
Examen des méthodes de planification des effectifs actuellement mises en œuvre	27
Introduction	27
Nouvelles structures organisationnelles pour la planification des effectifs . .	28
Methodologies et processus	28
Aperçu de certains pays	29
Allemagne	30
Pays-Bas	33

Australie	34
Nouvelle-Zélande	40
États-Unis	41
Royaume-Uni.	51
Répercussions et optiques possibles pour le Canada.	58
Références	63
Annexe	70

Sommaire

La planification des effectifs de la santé est le dernier volet de la réforme du système de santé auquel procèdent divers pays dans le monde. L'un des principaux objectifs de la planification des effectifs de la santé est de disposer du bon nombre et d'une combinaison adéquate de travailleurs de la santé ayant les compétences recherchées aux bons endroits et aux moments opportuns afin d'offrir des services de qualité à ceux qui en ont besoin. Historiquement, la planification des effectifs a dû le plus souvent s'en remettre à des approches plutôt inadéquates pour planifier les ressources en médecins : elles se fondaient sur le maintien des ratios médecins-population existants. Une moindre importance a été accordée à la planification de ressources au soins infirmiers et d'autres fournisseurs de soins de santé.

En dépit du fait que les récentes initiatives de réforme de la santé mettent l'accent sur « l'équipe », les travaux de planification déjà menés ont eu tendance à perpétuer un schéma de fonctionnement cloisonné verticalement où des approches distinctes étaient mises en œuvre selon la profession visée. Moins d'efforts ont été déployés pour déterminer les besoins futurs en médecins, infirmières et autres fournisseurs de soins de santé dans leur ensemble. Les efforts consentis par le passé ne se sont donc pas avérés assez précis, efficaces, ni exhaustifs pour éclairer suffisamment les responsables de l'élaboration et de la planification des politiques afin qu'ils puissent procéder à des changements tenant compte de l'évolution démographique et d'autres tendances observées au sein de la population dans son ensemble, de même qu'au sein de groupes de fournisseurs donnés. Ces travaux n'ont pas non plus tenu compte de l'évolution des modèles touchant la prestation des soins de santé.

L'absence d'une approche moderne sophistiquée et systématique a eu pour effet d'aggraver les pénuries actuelles dans de nombreuses professions de la santé du Canada et d'autres pays. Dans certains pays, l'on procède à la mise au point d'approches plus modernes de la planification des effectifs de la santé. En se fondant sur les renseignements provenant de ces pays, on peut élaborer une approche nationale et systématique afin de préciser les ressources dont on dispose et vue de répondre aux besoins futurs des Canadiens. Au fur et à mesure que les systèmes de santé se complexifient et que l'éventail de fournisseurs de soins de santé et de praticiens s'élargit, il apparaît plus urgent d'améliorer la façon d'aborder la planification.

Il semble que la plupart des pays en soient encore *au tout début* du processus de réexamen de leur façon d'aborder la planification des ressources. Bon nombre d'entre eux ne semblent pas y avoir encore apporté de changements fondamentaux. Un petit nombre commence à mettre en place des structures organisationnelles (ou à en favoriser la mise en place) de façon à assurer une certaine permanence du processus de planification des ressources et à éviter les réactions héritées du passé. Certains pays commencent à adopter des modalités multiples de planification des ressources. Un nombre plus restreint commence à pratiquer la planification pour *l'ensemble* des ressources, y compris la planification intégrée de même que l'examen des fournisseurs et travailleurs de la santé individuels.

Les processus et les méthodologies de planification des ressources sont, jusqu'à aujourd'hui, caractérisés par un accent marqué sur la planification des ressources en médecins. Les approches ou expériences en matière de planification des ressources en soins infirmiers demeurent rares et un nombre encore plus faible d'approches sont axées sur d'autres professionnels de la santé œuvrant au sein du système. Parallèlement, bon nombre des processus et des approches méthodologiques visant les médecins peuvent être, dans une certaine mesure, appliqués aux infirmières et autres professions ou l'ont été dans certains cas. Cela importe d'avantage étant donné l'accent mis sur la réforme des soins de santé primaires, l'évolution des organismes de soins de santé à intégration verticale, et leur besoin inhérent de penser davantage en termes d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires, comme dans bon nombre d'autres pays ayant fait l'objet d'un examen.

Les aperçus dressés relativement à six différents pays illustrent différentes façons d'aborder les structures organisationnelles, méthodes et processus utilisés pour la planification des ressources. Mentionnons l'Allemagne, les Pays-Bas et l'Australie où les structures organisationnelles nationales sont toujours axées sur la planification des ressources en médecins. La Nouvelle-Zélande, les États-Unis et le Royaume-Uni sont des pays qui se sont engagés à faire de la planification pour l'ensemble des effectifs et pour les ressources intégrées. L'Australie est l'un des pays les plus avancés pour ce qui est de l'application de modalités multiples de planification des ressources, bien que celles-ci soient pour le moment exclusivement axées sur les médecins.

En Allemagne, il incombe au Comité fédéral du fonds des médecins et de l'assurance-santé de formuler des recommandations au gouvernement. Des lignes directrices formulées à partir d'une entente conclue sont communiquées au Fonds des associations régionales-locales de fonds des médecins du Comité et de l'assurance sociale régionale afin de déterminer l'offre et les besoins en médecins de formation générale et en spécialistes, par secteur de planification. Selon le niveau initial de l'examen, on détermine s'il y a offre excédentaire (c.-à-d. 10 % de plus de médecins par

catégorie qu'il n'en faut) ou pénurie (c.-à-d. 75 % ou moins du nombre d'omnipraticiens requis et 50 % ou moins que le nombre requis pour les spécialistes). Dans les deux cas, on procède à des évaluations supplémentaires afin de confirmer la conclusion initialement tirée. Si l'on confirme qu'il y a capacité excédentaire dans un domaine donné, on ne permettra pas à de nouveaux médecins de se joindre au Comité des médecins pour une spécialité donnée. S'il y a pénurie, un certain nombre de nouveaux médecins par catégorie sera autorisé à se joindre au comité.

Dans les Pays-Bas, le gouvernement a, en 1999, mis sur pied une organisation nationale pour la planification des ressources en médecins. Appelée organisation de capacité, cette organisation a pour mandat de donner des conseils au ministre de la Santé. Financée par le gouvernement, cette organisation a une composition tripartite : on y trouve des représentants de groupes professionnels, de compagnies d'assurance-santé (Sickness Funds) et d'établissements d'enseignement tels que les universités. Réunir ces trois groupes ensemble afin de former l'organisation a été considéré comme un exercice intéressant en soi. Faisant appel à l'expérience d'instituts de recherche, tels que NIVEL, cette organisation examine à la fois l'offre et la demande. Elle a présenté son premier rapport au ministre de la Santé en mars 2001.

En 1995, l'Australie a mis sur pied l'Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC) afin qu'il présente des rapports au Conseil consultatif des ministres de la Santé de l'Australie et, par l'entremise de cet organisme, à la Conférence des ministres de la Santé. Le comité travaille avec un certain nombre d'organismes et de ministères gouvernementaux, d'instituts nationaux et d'État, d'écoles de médecine, de facultés de médecine, divers organismes de ressources et organisations de médecins, y compris les Divisions de pratique générale. Se fondant sur un cadre stratégique, AMWAC a procédé à certaines études s'appliquant à tous les médecins ainsi qu'à d'autres portant sur une discipline donnée. On y a examiné diverses questions liées à la planification des effectifs, notamment les médecins immigrants, les tendances quant à l'enseignement de la médecine, les incidences de ces changements sur les étudiants en médecine, la participation des femmes et diverses lignes directrices. On a appliqué diverses méthodes multimodales afin d'évaluer à la fois l'offre et les besoins comme base pour l'établissement et la mise en œuvre d'un plan d'action visant à faire face aux surplus ou pénuries selon la discipline ou le groupe de disciplines. Une fois en place, le plan australien favorise la mise en œuvre d'un processus de surveillance garantissant que les recommandations seront mises en œuvre et le réexamen du plan des effectifs de chaque groupe au moins tous les cinq ans afin de tenir compte des changements non prévus ou de remédier aux problèmes qu'ont posé les plans antérieurs. L'Australie a également reconnu que les changements apportés à la structure organisationnelle ou les changements de politiques qui visent à intégrer des équipes multidisciplinaires de fournisseurs auront pour effet de modifier en profondeur les projections de l'offre et des

besoins. On a également insisté sur la nécessité de lier la planification des effectifs à la planification des services, étant donné l'importance du soutien de l'infrastructure de base pour tous les médecins spécialistes.

La Nouvelle-Zélande sort d'une longue période où n'était pratiquée aucune planification des effectifs à l'échelle centrale. En l'an 2000, le gouvernement a mis sur pied le Health Workforce Advisory Committee (HWAC) afin qu'il coordonne la planification des effectifs et on est en voie de faire adopter de nouvelles lois réglementant les professionnels de la santé. À ce stade-ci, le comité adoptera une orientation stratégique des effectifs requis pour assurer la prestation des services de santé dans le futur au lieu d'essayer de déterminer le nombre de personnes dont on aura besoin à l'avenir et de planifier en conséquence.

Aux États-Unis, les administrations des États sont les principaux acteurs à intervenir dans la planification des ressources. Les États assument les responsabilités de l'enseignement, de l'octroi des permis et de la réglementation des pratiques pour tous les professionnels de la santé. La réglementation de l'assurance-santé privée et l'administration de Medicaid leur incombent également. L'administration fédérale s'est surtout intéressée à l'élaboration des politiques d'offre en matière d'assurance-maladie, d'aide aux étudiants, de subventions de construction et d'autres formes d'aide institutionnelle. Le National Center for Health Workforce Information and Analysis assure un soutien pour la réalisation de diverses études et pour l'élaboration de lignes directrices de même que pour le financement des universités. On cite trois exemples d'études portant sur les effectifs : les médecins de premier recours, les infirmières et infirmiers, et la planification intégrée des effectifs au Wisconsin.

Le Royaume-Uni est en voie d'adopter la planification intégrée pour l'ensemble de ses effectifs. À cet effet, on mène des travaux au sein d'équipes multidisciplinaires et on met en œuvre tous les moyens de maximiser les contributions de tous les membres du personnel. Ne se limitant pas à un seul organisme consultatif sur les effectifs, la nouvelle structure comporte, à l'échelle locale, un engagement pour les fiduciaires de soins primaires et autres afin que des plans d'effectifs soient dressés pour les cinq prochaines années. À l'échelle régionale, les New Workforce Development Confederations appuient les autorités en matière de santé et les bureaux régionaux de NHS. En dernière instance, le National Workforce Development Board appuyé par des Care Group Workforce Development Boards veillera à intégrer correctement les questions touchant les effectifs à celles touchant la mise au point des services. Le Royaume-Uni se penche également de près sur les besoins en renseignements afin de soutenir la planification des effectifs à l'échelle locale, régionale et nationale. Le Royaume-Uni a déjà établi un certain nombre d'objectifs dans le but d'accroître le nombre de médecins, d'infirmières et infirmiers, et de professionnels de la santé. De plus, les cadres de service nationaux sont en train

d'élaborer une vision décennale afin de voir ce qu'il adviendra de services particuliers (par exemple, les maladies coronariennes, le cancer, etc.).

Le Canada n'a pas encore mis au point une approche globale en ce qui a trait aux ressources humaines de la santé, mais il est en voie d'assurer une meilleure concertation de ses efforts. Dans le but d'améliorer la capacité de planification des ressources de la santé, des engagements de haut niveau ont été pris dans divers domaines, y compris par les ministres FPT de la Santé en 1998 et par les premiers ministres en septembre 2000 *Plan d'action pour le renouvellement du système de santé*. Mentionnons notamment qu'un accord explicite a été signé afin d'assurer la collaboration dans des domaines prioritaires précis, dont l'offre de médecins, d'infirmières et infirmiers, et d'autres travailleurs de la santé.

L'une des premières étapes visant à orienter l'action et à déterminer les orientations futures du Canada pourrait être d'établir un groupe de travail chargé d'examiner la possibilité de mettre sur pied un organisme permanent de planification des effectifs à l'échelle nationale. Cet organisme se verrait accorder un budget précis et le personnel devrait y travailler de façon permanente et être suffisamment représentatif. Des commentaires pourraient y être formulés et des liens seraient assurés. La nouvelle organisation serait en quelque sorte une plaque centrale ayant pour mandat de créer des capacités nationales chargées de la planification des effectifs au Canada. De la sorte, il y aurait moins de changements importants et on améliorerait ainsi la qualité, la stabilité et la durabilité du système de santé – bref, il s'agirait d'assurer un avenir stable pour les effectifs de la santé au Canada.



Examen international de la planification des effectifs de la santé

« Qu'on décide du nombre de médecins dont la collectivité a besoin et que l'on accepte ni plus ni moins que ce nombre. Que ces médecins se considèrent comme des serviteurs de la société convenablement rémunérés. » (George Bernard Shaw, *The Doctor's Dilemma* (1911), préface)

Introduction

La planification des ressources de la santé est le dernier volet de la réforme du système de santé menée par des pays un peu partout dans le monde. Comme les soins de santé exigent beaucoup de main-d'œuvre et que les ressources humaines de la santé représentent plus de 70 % des coûts de soins de santé (Pong et coll., 1996), il est de plus en plus urgent de faire la planification des effectifs de la santé d'une manière plus globale. Comparativement à d'autres secteurs de l'économie, le système de santé s'inscrit dans un milieu de plus en plus complexe du point de vue des ressources humaines et ce système est important tant numériquement que par la variété des professions, des métiers et des fonctions qui interviennent dans ce milieu et y interagissent.

Tout ce qui influe sur le système ou le modifie à quelque niveau que ce soit a des conséquences directes et parfois profondes pour les travailleurs de la santé. Les répercussions sur les ressources humaines de la santé peuvent influencer directement sur la capacité du système de santé de répondre aux besoins présents et d'assurer la prestation des services. Cette affirmation prend une importance grandissante à la lumière de la réforme actuelle et des efforts déployés à l'échelle internationale pour affiner et améliorer le rendement des systèmes de santé. Ce contexte se définit par les nouveaux domaines d'action—ou ceux qui voient le jour à nouveau tels que la mise sur pied d'organismes de santé à intégration verticale—tels que les organismes de soins de santé intégrés aux États-Unis, les groupes de soins primaires ou fiduciaires de soins primaires au Royaume-Uni, les fonds pour maladie aux Pays-Bas et en Europe, ou les essais intégrés en Australie ainsi que sur l'accent de plus en plus marqué sur les soins de santé primaires, que l'on fasse appel à des équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires et que l'on mette en œuvre des approches multidimensionnelles à la prestation des services. La façon dont les travailleurs de la santé sont préparés, organisés, déployés et rémunérés se répercute sur la capacité d'assurer des soins de qualité dans le contexte de la modification des rôles et des modèles de prestation des services. Bref, aucun plan de réforme ne peut être mis en œuvre sans qu'il soit tenu compte des ressources humaines (Marriott Mable 1996).

Afin d'assurer le meilleur usage possible de ressources précieuses, il est important qu'un pays se dote de ressources de la santé en nombre et combinaison suffisantes et que celles-ci possèdent des compétences adéquates. Ces ressources doivent être organisées correctement de façon à assurer la prestation de services de qualité adéquats et opportuns et à répondre aux besoins précis de la population visée. En général, le problème consistait à trier ce qui est encore convenable parmi un ensemble diversifié de possibilités puis de déterminer lesquelles sont réalistes. Toute notion du *correct* ou du *convenable* comporte de multiples facettes parce qu'il existe un lien avec de différentes choses, y compris ce qui est *nécessaire* ou *souhaitable*, ou ce qui est *typique* ou *disponible*—ces choses doivent ensuite être liées à d'autres aspects tels que l'établissement de calendriers, les coûts, la pertinence, la qualité ou d'autres types et niveaux d'objectifs établis à l'échelle locale, provinciale ou nationale.

Afin que tout fonctionne bien, les gouvernements, les organismes de santé et plus récemment les responsables de la planification ont essayé d'établir des projections des besoins du système de santé en ce qui a trait aux ressources humaines de la santé. Hélas trop souvent, ces efforts n'ont pas donné les résultats voulus. La *planification* a donc, de façon générale, été au mieux réactive, très ponctuelle et non scientifique; au lieu de prévoir les problèmes, elle a plutôt répondu à des besoins ou tenté de régler les problèmes que posait le système. Au fur et à mesure que les systèmes de santé se complexifient et que l'éventail de fournisseurs et de travailleurs de la santé s'élargit, la nécessité d'améliorer les approches de la planification s'est fait plus pressante.

Objet et méthodologie

Le présent document a pour objet de présenter les résultats d'un examen des écrits publiés à l'échelle internationale sur la planification des effectifs de la santé et d'en déterminer l'incidence pour le Canada et les enseignements qu'il est possible d'en tirer. Il est à espérer que ces renseignements permettront d'atteindre un objectif plus fondamental, à savoir l'établissement d'un objectif et la mise sur pied d'un système fiable pour la détermination du nombre et de la répartition des médecins, des infirmières et infirmiers, et des autres fournisseurs de soins de santé dont on a besoin pour répondre aux besoins sanitaires des Canadiens en évolution constante.

Le projet reposait sur une approche en trois phases. La phase 1 comportait un examen général des écrits publiés à l'échelle internationale, ainsi que la consultation du site Web du gouvernement et d'autres sites Web et de personnes-ressources afin de déterminer ce que sont les politiques et les approches les plus prometteuses en matière de planification des effectifs. La phase 2 s'appuyait directement sur les résultats de la phase 1 : elle consistait à procéder à un examen plus détaillé et plus en profondeur des

Examen international de la planification des effectifs de la santé

écrits, des sites Web et des personnes-ressources à partir d'un choix plus restreint de pays prometteurs et d'approches les plus vraisemblablement pertinentes. Enfin, la phase 3 comportait la synthèse et l'analyse des renseignements réunis, le choix des approches les plus prometteuses et l'analyse de leurs répercussions pour le Canada.

Pour répondre aux besoins du projet en ce qui a trait à la collecte de renseignements, on a utilisé des termes clés comme celui portant sur la « planification des effectifs », la « planification de la main-d'œuvre », la « planification des ressources humaines de la santé » et autres. Le processus comportait des recherches par mots clés à partir de bases de données informatisées telles que MEDLINE, Publine et autres; l'identification des titres cités dans les sections de référence des études, et l'examen des bibliographies publiées sur ces sujets. On a également accédé à des « écrits semi-officiels » et à d'autres documents non publiés en faisant appel à tout un éventail d'associations gouvernementales, universitaires et professionnelles pour les divers secteurs de compétence à l'étude. À la lumière des observations de Santé Canada, on a déterminé quels sont les principaux fournisseurs de renseignements et on a communiqué avec certains d'entre eux relativement aux domaines et pays retenus pour l'examen.

En dépit de l'intérêt croissant que suscite le sujet à l'heure actuelle, il y a relativement peu d'articles utiles sur la planification des effectifs ou des renseignements suffisamment détaillés quant aux approches mises en œuvre par différents pays. Il semble que la plupart des pays aient toujours tendance à se concentrer sur la planification des effectifs en médecins et procèdent toujours à des examens périodiques, lesquels sont menés par les gouvernements, les associations professionnelles, les universités ou par d'autres instituts de formation. De plus, une grande partie de la documentation encore plus limitée sur les fournisseurs autres que les médecins tend à porter exclusivement sur une discipline à la fois, au lieu de se fonder sur une approche plus large englobant une grande partie des ressources de la santé ou étudiant celles-ci dans leur ensemble. On doit dresser un portrait global un peu comme on le fait pour un casse-tête, afin d'obtenir une vision plus complète des options qui pourraient être utiles à l'élaboration d'une approche intégrée à la planification des ressources en santé.

Aperçu du document

Dans la Partie II intitulée *Contexte*, on présente certains éléments de base de la compréhension de la planification des effectifs en adoptant pour ce faire un point de vue historique afin de tirer des enseignements du passé. Ces remarques sont suivies d'un aperçu des *définitions et significations* touchant la planification des ressources et des effectifs en santé. On y trouve une description des déséquilibres historiques résultant des surplus et des pénuries ainsi qu'une introduction aux mécanismes ou politiques visant à supprimer ces déséquilibres. Cette partie est suivie d'une présentation des diverses *questions et répercussions* qui ont récemment fait l'objet d'efforts continus visant à restructurer à la fois les organismes et les méthodes et à les réformer.

On donne ensuite un aperçu des méthodes actuellement utilisées aux fins de la planification des effectifs dans certains pays. La discussion comporte toujours deux parties. On indique d'abord quelques-unes des récentes *organisations* de planification des effectifs en Allemagne, aux Pays-Bas et en Australie où l'on a surtout mis l'accent sur les médecins. On traite ensuite de la Nouvelle-Zélande, des États-Unis et du Royaume-Uni (principalement l'Angleterre) où l'on tend à insister de plus en plus sur *l'ensemble* des effectifs et où l'on commence à recourir à la planification intégrée. Ces exemples illustrent bien les différences qui existent quant au contexte national et montrent les différences qui existent quant aux approches organisationnelles.

Dans la deuxième partie, on donne un aperçu des écarts nouveaux et changeants quant aux méthodes et processus utilisés dans certains pays. Il n'y est pas question des Pays-Bas, où la planification se fonde sur diverses approches touchant l'offre et la demande. Pour le moment, on ne dispose pas de renseignements détaillés quant aux méthodes utilisées. Pour décrire ce qui se passe en Allemagne, en Australie et au Royaume-Uni, on donne un aperçu des approches nationales. Les approches utilisées aux États-Unis ainsi qu'une autre mise en œuvre en Écosse constituent des exemples d'études ou d'exercices précis de planification des effectifs.

Pour conclure le document, on expose ensuite les *répercussions* de ces méthodes et on formule des recommandations en vue de l'adoption éventuelle d'une stratégie par le Canada.

Contexte

De la Deuxième Guerre mondiale à aujourd'hui

Au milieu du XX^e siècle, les activités de planification des effectifs étaient sporadiques, l'accent était alors surtout mis sur les médecins plutôt que sur les fournisseurs de soins de santé. Le cycle pénurie-surplus-pénurie développé à partir de la Deuxième Guerre mondiale était la norme. Il s'agissait là, dans une certaine mesure, d'un phénomène multinational englobant les pays de l'Europe de l'Est, les États-Unis, le Canada et d'autres pays, que le pays se soit ou non doté d'un système de santé public et social ou qu'il se soit donné un système reposant sur les lois du marché. Lorsqu'on reconnaissait pour la première fois qu'il y avait pénurie de médecins, c'était plus souvent qu'autrement par suite de la perception d'un problème plutôt que d'une étude exhaustive. Les études n'étaient pas coordonnées et celles qui ont été menées tout au long de cette période et même jusqu'à aujourd'hui l'ont principalement été une à la fois et elles appartenaient à un genre bien précis; elles étaient habituellement dirigées ou financées par l'un des principaux intervenants—le gouvernement ou la corporation de médecins ou par certains ministères (les associations professionnelles de médecins)—ou moins souvent, par les universités ou les écoles de médecine. Durant cette période, on a surtout cherché à accroître l'offre par l'augmentation du nombre de places en formation et même du nombre d'écoles de médecine (Rosenthal, Butter et Feld 1990, Doan 1990, Maynard 1990 & 1995, Ginzburg 1990).

À la lumière des études menées et grâce à l'expérience acquise avec le temps à l'intérieur des systèmes, on a pu finalement se rendre compte que tous les pays occidentaux devraient faire face à un surplus de médecins. À nouveau, bien qu'un plus grand nombre d'études étaient menées, elles étaient mal coordonnées et défendues par un ou plusieurs des principaux intervenants—tous, y compris le gouvernement, avec leurs intérêts propres. On a procédé à diverses évaluations reposant dans une grande mesure sur les ratios médecins-population et sur certaines comparaisons établies à l'échelle internationale. Les intérêts politiques ainsi que les intérêts des organisations de médecins, des facultés de médecine universitaires et de certains politiciens continuaient de favoriser la formation d'un nombre encore plus élevé de médecins. En général, le délai entre la reconnaissance de l'existence d'un problème et l'adoption d'une mesure était d'une décennie ou plus. Dans certains pays, comme l'Italie et le Mexique, le problème du surplus de médecins se pose toujours. Pour la plupart des autres pays de l'Europe de l'Ouest, les États-Unis et le Canada, la stratégie principale consistait à remédier au problème du surplus en réduisant le nombre d'admissions en médecine, voire en optant même pour la fermeture de certaines écoles de médecine. Au Canada, par exemple, on a diminué de 4 % les admissions dans les écoles de médecine en 1984 et de 10 % à nouveau en 1993. Encore là, mais de façon peu surprenante, conformément aux

tendances cycliques, de nombreux pays ont toujours un problème de pénurie de médecins.

Les problèmes hérités du passé

Cette période a constamment été caractérisée par l'utilisation de diverses méthodes pour la prédiction et l'évaluation du nombre et des types requis de médecins pour l'avenir. Elles ont trop souvent échoué à rendre compte des faits. Il y avait généralement absence de processus de planification des effectifs ou de gestion, et lorsqu'il en existait, ils étaient inefficaces. Ce phénomène était dû à un certain nombre de facteurs. Il n'y avait peu ou pas de planification structurée et coordonnée. Lorsqu'il y avait planification, elle était souvent menée de manière ponctuelle et trop souvent conditionnée ou financée par l'un ou l'autre des principaux intervenants. Les gouvernements, les écoles de médecine et les autres écoles de professionnels de la santé ont eu tendance à réfléchir selon leur perspective propre, une profession à la fois, et comme l'a fait remarquer Davies (2000) en parlant du Royaume-Uni, « les médecins planifiaient pour les médecins, les infirmières pour les infirmières et ainsi de suite. » Ce même phénomène a été constaté pour tous les pays ayant fait l'objet de l'étude. Il semble qu'il n'y ait eu que peu ou pas de collaboration entre les principaux intervenants dans le processus—et, dans de nombreux cas, on était en présence d'adversaires dont les intérêts étaient conflictuels. Dans l'ensemble, les études ou évaluations étaient rares et reposaient sur des méthodes non uniformes—de sorte qu'avec le temps on n'a tenu compte d'aucun rajustement et on n'a procédé à aucun affinement en tenant compte des changements survenus dans le milieu global.

Ajoutons à cela que les politiques ont beaucoup influé sur les perceptions et qu'elles ont été à l'origine de lenteurs à passer à l'action. Les gouvernements et les politiciens ne voulaient pas être privés des avantages liés au prestige découlant de la construction d'écoles de médecine et de la formation d'un plus grand nombre de médecins. Les pressions exercées par le public et une certaine résistance à l'égard des réductions des postes de formation, considérés comme des options de carrière fortement prisées et privilégiées ont amplifié ce phénomène. Les corporations de médecins ont commencé à protéger leurs propres intérêts. De façon assez intéressante, les postes, les stratégies et les tactiques adoptées ont varié selon la nature ou la situation du pays en ce qui a trait à la façon dont les médecins sont employés (poste gouvernemental, à contrat, employés ou travailleurs autonomes).

Dans les pays où les postes sont contrôlés par le système, on a commencé à augmenter le nombre de postes et réagi face au nombre de médecins en se demandant s'il n'y en avait pas trop étant donné le nombre de postes disponibles (d'où certaines réductions) ou s'il y en avait trop peu, afin de plaider en faveur d'une augmentation du

Examen international de la planification des effectifs de la santé

nombre de postes. Dans les cas où des frais modérateurs ont été imposés, on s'est, de façon caractéristique, montré réticent à augmenter considérablement le nombre de médecins car on avait l'impression que cela entraînerait trop de concurrence et réduirait le revenu des praticiens—on tenait pour acquis que s'il y avait croissance de la population ou de l'économie, cela fonctionnerait. Parallèlement, l'instinct de survie des universités et des écoles de médecine a eu pour effet de remplacer les résistances à la réduction importante des postes de formation et à la fermeture des écoles ou facultés (Doan 1990).

L'augmentation du nombre de diplômés à la suite de la Deuxième Guerre mondiale a, pendant plusieurs décennies, été en partie attribuable aux perspectives optimistes quant à la croissance de l'économie et à la croissance démographique. On s'attendait à ce que la demande en services augmente étant donné la croissance démographique et la capacité continue de payer pour cette expansion. La politique ou la pratique qui consistait à mettre l'accent sur les intrants (p. ex., les postes de formation) a montré que l'on n'avait pas évalué correctement le délai de six à dix ans pour la formation de nouveaux médecins, délai pendant lequel plusieurs conditions pourraient changer—et ont effectivement changé—au sein de la société et de la profession. Pour ce qui est de la mauvaise répartition (p. ex., les surplus dans les régions urbaines par opposition aux pénuries dans le centre-ville, les régions rurales ou isolées, etc.), la politique visant à s'en remettre à la création d'un surplus de médecins afin de créer un effet de débordement n'a pas fonctionné.

Le cas du Mexique illustre la faiblesse d'une telle approche puisqu'un surplus continu ayant donné lieu à du sous-emploi et au chômage des médecins dans les régions urbaines alors qu'il y a toujours pénurie de médecins dans les régions rurales et isolées. La mauvaise répartition des médecins demeure encore aujourd'hui un problème majeur dans la plupart des milieux (Rosenthal, Butter et Feld 1990, Frenk 1990). Le recours à une méthode analogue pour remédier à la formation d'un trop grand nombre de médecins afin de combler les déficits dans certaines disciplines a également échoué (AMWAC 2000, Klein 1990). Les ratios de médecins par tranche de population résultaient trop souvent des pressions exercées par les associations professionnelles, ce qui rendait leur validité douteuse. Maynard (1995) cite l'exemple du ratio proposé par la British Medical Association, soit de 1 médecin pour 1 700 patients, et les répercussions de l'existence de ratios plus élevés d'omnipraticiens par rapport à la population. Un ratio de 1 pour 3 000 nous aurait contraint à diminuer le nombre d'omnipraticiens de 13 000 et à envisager la possibilité de faire appel à 27 823 infirmières. Un ratio de 1 pour 4 000 nous aurait obligé à diminuer le nombre d'omnipraticiens de 17 000 et nous aurait permis de faire appel à 39 338 infirmières. Maynard recommande de faire preuve de circonspection dans l'examen des divers ratios et il fait de plus valoir la nécessité de ne pas limiter l'examen à la situation des médecins.

Le processus n'était pas suffisamment sophistiqué. On n'a pas, par exemple, suffisamment tenu compte des divers aspects des changements, survenus sur le plan démographique, par exemple, (ou de l'émergence d'une pensée fondée sur la population ou des corrélations possibles avec l'offre de fournisseurs), aux dynamiques professionnelles, au rendement des professionnels, à la réforme du système de santé et aux autres solutions organisationnelles, aux modifications éventuelles des schémas de fonctionnement ou des équipes multidisciplinaires selon une approche intégrée. Dans les comparaisons établies entre différents pays, on n'a pas suffisamment tenu compte des conditions particulières de chaque pays ou secteur de compétence. Bien qu'il puisse être en soi instructif de procéder à des évaluations brutes ou de type macro-économique en ce qui a trait à l'offre de médecins pour des tranches de population données, l'utilisation de ces renseignements, en l'absence de toute évaluation précise des réalités locales, peut donner lieu à des erreurs grossières.

À titre d'exemple, les heures de travail des médecins varient selon le contexte, ce qui nous amène à tirer des conclusions différentes selon le secteur de compétence. Le contexte juridique qui prévaut en Allemagne appelle d'autres remarques. L'Allemagne a un défi important à relever : mettre en place des contrôles relativement au nombre de fournisseurs. Ce phénomène est attribuable en grande partie à la constitution démocratique post-nazie, laquelle protège le droit des personnes de pouvoir faire des choix, y compris le choix d'accéder à l'enseignement et le choix de carrière, sans que le gouvernement n'interfère à cet égard. Les tentatives de contrôle du nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecine se heurtent donc à un défi particulier.

Même les méthodes de portée plus limitée qui ont été utilisées, telles que le ratio de médecins par unité de population (par tranche de 1 000, 10 000 ou 100 000) n'ont pas tenu compte de facteurs variables, évolutifs ou nouveaux tels que la composition travailleurs à temps plein et travailleurs à temps partiel; le nombre d'hommes et de femmes (ou tendance qui apparaît aujourd'hui, hommes et femmes médecins qui souhaitent maintenant avoir un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle), les écarts quant aux semaines de travail, etc. (Klein 1990). Et enfin, il y a eu, de façon permanente, absence de données uniformes et fiables—phénomène que l'on a toujours reconnu et pour lequel peu de choses ont été faites jusqu'ici. Et on n'a accordé que très peu ou pas d'attention aux infirmières et infirmiers, et à d'autres praticiens ou travailleurs de la santé.

Comprendre la planification des effectifs et des ressources de la santé

Après avoir défini le contexte historique et exposé les enseignements tirés, nous allons maintenant donner un aperçu des renseignements de base. On y précise notamment en quoi consistent les effectifs; on discute de la planification des effectifs et des concepts connexes et enfin, on définit ce qu'est la planification des effectifs. Enfin on clôt par une discussion des enjeux du système et des grands enjeux politiques auxquels les différents pays devront faire face.

L'évolution des effectifs de la santé

Les effectifs de la santé sont un regroupement de plus en plus diversifié de personnes et de groupes qui travaillent dans des milieux fort divers. Il est tout particulièrement important de le comprendre étant donné les répercussions qu'a le mouvement vers la planification de l'ensemble des effectifs—qu'il s'agisse de chaque profession ou métier ou de la planification intégrée ou mixte des ressources.

Bon nombre de facteurs sont à l'origine des caractéristiques actuelles des effectifs de la santé, notamment les tendances récentes. Les contraintes financières sont l'un des facteurs les plus importants. La tendance à délaissé les soins en établissement pour s'en remettre davantage à des modèles de prestation de services fondés sur la collectivité constitue un autre facteur. L'accent sur la responsabilité des individus et de la collectivité de même que sur la prévention et la promotion de la santé a des répercussions qui modifient le comportement organisationnel en matière de soins de santé et nous oblige à recourir à de nouveaux moyens de communication et de diffusion des renseignements. La tendance à mettre à nouveau l'accent sur les soins primaires et l'apparition d'une nouvelle technologie soulèvent des questions en ce qui a trait aux services « médicalement nécessaires ». Elle fait de plus ressortir les limites actuelles de la formation et de l'expérience des professionnels des soins de santé. On commence à mettre au jour les lacunes et les entraves que présentent les méthodes de financement, d'administration, de formation et de prestation des services actuellement mises en œuvre. Parallèlement à ces changements, de nouvelles possibilités se présentent et de nouveaux rôles sont créés pour les ressources humaines en santé, ouvrant ainsi la voie à un avenir où les *services dispensés* pourraient devenir plus importants que les *praticiens* qui en assurent la prestation. Les fonctions antérieurement exclusives à un seul groupe pourraient, à la faveur de la réforme du système, être exécutées par d'autres personnes et il pourrait y avoir un groupe numériquement plus important de « premiers points de contact »

favorisant l'accès des consommateurs au système. Toutes ces conditions ont des répercussions sur la planification des effectifs.

Même s'il s'agit d'un groupe qui représente une partie importante des dépenses en soins de santé, les effectifs de la santé ne sont pas nécessairement bien connus ni compris dans leur ensemble. Dans un premier temps, il importe d'en évaluer l'ampleur. Comme les effectifs de la santé ne représentent pas un groupe fixe, cette tâche n'est pas facile. La signification de ce terme varie selon la perspective qu'adoptent les intervenants et selon les classifications et niveaux de professionnels des soins de santé que l'on y inclut. Les termes selon lesquels on traite des ressources humaines de la santé peuvent influencer sur la façon dont on comprend ou évalue leurs rôles. Ces termes définissent souvent les conditions en vertu desquelles ils doivent fonctionner. Le manque d'uniformité et la marge d'incertitude qui existe quant aux définitions et à la typologie des professions que l'on retrouve dans l'ensemble du système de santé ont pour effet de perpétuer un manque de clarté lequel empêche tout examen global des ressources humaines de la santé, qui permettrait de les évaluer correctement d'un point de vue national.

L'Organisation mondiale de la santé a utilisé le terme « ressources humaines pour la santé » pour désigner « tous ceux qui contribuent à l'atteinte des objectifs du système de santé, qu'ils aient ou non reçu une formation formelle ou occupé un emploi dans le secteur de la santé organisationnelle » (OMS 2000). Il n'existe pour le moment dans les écrits aucune typologie élargie qui englobe ce point de vue très large et globale. Dans la plupart des façons de voir, on tend à se concentrer sur les prestataires de soins directs et on met tout particulièrement l'accent sur ceux qui sont le plus facilement reconnaissables à l'intérieur du système (p. ex., les médecins, les infirmières, etc.). Selon d'autres points de vue, on établit des catégories de fournisseurs jouissant d'une plus grande latitude et dispensant des soins directs (p. ex., médecins, dentistes, etc.) distincts de ceux qui sont considérés comme accessoires ou complémentaires (p. ex., les infirmières, les assistants dentaires) ou de ceux qui peuvent se substituer à un fournisseur de soins primaires (p. ex., les infirmières, les sages-femmes, les thérapeutes dentaires, etc.). De telles classifications ont toutefois pour effet de laisser dans l'ombre des domaines isolés lorsque, par exemple, des infirmières assument des rôles élargis en offrant bon nombre de services « médicaux ».

Les ressources humaines de la santé ont souvent été classées selon qu'elles étaient ou non visées par une réglementation ou qu'elles étaient reconnues. Au Canada, par exemple, 37 professions réglementées sont reconnues aux fins de l'Accord sur le commerce intérieur, alors que seulement 12 professions ont été reconnues dans toutes les provinces (Santé Canada 2000); si on ajoute les territoires, seules neuf professions sont reconnues. Les modes de financement sont à l'origine d'un manque d'uniformité dans le pays : certaines professions sont financées de façon prédominante par le système

Examen international de la planification des effectifs de la santé

public à payeur unique alors que d'autres dépendent d'un financement privé à sources multiples. La plupart des professions largement reconnues, y compris les médecins et les infirmières, sont, de façon prédominante, financées par le système public à payeur unique, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire d'un employeur reconnu (p. ex., hôpital).

Les dentistes sont une autre profession largement reconnue et faisant l'objet d'une réglementation uniforme. Mais cette profession est, de façon prédominante, financée par le secteur privé (à l'exception dans la plupart des provinces, de certains soins hospitaliers). Bon nombre de professions réglementées sont exercées tout à fait indépendamment du milieu financé par le public. Tel est le cas, par exemple, des médecins naturopathes. Certains fournisseurs propres aux Premières nations n'ont pas encore été officiellement reconnus par les provinces, et elles ne peuvent, en conséquence, exercer leur métier dans le reste du système. Étant donné ces conditions très diverses et que la main-d'œuvre a évolué avec le temps—on a élaboré différentes méthodes quant à la formation, l'octroi de permis, les notions de compétence et la réglementation des conditions d'exercice. Ces écarts à l'égard des modalités de réglementation et des conditions de la reconnaissance et de la rémunération, posent des défis particuliers à la réforme du système de santé et à une gestion appropriée des ressources humaines de la santé.

Comme aucun système ne peut saisir correctement et, de façon uniforme, l'éventail complet des efforts déployés par les humains à l'intérieur des systèmes de santé, les quelques points qui suivent résument en termes simples les types de groupes de ressources humaines de la santé qui existent au Canada. Cette typologie a tout simplement pour objet de servir de fondement général à partir duquel évaluer la diversité des effectifs. Elle rend compte de la typologie plus large suggérée par l'Organisation mondiale de la santé, laquelle se fonde sur des exemples représentatifs de groupes de ressources humaines dans chaque catégorie.

- ✧ **les consommateurs/utilisateurs** : Les patients qui se soignent eux-mêmes et les familles qui prodiguent délibérément une grande quantité de soins
- ✧ **les ressources non professionnelles** : Les bénévoles et autres personnes aidantes de la collectivité (chefs religieux/clergé)
- ✧ **les fournisseurs de soins directs réglementés** et d'autres professionnels : à titre d'exemple, mentionnons les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes, les dentistes, les chiropraticiens, les audiologistes, les optométristes, les pharmaciens, les infirmières auxiliaires, les diététiciens et les psychologues (pour des exemples de professions réglementées voir l'annexe)

- ✧ **les fournisseurs de soins œuvrant dans des milieux donnés** tels que les Premières nations : les travailleurs du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), les représentants en santé communautaire, les dentothérapeutes
- ✧ **les fournisseurs et les professionnels de soins de santé auxiliaires** : à titre d'exemple, mentionnons les pathologistes, les radiologistes, les technologues de laboratoire, les hygiénistes dentaires
- ✧ **les professions non réglementées/autres** : parmi quelques exemples, mentionnons les aides soignantes, les herboristes, les aînés, l'iridologie, l'homéopathie, le shiatsu, la réflexologie

Il existe aussi d'autres domaines de la santé qui ne participent pas directement aux traitements, mais qui ne font pas moins partie de l'infrastructure d'aide et qui influent sur les décisions prises au sein du système de santé. En voici quelques-uns :

- ✧ **Technologie de l'information** : le personnel chargé d'appuyer le développement, la gestion, la formation et l'entretien permanent des systèmes d'information, du matériel connexe et des logiciels, etc.
- ✧ **Administratif/gestion** : les cadres des soins de santé, les agents financiers et le personnel des soins de santé, les agents des ressources humaines de soins de santé, etc.
- ✧ **Le soutien des fonctions d'« accueil »** dans les établissements et soins à domicile : entretien, service alimentaire, tâches d'entretien et de garde, tâches administratives, etc.
- ✧ **Universitaire/enseignement** : professeurs/personnel administratif participant à l'enseignement en santé/promotion de la santé dans les universités, les collèges communautaires, et autres établissements d'enseignement, etc.
- ✧ **Universitaire/évaluatif** : les représentants de la communauté des fournisseurs de soins de santé qui évaluent les recherches, auxquels s'ajoutent les statisticiens, les économistes, les responsables de l'élaboration des politiques en matière de santé et de la conception des systèmes/organisationnels, les géographes de la santé, etc.
- ✧ **Gouvernement** : les ressources humaines du ministère fédéral de la Santé, des ministères provinciaux et d'autres bureaucraties ministérielles, les conseils régionaux de santé, etc.

Examen international de la planification des effectifs de la santé

Les données ci-dessus donnent un portrait plus complet des ressources humaines œuvrant dans le domaine de la santé que le tableau que l'on dresse traditionnellement de ce domaine. Un système plus précis visant à circonscrire et quantifier les sous-groupes de ressources humaines de la santé, se fondant sur des termes, des mesures et des valeurs communs, permettrait de constituer à tous les niveaux une assise de données plus solide à partir de laquelle on pourrait procéder à la planification et à la gestion de manière efficace et équilibrée. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, assurer une offre de professionnels associés ayant reçu une formation adéquate en matière de questions de santé, comme des économistes, statisticiens, administrateurs, gestionnaires et comptables – est un problème d'ordre systémique. On a donc demandé que des stratégies conséquentes soient mises en œuvre afin de s'attaquer à ce problème. Dans tous les cas, il importe de garder à l'esprit cet éventail très large de ressources humaines de la santé lorsqu'on examine les questions et enjeux liés à la politique, à la planification, à la gestion et à la formation des ressources de la santé, puisque celles-ci ont une incidence sur un groupe plus important qu'on ne le reconnaît au premier abord (Marriott et Mable 1996).

La planification des effectifs de la santé

Définitions et significations diverses

On peut saisir l'importance de la planification des effectifs sous l'angle de son rôle dans la prévision des ressources totales requises pour les nouvelles organisations de santé intégrées et pour la planification, compte tenu des changements eu services de santé des réformes organisationnelles et de systèmes. Les répercussions connexes et les propositions politiques touchant la gestion renforcent à la fois l'importance de la gestion des déséquilibres et font ressortir les limites des mécanismes de politiques dont on dispose pour les mettre en œuvre. Pour comprendre toutes ces répercussions, il faut d'abord se pencher sur les diverses interprétations que l'on prête à la planification des effectifs.

La planification des effectifs a été définie comme étant « le processus qui consistait à évaluer le nombre de personnes et le type de connaissances, de compétences et d'attitudes requises pour atteindre les objectifs de santé prédéterminés et, en dernière instance, les objectifs quant à l'état de santé » (Hall 1978). Une autre définition repose sur une perspective plus large reflétant l'orientation de la réforme des soins de santé. Elle englobe la planification des ressources comme étant « la planification intégrée des ressources humaines de la santé et comportant la détermination du nombre, de la composition et de la répartition des fournisseurs de soins de santé dont on doit disposer pour répondre aux besoins en santé de la population à un moment donné » (O'Brien-Pallas et autres 2000). D'un point de vue qui met en lumière la priorité

multiculturelle, on a, aux États-Unis, présenté l'objectif de la planification des effectifs comme étant « de pouvoir dispenser des services de soins de santé essentiels à tous les Américains, capacité reposant sur un approvisionnement adéquat et caractérisée par une composition raciale et ethnique, une composition donnée de spécialités et une répartition géographique des médecins et autres professionnels de la santé » (COGME 2000).

Tel qu'il est exprimé en termes simples au Royaume-Uni, l'objectif fondamental de la planification des effectifs est de « veiller à ce qu'il y ait suffisamment de personnel disponible et possédant les compétences requises pour dispenser des soins de très grande qualité aux patients » (ministère de la Santé 2000). La planification devrait de plus répondre à la question de base suivante : « Est-ce que l'offre de travailleurs en santé est suffisante pour répondre aux besoins en soins de santé de la population visée? » (HRSA 2000). L'Australie ajoute une précision : à l'échelle macro-économique, la planification fait intervenir l'évaluation du nombre de travailleurs de la santé requis pour répondre (sans les dépasser) aux besoins futurs de la population afin de parvenir à un équilibre entre l'offre et les besoins. À l'échelle micro-économique, la planification englobe la détermination des fonctions et des tâches attribuées aux ressources (AMWAC 2000). Un volet important de la planification consiste maintenant à veiller à ce que les effectifs de la santé aient les compétences collectives adéquates pour offrir des soins de haute qualité et à ce que leur composition représente fidèlement la composition culturelle et raciale de la population servie (HRSA 2000). La planification devrait donc tenir compte des caractéristiques des effectifs eu égard au niveau des compétences, à leur pertinence et leur capacité de comprendre les caractéristiques de la population servie.

La planification des effectifs tend de plus en plus à être effectuée en termes plus larges; on tend à dépasser le simple dénombrement des travailleurs, les types ou endroits, pour tenir compte du moment et de la façon dont ils sont ou seront *produits* (c.-à-d. universités/collèges et programmes de formation) de même qu'à la façon dont ils sont ou seront *gérés* (c.-à-d. mise en place et maintien, ou recrutement/maintien en poste, rôles et fonctions à l'intérieur des modèles organisationnels nouveaux ou actuels, la politique de rémunération, travail d'équipe ou interdisciplinaire, etc.).

On peut également appliquer la planification à des situations plus spécifiques ou à un contexte particulier. Par exemple :

- ✧ l'offre et les besoins actuels ou l'offre et les besoins futurs;
- ✧ les différents contextes de prestation de soins de santé (p.ex., hôpitaux ou établissements de soins de longue durée);
- ✧ les professions ou activités particulières (p.ex., infirmières ou dentistes);
- ✧ les différents systèmes de prestation (p.ex., soins aigus ou santé mentale);

Examen international de la planification des effectifs de la santé

- ✧ les populations précises visées (p.ex., les aînés ou les enfants);
- ✧ les problèmes de santé précis (p.ex., SIDA ou maladies du cœur);
- ✧ les initiatives de politique précises (p.ex., élargir l'accès aux soins primaires) (HRSA 2000).

D'autres facteurs importants viennent s'ajouter à la nature multidimensionnelle de la planification. Le premier de ces facteurs veut que la planification des effectifs ne soit pas menée dans un espace vide—les systèmes de santé et les populations servies forment un milieu dynamique où les problèmes évoluent constamment et se chevauchent, les besoins et les objectifs qui n'attendent pas que les responsables de la planification s'y attaquent. Ces conditions ont pour effet d'accroître la complexité et le caractère rattrapage de la planification pratiquée jusqu'ici, dans des circonstances qui évoluent constamment, puisque les intervenants essaient de mieux anticiper les problèmes. De plus, les types de besoins en renseignements tels que ceux qui ont été indiqués ci-dessus semblent être et dans de nombreux cas, peuvent être, présentés de façon plus concise (infirmières, effectifs, système de prestation, politiques), mais ce ne sont pas là que de simples « chiffres ». Ils sont en fait intégrés à de nombreux sous-éléments et variables—ou sont sous-tendus par ceux-ci—qui, pour diverses raisons, ont éludé toute documentation ou évaluation précise ou pertinente.

Un autre facteur ayant contribué à complexifier la planification est qu'il existe de très nombreux intervenants qui ont peut-être influé sur le processus de planification des effectifs dans tous les secteurs de compétence, qu'ils relèvent ou non de la sphère traditionnelle des soins de santé. Les intervenants intersectoriels peuvent comprendre des associations professionnelles, des écoles de médecine et autres établissements de formation des fournisseurs de soins de santé, des facultés, des organismes gouvernementaux, y compris les ministres de la Santé, les hôpitaux, d'autres employeurs de la santé et le système de santé financé à même les deniers publics. Les intervenants intrasectoriels peuvent comprendre les gouvernements nationaux et provinciaux, les États, les universités, les collèges, les parents, les étudiants, les syndicats, les partis politiques, l'industrie des assurances (pour des domaines complémentaires et non assurés au Canada) (Rosenthal, Butter et Feld 1990, et Doan 1990), auxquels on devrait ajouter les *citoyens*.

Le processus

On peut décrire la planification des ressources de la santé comme étant tout simplement la recherche d'un équilibre dans l'« équation » offre et demande de services de santé. Les deux « termes » de l'équation rendent compte de sous-éléments qui évoluent en permanence selon des changements des caractéristiques et la disponibilité des ressources d'une part, et selon les « besoins » en santé ou objectifs en santé, d'autre part. Ces deux termes doivent tenir compte de buts ou de paramètres systémiques plus larges. En termes très simples, les étapes de base de la planification font intervenir l'analyse, puis l'élaboration et la mise en œuvre d'un *plan d'action*, lesquels sont suivis à leur tour d'une *évaluation* et de la *surveillance* du milieu des ressources afin que des commentaires puissent être formulés en ce qui a trait *aux améliorations ou aux changements* qui se produisent avec le temps.

À la phase analytique de l'offre, on examine l'offre actuelle et future en ressources humaines, puis on fait des projections en ce qui a trait à deux principales entrées—les nouveaux diplômés et les immigrants provenant d'autres pays et deux sorties—les retraites et les décès et l'émigration vers d'autres pays. Grâce à cette analyse, on peut déterminer l'offre actuelle selon la discipline, le pays, la province, la région et, dans certaines régions géographiques désignées, selon certaines combinaisons de tranches de population, de statuts économiques ou d'autres indicateurs démographiques. Les prévisions se fondent sur les effectifs actuels et sur le nombre prévu de diplômés, lequel est corrigé d'après les heures moyennes travaillées selon diverses cohortes d'âge et de sexe et l'âge prévu de la retraite. On projette l'offre en se fondant sur la situation actuelle. On part des effectifs actuels puis on procède à certains rajustements selon les sorties probables (p. ex., retraite) et les entrées prévues (p. ex., les nouveaux diplômés).

L'analyse des besoins actuels et futurs en ressources humaines de façon à répondre aux « besoins » et à la demande de la population est plus subjective et fait intervenir un certain nombre de mesures. Ces projections doivent reposer sur l'adéquation des effectifs actuels et des tendances probables quant aux besoins. On examine ensuite l'offre et les besoins futurs afin de déterminer s'il y a surplus ou pénurie et, à partir de là, on détermine quelles mesures prendre pour que les effectifs répondent aux besoins de la population (AMWAC 2000; Horvath, Gavel et Harding 1998).

Parmi les innovations récentes, mentionnons la capacité de se pencher sur chaque spécialité à l'intérieur de la médecine de même que la reconnaissance de plus en plus importante à la fois des répercussions et de la nécessité d'inclure les infirmières et autres professionnels de la santé dans le processus de planification. Conformément à la réforme des systèmes de santé, on tient de plus en plus compte des répercussions de l'introduction d'équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires liées aux organismes de

soins de santé primaires et aux organismes de soins de santé à intégration verticale qui sont les organismes qui assument de plus en plus la « série complète » de services offerts aux populations servies. L'*intégration* de la planification des effectifs renvoie principalement à la planification pour la totalité des effectifs de la santé dans le cadre d'une politique qui soit multidisciplinaire ou interdisciplinaire. Une telle situation peut toutefois avoir des conséquences sur la planification des effectifs, notamment :

- ✧ entre la planification des effectifs et celle des services et entreprises à l'échelle de la fiduciaire;
- ✧ entre les différents groupes de travailleurs de la santé;
- ✧ vers des effectifs intégrés formés d'équipes multidisciplinaires;
- ✧ cette situation suppose également qu'il faut s'attaquer à l'interface entre les soins primaires et les soins secondaires de la santé;
- ✧ entre les soins de santé et les soins à caractère social;
- ✧ entre l'enseignement professionnel et la formation professionnelle (Edmonson 1999).

Répercussions des surplus et des pénuries

S'efforcer de parvenir à un « équilibre » est particulièrement important étant donné l'incidence des surplus et des pénuries. Bien que la plupart des écrits traitent de ces questions en termes de surplus ou de pénurie de médecins, bon nombre des répercussions peuvent également toucher d'autres fournisseurs de soins de santé œuvrant au sein du système. Les surplus favorisent la « concurrence » pour les patients, ce qui, selon certains, serait susceptible de miner le prestige et le pouvoir de la profession et pourrait donner lieu à la prestation de services inutiles et à d'autres pratiques qui, tout compte fait, nuisent au bien-être des patients. La production d'un « excédent » de fournisseurs [p. ex., au-delà de ce dont on a besoin] au moyen des deniers publics entraîne des frais « inutiles » d'enseignement et de formation, lesquels représentent un coût public élevé dans tous les pays, y compris les États-Unis. En retour, de telles pratiques ont pour effet de hausser les coûts du système de santé dans son ensemble. Cela peut également nuire à l'accès aux soins. Les médecins seront soit en chômage, soit sous-employés ou encore affectés à des tâches autres que celles pour lesquelles une formation et un enseignement longs et coûteux leur ont été dispensés. Les ressources ne conserveront peut-être pas leurs compétences si le taux de consultation est insuffisant. La possibilité de « trop » servir les clients augmente lorsque les médecins et les prestataires de services rémunérés à l'acte réagissent au surplus en étant tout simplement plus actifs (p. ex., en prévoyant davantage de patients pour des consultations plus fréquentes) – le

soi-disant effet « élasticité ». De telles pratiques pourraient éventuellement donner lieu à une augmentation des coûts de même qu'à des effets moindres sur la santé de la population.

Inversement, les pénuries font en sorte que les patients ne seront peut-être pas en mesure de recevoir les services dont ils ont besoin ou devront faire de longues lignes d'attente pour obtenir ces services. Peu ou moins de temps sera disponible pour chaque personne et l'on tiendra moins compte des problèmes propres aux groupes agrégés. Les professionnels des soins de santé et les praticiens et le personnel associé seraient surmenés selon les tendances observées, les médecins pourraient se montrer de moins en moins disposés à œuvrer dans des régions où les besoins médicaux sont énormes (p. ex., les régions rurales et éloignées, les grandes villes), ce qui pourrait donner lieu à un approfondissement des écarts quant à l'accès aux médecins (p. ex., pauvres par opposition aux riches) pour différentes populations. En raison de l'aspect inflationniste des mesures d'incitation financière ou d'autres mesures prises par certaines administrations municipales afin d'attirer des médecins, ce genre de situation pourrait, de façon analogue, donner lieu à une augmentation des coûts de même qu'à une réduction des résultats pour la santé de la population (The Centre for Health Professions 1997, Klein 1990, AMWAC 2000). Enfin, les deux scénarios ont des répercussions négatives semblables sur les coûts du système et les soins des patients.

Mécanismes et possibilités d'action permettant de s'attaquer au déséquilibre des effectifs

Certaines politiques prévoient des leviers et des mécanismes qui permettent de s'attaquer aux déséquilibres des effectifs, y compris le surplus, les pénuries et la mauvaise répartition.

Voici quelques façons de faire face au surplus :

- ▲ encourager le recours à des remplaçants [afin de réduire la demande de praticiens à coût élevé]
- ▲ favoriser l'autogestion des besoins en soins grâce à la diffusion de renseignements ou à d'autres stratégies
- ▲ réduire la demande en modifiant les attentes des consommateurs
- ▲ réduire le nombre d'admissions dans les universités et programmes de résidents en général
- ▲ réduire les concours pour l'enseignement et le flux de fournisseurs étrangers

Examen international de la planification des effectifs de la santé

Parmi les moyens à prendre pour faire face aux pénuries, mentionnons les suivants :

- ▲ accroître la rémunération des fournisseurs de soins de santé dans des domaines où il y a des pénuries
- ▲ créer des primes pour le recrutement et le maintien en poste ou y recourir plus souvent
- ▲ recourir à des mesures d'incitation au recyclage afin de former à nouveau les professionnels dans des domaines de compétences où l'offre est faible
- ▲ recourir à des mesures d'incitation à la mobilité afin d'encourager le déplacement dans des zones géographiques où l'offre est faible
- ▲ admettre davantage d'étudiants en médecine
- ▲ intensifier la circulation de fournisseurs étrangers au sein des effectifs
- ▲ faciliter leur réadmission en recourant à des programmes de recyclage, redéfinir les tâches afin de les rendre plus attrayantes, etc.
- ▲ intensifier le recours à la technologie afin d'élargir la gamme des services dispensés (p. ex., télésanté).

Moyens à mettre en œuvre pour faire face à la mauvaise répartition :

- ◇ augmenter les possibilités de formation dans les domaines où des services sont dispensés;
- ◇ admettre davantage de membres des minorités sous-représentées dans les programmes scolaires et de résidence; (The Centre for Health Professions 1997, Duckett 2000).

Les problèmes qui continuent de se poser et leurs répercussions sur la planification des effectifs

Comme une attention de plus en plus grande est accordée à d'autres membres des effectifs de la santé que les médecins, les responsables de la planification des effectifs de la santé continuent, dans de nombreux pays, à faire face à un certain nombre de problèmes et de défis dans ce domaine en développement. De telles conditions représentent un obstacle à la fois à la planification des effectifs et à la mise en œuvre de stratégies plus larges en vue de la réforme du système. La volonté de résoudre ce problème est à l'origine de l'actuelle tendance qui consiste à repenser la planification des effectifs elle-même. Les politiques relatives aux ressources en santé n'ont pas été

dynamiques (Osterweiss et autres 1996). Schroeder (1994) a décrit de nombreux obstacles éventuels à la réforme des effectifs, y compris :

- ✧ « Les attitudes :
 - ▲ Les inquiétudes soulevées quant au degré de précision des projections établies
 - ▲ La volonté de laisser les forces du marché agir
 - ▲ La méfiance à l'égard des gouvernements
 - ▲ La répugnance manifestée à l'égard de la réglementation
 - ▲ La résistance au changement au sein de la médecine universitaire
- ✧ Les détails et la logistique :
 - ▲ La phase de transition
 - ▲ Le fait qu'il y ait autant de perdants que de gagnants?
 - ▲ La suppression de postes de résidents
 - ▲ La pression exercée par les parents. »

De plus, les hôpitaux craignent que des postes de résidents en médecine soient supprimés (comme on l'a vu dans l'État de New York), lesquels « représentent une source de main-d'œuvre captive, disponible et peu coûteuse. Si cette main-d'œuvre était supprimée, son remplacement pourrait en coûter 750 millions de dollars à l'État par année. En réduisant les places pour résidents dans les spécialités, on risque à la longue de diminuer l'expertise spécialisée qui a jusqu'ici si bien servi l'État de New York qui attire les meilleurs médecins et qui est au premier rang pour ce qui est des découvertes médicales. La réduction des places pour résidents est en outre exacerbée par la tendance récente qui consiste à limiter la semaine de travail des résidents à 80 heures ou moins. »

Du point de vue de la politique, les ressources humaines de la santé et la planification des ressources n'ont été que faiblement liées aux politiques nationales en matière de santé et aux besoins en santé de la population (O'Brien-Pallas et autres 2000). On peut en dire autant des liens avec la planification plus large des services. Le fait que l'on mette l'accent sur les services plutôt que sur certains fournisseurs de soins de santé peut nous amener à tirer différentes conclusions quant à savoir quels fournisseurs ou ensemble de fournisseurs devraient offrir ce service. Comme l'a montré Mirvis (1999), « peut-être devons-nous aborder le problème sous un autre angle—se pencher sur le « soin des généralistes »—c.-à-d. les soins coordonnés y compris les mesures préventives et touchant le bien-être. »

Les fournisseurs posent également d'autres problèmes. Rosenthal, Butter et Feld (1990) soulignent la tendance à considérer les médecins « de façon isolée » par rapport à tous les autres types de ressources humaines de la santé – en particulier ceux dont les compétences et les capacités sont complémentaires et substituables. Ils soulignent la nécessité d'aller au-delà de la planification par profession et spécialité et d'adopter une démarche plus globale. Parallèlement, l'acceptation d'autres professionnels et des rôles qu'ils sont susceptibles de jouer présente d'autres défis. Ils font notamment face à certaines contraintes juridiques et les questions de savoir quel groupe est en mesure de mener telles activités. La prescription des médicaments présente des difficultés particulières, étant donné que cette tâche relève traditionnellement du médecin. Dans le milieu actuel où existent des besoins en haute technologie pour de nombreuses tâches infirmières, le rôle prescripteur « traditionnel » des médecins pourrait devenir caduc surtout lorsqu'il s'agit de médicaments mineurs.

De plus, certaines professions ont parfois manifesté de la résistance face aux rôles joués par d'autres professions. Pour citer à nouveau l'exemple des infirmières, mentionnons les innombrables cas de résistance du personnel médical face à la délégation de certaines tâches aux infirmières. Les médecins ne sont toutefois pas les seuls à manifester de la résistance. On observe le même phénomène dans une certaine mesure à tous les niveaux hiérarchiques des professionnels de la santé. « On en trouve principalement des exemples parmi les médecins et les infirmières, les infirmières et les professionnels liés à la médecine—les physiothérapeutes, les thérapeutes, etc., et parmi les divers professionnels de la santé alliés » (Gill 1996).

Dans la planification des effectifs, il faut également tenir compte du temps à consacrer à la formation des professionnels—étant donné les longues périodes de formation qui s'appliquent aux médecins et en particulier aux spécialistes. En Suède, on a utilisé un horizon de planification de 13 ans alors qu'en Australie, on planifie 10 ans à l'avance en apportant des rajustements selon la discipline ou la spécialité (AIHW 1996). Étant donné ce délai, les prédictions quant aux besoins en fournisseurs pourraient bien changer en raison de circonstances imprévues. Bon nombre de professionnels souhaiteraient « changer » de spécialité, mais l'absence de souplesse quant au cheminement de carrière fait qu'il est difficile de changer de spécialité sans avoir à reprendre la formation depuis le début. De plus, dans les régions rurales, il est nécessaire que les généralistes acquièrent d'« autres » compétences dans les domaines de spécialités choisis (Edmonson 1999).

Les attitudes des professionnels changent également. Ils souhaitent notamment mener une vie plus équilibrée, notamment passer du temps avec leur famille et cultiver d'autres intérêts en dehors de leur travail. Comme l'a exprimé Saltman (1995), « en dépit des croyances que nous avons à propos de nous-mêmes et des attentes de nos patients,

aucun omnipraticien n'est une banque de savoir médical jour et nuit. Nous avons tous besoin de temps libre. » Ces limites humaines ont une incidence sur les « heures de travail » des professionnels et la nécessité de faire preuve d'une plus grande souplesse pour ce qui est des options possibles quant aux nouveaux accords de travail tels que le partage d'emploi, et le travail à temps partiel de façon permanente (AIHW 1996).

L'âge moyen des effectifs augmente alors que l'âge de la retraite tend à diminuer (AIHW 1996, Buchan et Edwards 2000). Ces chiffres s'appliquent tant aux médecins qu'aux infirmières et infirmiers. Dans le cas des infirmières, ce phénomène peut résulter en partie de la mise à pied d'infirmières ayant moins d'ancienneté et donc au rajeunissement des effectifs à la faveur de la restructuration et de la réduction des effectifs qui ont eu lieu dans le secteur hospitalier et dans d'autres secteurs au milieu des années 1990 un peu partout dans le monde. Cela signifie aussi, qu'à l'exception de celles qui ont quitté leurs pays respectifs, il y a des infirmières qui seraient peut-être intéressées à réintégrer la profession, si des mesures d'incitation pertinentes étaient prévues. Enfin, dans de nombreux secteurs de compétence, le problème de la mauvaise répartition des fournisseurs persiste toujours. Il arrive souvent que la population des grandes villes et celle des régions rurales et éloignées ne puissent avoir accès à un médecin, et les infirmières sont, dans de nombreux cas, contraintes de jouer le rôle de fournisseur de soins de santé primaires.

À de nombreux endroits, l'accès rapide à des renseignements pertinents et de bonne qualité n'est pas toujours possible. Il est nécessaire de soutenir, par divers moyens, l'analyse de l'offre, de la demande, des besoins et des autres aspects liés à la planification des effectifs (de Roo 1990). Les renseignements ne sont pas uniquement des données ou des chiffres. Ils ont également trait à l'évaluation des répercussions d'autres dynamiques susceptibles d'influer sur la planification des effectifs de la santé, telles que les conséquences des nouvelles ententes institutionnelles (Rosenthal, Butter et Feld 1990, Klein 1990). Il importe donc de bien comprendre les répercussions qu'ont sur les effectifs les nouveaux organismes de santé de soins primaires et les organismes de santé à intégration verticale (c.-à-d. les organismes chargés de l'ensemble des services de santé pour une population donnée), lesquels comprennent des équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires et prévoient d'autres formes de financement et de rémunération, telles que la rémunération par capitation.

L'évolution de nouvelles ententes organisationnelles fait en sorte qu'il est nécessaire de tenir compte des inscriptions des clients lors de l'élaboration des politiques et des méthodes. Les écarts comprennent, par exemple, l'inscription de clients auprès d'une organisation par opposition à l'inscription auprès d'un fournisseur donné. Dans ce contexte, il s'agit surtout de savoir clairement si les patients sont inscrits (et soignés) auprès de systèmes ou groupes de fournisseurs ou auprès d'un seul médecin. Peuvent

Examen international de la planification des effectifs de la santé

également faire partie de ces systèmes, des infirmières praticiennes, des pharmaciens cliniciens, des responsables de l'éducation des patients, etc. Dans un tel système, il serait difficile, voire impossible, d'attribuer le rôle de fournisseur principal à une personne ou à une spécialité donnée (Mirvis 1999, Marriott et Mable 2000 et 2001).

La politique d'inscription de clients a également d'autres répercussions. Si la seule option consiste à s'inscrire auprès d'un « seul » fournisseur (habituellement un médecin), elle est susceptible de renforcer les barrières actuellement dressées contre les infirmières et infirmiers, et d'inciter d'autres personnes à exercer leur profession de façon indépendante selon leur formation, leurs compétences, ou leur potentiel, de sorte que d'autres personnes devront faire l'objet d'une supervision » (ce qui peut amener des médecins ou d'autres travailleurs de la santé à consacrer du temps et des efforts à la supervision). Une telle pratique peut également aller à l'encontre du droit des citoyens de demander des soins auprès d'autres fournisseurs de l'organisation, telles que infirmières praticiennes, en plus du choix de leur médecin.

Certains enjeux sont liés au recrutement international et à la migration des professionnels de la santé et aux répercussions de ces phénomènes sur la planification des effectifs. Ces enjeux ont trait aux politiques visant les médecins formés à l'étranger dans le cadre de la nouvelle offre. Ils ont trait aussi à l'enjeu éthique associé au recrutement de professionnels de la santé à partir d'autres pays. Le recrutement de professionnels à partir de pays moins développés et le droit des personnes de migrer si elles le souhaitent posent aussi un certain nombre de problèmes d'ordre éthique (Bundred et Levitt 2000). Comme l'indiquait une étude menée récemment au Royaume-Uni auprès des diplômés et soulignant le manque d'engagement des diplômés à exercer la médecine au Royaume-Uni, ces observations illustrent les nouveaux enjeux que comportent le recrutement et, de façon plus importante, le maintien en poste (Jinks, Ong et Paton 1998). Le Royaume-Uni recrute donc activement dans d'autres pays (à l'instar d'autres pays), sauf qu'il promet de ne pas empiéter sur les réserves d'un autre pays sans s'être entendu au préalable avec ce pays. Le Canada a également procédé activement à des activités de recrutement de médecins et d'infirmières au pays et dans d'autres pays.

Enfin, certaines questions toujours en suspens portent sur la méthode et sur le processus. À titre d'exemple, les modèles servant à déterminer l'offre en ressources, les besoins et la demande, sont caractérisés par un certain nombre de problèmes. Selon la description que donne Edmonson (1999) de ces problèmes, il y a, par exemple, tendance à se comporter comme si la planification était une fonction isolée, distincte du reste de la gestion. La planification des ressources de la santé et la planification des services de la santé a été « compartimentalisées », c'est-à-dire « isolée » l'une de l'autre, la première étant souvent faite après la deuxième au lieu d'être intégrée à celle-ci. On s'est également

trop souvent concentré étroitement sur l'analyse quantitative. Il arrive très souvent également que la méthode soit caractérisée par le présupposé selon lequel l'avenir peut être prédit en extrapolant tout simplement à partir de la situation présente. Il en découle donc de grands écarts quant à la qualité des normes et processus des travaux de planification des effectifs (Edmonson 1999).

La planification fondée sur les besoins est du ressort de comités d'experts chargés d'évaluer le nombre de médecins par habitant dont on a besoin pour soigner une maladie traitée par un certain type de spécialiste. Selon Goodman et autres (1996), les experts sont « tenus d'avoir une très bonne connaissance de l'efficacité des services médicaux individuels pour des états précis, tels que l'amygdalectomie pour l'hypertrophie amygdalienne ou une visite chez le médecin pour l'hypertension. Encore là, l'efficacité de la plupart des services médicaux et le rendement des médecins pour ce qui est de la prestation de ces services sont incertains. » La planification fondée sur la demande se sert de l'utilisation actuelle pour évaluer la demande des patients et comme indicateur des besoins en médecins. Le problème que pose une telle pratique est qu'elle perpétue les schémas fondés sur l'utilisation actuelle sans tenir compte des effets sur les patients ou sur la population et qu'elle ignore l'évidence selon laquelle, au moins dans les marchés de soins de santé qui ne s'en remettent pas à la formule du paiement par capitation, une augmentation de l'offre de ressources médicales entraîne une utilisation accrue (Goodman et autres 1996).

Ce phénomène résulte de ce que l'on a désigné comme l'« élasticité des services des médecins », qui veut tout simplement dire que lorsqu'il y a moins de patients, les médecins rémunérés à l'acte planifient plus de consultations afin de protéger leur revenu. La planification fondée sur les besoins et la planification fondée sur la demande tiennent toutes deux compte des hypothèses relatives aux efforts des médecins, les tendances quant à l'utilisation, les effets des soins gérés ou autres modèles équivalents qui sont verticalement intégrés et qui tendent à inclure des groupes, tels que les équipes multidisciplinaires et les fournisseurs autres que les médecins tels que les infirmières praticiennes et les auxiliaires médicaux (Schroeder 1996).

L'établissement de points de repère est une solution de rechange à ces méthodes de planification. Comparer les ressources en médecins à un plan de santé assorti de points de repère ou à une région permet en quelque sorte d'établir une balise qui ne dépend pas d'un niveau de médecins optimal hypothétique mais plutôt d'un système de soins de santé réaliste et possible. L'établissement de points de comparaison n'est pas non plus sans restrictions. À titre d'exemple, soulignons qu'il n'a pas pour objet de détecter les populations ne jouissant pas d'accès suffisant aux services médicaux de base. Et il n'existe aucune entente quant à la quantité de travail que représente un équivalent temps plein pour un médecin cliniquement actif (Goodman et autres, 1996). Un autre des grands

Examen international de la planification des effectifs de la santé

défis a été le manque de bases de données cliniques, administratives et sur les fournisseurs facilement accessibles permettant de mener des activités de modélisation complexes sur les besoins en santé, le système de santé et sur les données relatives aux effets sur les soignants ainsi que sur les systèmes d'information tout en tenant compte de l'utilisation et des coûts (O'Brien-Pallas et autres 2000).

Cette analyse ne saurait être complète sans que l'on attire l'attention sur les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé et ce, pour au moins deux raisons. Comme on l'a déjà mentionné dans le présent document, on connaît tellement plus de choses sur les médecins. Et maintenant que les infirmières trouvent d'autres domaines où exercer leur profession à la faveur de l'accent mis aujourd'hui sur les services communautaires, on accorde plus d'attention à cette profession qu'auparavant. Cela surtout pour ce qui est des répercussions sur la planification des effectifs et les enjeux et défis connexes que nous devons surmonter. En Australie, par exemple, certaines universités ont, de façon indépendante, pris des décisions concernant les programmes d'études et ils semblent faire fi du National Review of Nursing Education. De plus, les États et les administrations territoriales prennent, de leur propre chef, des décisions concernant la structure des soins infirmiers et ils mettent en œuvre un nombre relativement faible de politiques de coordination nationales.

Les effectifs en sciences infirmières ont de plus en plus tendance à être segmentés en sous-spécialités telles que les sages-femmes, les infirmières d'urgence, celles qui sont affectées aux soins intensifs, les infirmières anesthésistes aux États-Unis, etc. (Duckett 2000). Une telle situation laisse supposer qu'il est possible de déterminer les groupes de travail aptes à la planification, comme c'est actuellement le cas pour les médecins, à s'intégrer à titre de sous-ensemble à la planification des effectifs. Parallèlement, une question importante qui se pose relativement aux soins infirmiers dans tous les secteurs de compétence est de mieux définir les rôles particuliers des infirmières. On se demande notamment dans quelle mesure elles serviront de substituts aux médecins ou à quel point elles viendront compléter les soins dispensés par les médecins. Les possibilités dans ce domaine sont plus grandes lorsque les infirmières jouissent, par exemple, du droit de prescrire des médicaments de leur propre chef, ou ont la capacité de renvoyer les patients à d'autres services. Sans mise au point à cet égard, il sera difficile de déterminer le nombre d'infirmières dont on aura besoin dans le cadre de la planification des effectifs. Et inversement, l'évolution dans ce domaine se répercute sur la planification des effectifs en médecins.

Un autre facteur rend la situation des infirmières encore plus complexe, en particulier pour celles dont les fonctions sont élargies. Il s'agit du mode de rémunération à adopter. Bien que la rémunération à l'acte représente un mode de paiement traditionnel pour les fournisseurs indépendants, cela tend aujourd'hui à changer, car le paiement à l'acte ne

constitue pas un prérequis et il semble de plus en plus qu'il ne s'agisse pas là de l'option privilégiée. De plus, la reconnaissance légale et la protection des infirmières dont les fonctions sont élargies telles que les infirmières praticiennes, doivent être prises en compte si l'on souhaite adopter cette orientation ou la renforcer. Enfin, comme c'est peut-être le cas pour de nombreux professionnels de la santé, la population d'infirmières vieillit : un problème qui pourrait devenir très grave dans de nombreux pays. Il semble qu'il y ait déjà pénurie d'infirmières dans de nombreux pays. En raison de cette situation, un nombre de plus en plus grand de pays se penchent sérieusement sur la situation des infirmières. À titre d'exemple, les ministres de la Santé ont, lors de la conférence régionale de l'OMS sur les infirmières et les sages-femmes tenue à Munich, officiellement manifesté leur engagement à renforcer la profession d'infirmière et de sage-femme (OMS 2000).

Les ministres se sont notamment engagés à favoriser l'élaboration et la mise en œuvre généralisée de stratégies de planification des effectifs globale afin de veiller à ce qu'un nombre suffisant d'infirmières et de sages-femmes reçoivent une formation adéquate. L'OMS examinera de plus les données relatives aux efforts déployés à l'échelle nationale aux fins de planification des effectifs de la santé. Cette organisation déterminera les renseignements se rapportant aux modèles pertinents pour les différents systèmes de santé et elle assurera la diffusion de ces renseignements. De façon analogue, on offrira une aide technique afin de rendre les compétences des ressources humaines plus pertinentes par rapport aux besoins réels dans le domaine des services de santé. Il s'agit là d'une étape importante étant donné qu'un certain nombre de pays d'Europe n'ont pas, de manière active, procédé à la planification des effectifs en soins infirmiers à l'échelle nationale, comme cela a été le cas pour les médecins.

De façon analogue, on ne s'est pas suffisamment intéressé aux autres professions de la santé et l'on ne dispose pas de renseignements fiables sur la planification de l'aide. Certains documents portant sur une profession particulière ou sur l'un ou l'autre des aspects de la planification des effectifs ont été publiés—mais il arrive très souvent qu'ils ne soient pas suffisamment détaillés. On sait notamment qu'il y a pénurie de physiothérapeutes au Royaume-Uni et que ce pays va tenter d'en recruter à l'extérieur, car le nombre de nouveaux diplômés ne pourra répondre à la demande ni aux besoins de la population (Buchan 2000). De plus, aux États-Unis, les optométristes ont mené une étude visant à confirmer, qu'à l'instar d'autres professionnels du soin des yeux, il y a un surplus à l'échelle nationale. L'une des conclusions que tire cette étude montre éloquentement comment un groupe attaché à ses propres intérêts invite les professionnels à réagir et à stimuler la *demande* de manière à régler le « problème » du surplus (White, Doksum et White 2000). Aux États-Unis, un très petit nombre d'études se sont penchées sur la situation des dentistes, des pharmaciens et d'autres professionnels.

Le problème des autres professionnels a été, notamment, la mesure selon laquelle ils ont été dans une position relativement faible ou subordonnée par rapport aux médecins et aux infirmières. Duckett (2000) a laissé entendre que ce phénomène était attribuable au statut politique et social des médecins et du nombre et du pouvoir croissant de la profession des infirmières. La principale difficulté que pose la planification des effectifs pour ce qui est des « autres » professionnels de la santé sera de les amener aux premières lignes des processus, d'obtenir de meilleurs renseignements et d'évaluer correctement leur place au sein du système des soins de santé et leur contribution spécifique à ce système.

Examen des méthodes de planification des effectifs actuellement mises en œuvre

Introduction

Dans cette partie, on donne un aperçu des organismes de planification des effectifs qui existent dans certains pays et des méthodes et processus de planification qui y sont utilisés. Dans les écrits consultés, on observe que l'on comprend avec de plus en plus de subtilité ce que l'on considère aujourd'hui comme le *domaine* relativement nouveau de la planification des effectifs de la santé. Bien que certains universitaires aient commencé à présenter des procédés plus complexes dans les années 70, il semble que l'on n'ait pas tenu compte de leur travail ou qu'il a été, en grande partie, méconnu par les praticiens. Au milieu des années 80, on a constaté davantage de raffinement dans les écrits et études des gouvernements. Les efforts déployés dans certains pays afin de repenser et de préciser les méthodes n'ont pas véritablement commencé avant la fin des années 90.

C'est cette dernière phase qui est encore en voie de définition et qui évolue à différents rythmes selon diverses formes d'expression qui, avec le temps, créera un milieu plus riche, favorable au partage des données et à l'établissement de comparaisons. On assiste aujourd'hui, à une évolution sur deux fronts : une appréciation et un élargissement de la réforme de la planification des effectifs. Comme nous le présenterons dans cette partie, certains pays commencent à mettre sur pied des *organismes* permanents de planification des effectifs, avec l'appui des employeurs, des professionnels de la santé et d'autres personnes. C'est là l'expression d'une volonté politique et d'un engagement à mettre en place un processus permanent et non des mesures intermittentes. Sur un autre front, on assiste à une plus grande complexité des méthodes et des processus, lesquels intègrent de multiples modalités d'analyse et de planification. Afin de renforcer cette orientation, les gouvernements placent au premier rang de leurs priorités l'élaboration de systèmes d'information destinés à soutenir ce processus.

Nouvelles structures organisationnelles pour la planification des effectifs

Après une longue période où la planification des effectifs a été laissée entre les mains de diverses associations professionnelles, aux constations d'études gouvernementales occasionnelles ou encore aux impératifs du marché, des organismes consultatifs permanents sur les effectifs et leurs auxiliaires associés voient le jour dans certains pays. Ces organismes ont, en permanence, la responsabilité de planifier les effectifs, de les évaluer, de les surveiller, de dispenser des conseils au gouvernement et de s'engager à établir un vaste partenariat formé d'intervenants et de participants à qui l'on demande de formuler des commentaires. Il s'agit là d'une tendance récente qui, dans certains cas, continue d'accorder une place privilégiée aux médecins, comme c'est le cas notamment aux Pays-Bas, en Australie et en Allemagne.

Dans d'autres pays, on commence à mettre en place une approche plus large. En 1998, le Royaume-Uni a proposé de nouvelles orientations et a mené d'autres consultations. Le Royaume-Uni est aujourd'hui en train de remanier ses processus de planification des effectifs afin de les intégrer à des structures organisationnelles globales et de remplir l'obligation qui consiste à appuyer la planification pour l'ensemble des effectifs de la santé. De façon analogue, la Nouvelle-Zélande tend depuis 1999, à adopter une approche intégrée et holistique, laquelle s'est traduite par l'établissement d'un Comité consultatif sur les effectifs de la santé. Aux États-Unis, le Federal Bureau of Health Professionals a élaboré des lignes directrices pour les États afin qu'ils mettent sur pied une certaine forme d'organisme consultatif central chargé de se pencher sur l'ensemble des effectifs de la santé.

Méthodologies et processus

Des méthodologies et processus « multimodaux » voient maintenant le jour dans le domaine de la planification des effectifs. À la faveur de ces changements, on applique toute une série d'approches à la mesure et à l'analyse, que l'on améliore par la suite. Ces tentatives visent à réparer les échecs antérieurs et elles ont pour objet de trouver la méthode « magique » qui permettra de déterminer l'offre ainsi que les besoins futurs, puis d'établir des projections (AMWAC 2000). L'expérience dont on fait état dans les écrits porte en grande partie sur des études et processus de planification des effectifs en médecins, bien que de nombreux principes et concepts semblent pouvoir être transférés à d'autres professionnels de la santé.

La rareté relative d'exemples « nationaux » de planification des effectifs pour les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé est peut-être attribuable au fait qu'ils ont historiquement été employés dans des hôpitaux, dans des établissements de

Examen international de la planification des effectifs de la santé

soins de longue durée, qu'ils ont œuvré dans le domaine de la santé publique ou dans des cliniques de soins primaires possédées ou gérées par des médecins ou par des spécialistes. La planification et l'identification des écarts et des surplus incombaient en grande partie à des organismes (en particulier les hôpitaux). Le mouvement vers la réforme des soins de santé primaires et la création d'organismes de santé à intégration verticale, lequel suppose l'existence de pratiques collectives et la création d'équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires, y compris les infirmières et autres, a permis, avec le temps, de mettre en lumière la notion de planification holistique intégrée.

Dans le but de compléter ces initiatives nationales, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a contribué à l'amélioration des méthodologies et processus en commandant diverses études et documents de travail (Adams 2001). L'OMS a également distribué une « trousse d'outils » préparée par Thomas Hall. Dans cette trousse, on trouve des renseignements sur des modèles de tableur de micro-ordinateur que l'on peut utiliser pour l'élaboration de scénarios de projection de 10 à 30 ans en ce qui a trait à l'offre et aux besoins en effectifs (Hall 2001).

Aperçu de certains pays

Dans les pages suivantes, on donne un aperçu de ce qui se fait dans certains pays, y compris l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni. On commence d'abord par donner un aperçu des ententes organisationnelles en vigueur, puis on décrit les méthodologies et processus de planification des effectifs utilisés. Les deux seuls pays pour lesquels on ne discute pas de façon détaillée de la méthodologie et des processus de planification sont les Pays-Bas où les détails d'une méthode ne sont pas encore connus pour le moment et la Nouvelle-Zélande où l'on doit d'abord examiner des chiffres sur les effectifs.

L'Allemagne, les Pays-Bas et l'Australie ne disposent pour le moment d'organismes nationaux que pour les médecins. En Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et au Royaume-Uni, on tend à mettre en place une planification intégrée des effectifs. On donne ici un aperçu des travaux de planification nationale menés en Allemagne, en Australie et au Royaume-Uni. Pour ce qui est des États-Unis, on cite certains exemples d'études ou de planification des effectifs, notamment une portant sur les médecins et une autre portant sur les infirmières. On cite aussi un autre exemple d'exercice de planification intégrée mené au Wisconsin. Dans le cadre d'une discussion sur la méthodologie et les processus mis en œuvre au Royaume-Uni, on présente aussi un exercice de planification intégrée menée en Écosse.

Allemagne

Organisation

Les défis qui se posent en Allemagne diffèrent de ceux qui se posent au Canada. La constitution d'après-guerre de l'Allemagne a mis l'accent sur les droits individuels et restrictions imposées à l'État en matière d'intervention et de réglementation. L'un de ces droits était le droit du libre choix d'un emploi et de possibilités d'éducation correspondantes. Dans ce contexte, le gouvernement n'a pu procéder à la planification des effectifs en contrôlant le nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine à l'université (Bussche 1990). L'une des conséquences a été la tendance à former un trop grand nombre de médecins. Le gouvernement a réagi en faisant adopter la Health Reform Law of 1993 dont l'objet était de restreindre les budgets de dépenses pour les médecins et de limiter le nombre de médecins en se fondant sur de stricts ratios population/médecin (Weil et Brenner 1997, Schneider et Spat 2001). Bref, il s'agit de contrôler le droit à l'emploi au sein d'un comité de médecins.

À l'échelle fédérale, le ministère de la Santé reçoit des conseils du Committee of Physicians and Health Insurance Funds. Il n'existe actuellement en Allemagne aucune instance équivalente pour les infirmières ou autres professionnels de la santé. Mais étant donné l'accord de Munich visant à appuyer davantage les infirmières et à faire de la planification des effectifs pour les infirmières, ces conditions pourraient changer dans le futur. Le Comité est chargé d'établir les lignes directrices pour la planification des effectifs médicaux à mettre en place à l'échelle régionale et locale. La politique consiste à limiter le nombre de remboursements de fournisseurs approuvés pour les médecins selon la municipalité (Weil et Brenner 1997). Au niveau 1, le plan des effectifs du gouvernement fédéral (à décrire sous méthodologie et processus) repose sur les lignes directrices suivantes :

- règlements concernant la planification des effectifs—lequel met l'accent sur la façon de déterminer la teneur des plans d'effectifs et de circonscrire les domaines de planification;
- normes, fondements et procédures utilisés pour déterminer le degré général de l'offre de soins médicaux et de l'offre excédentaire;
- normes utilisées pour la définition des besoins spéciaux liés aux aspects relatifs à la qualité comme condition préalable à l'autorisation d'exemptions à partir de restrictions aux admissions (c.-à-d. admission ou acceptation de la demande de travailler au sein d'un comité de médecins);

- normes, fondements et procédures à utiliser pour la détermination de l'insuffisance de l'offre, dans l'immédiat ou actuellement;
- normes caractéristiques d'une structure de prestation équilibrée pour des soins médicaux généraux et spécialisés.

Se fondant sur ces lignes directrices, le Comité fédéral établit les ratios médecins/patients par spécialité, y compris pour les omnipraticiens. Il les soumet ensuite au ministre de la Santé. Le ministre fédéral de la Santé de l'Allemagne peut demander que ces lignes directrices soient révisées lorsqu'il estime qu'elles ne répondent plus aux exigences budgétaires ni aux besoins en santé du système. À l'heure actuelle, le gouvernement insiste sur l'utilisation des chiffres de 1990 comme points de référence « faisant autorité ». Suite à une entente, les lignes directrices sont ensuite communiquées à une association « locale » ou régionale de médecins du Comité et de fédérations régionales de fonds d'assurance sociale. On élabore ces plans tous les trois ans (Schneider et Spat 2001).

Méthodologie/processus

Les associations régionales et locales de médecins et le Fonds d'assurance sociale régionale participent à la planification des effectifs en se fondant sur les lignes directrices touchant le nombre et les ratios de médecins que leur a communiquées le Comité fédéral et qui ont été approuvées par le ministre fédéral de la Santé de l'Allemagne.

Aux fins de la planification, on a divisé l'Allemagne en quatre types de régions qui, à leur tour, sont divisées en 10 catégories de planification. Ce sont les suivantes :

- Agglomérations : régions ayant une très forte densité démographique et villages comptant une population de 300 000 habitants ou dont la densité démographique est de 300 habitants par kilomètre carré. Catégories de planification : 1 à 4.
- Régions urbaines : régions ayant une densité démographique plus faible et comptant une population de 100 000 à 300 000 habitants et caractérisées par des voisinages très ruraux ou par une densité de 150 habitants par kilomètre carré. Catégories de planification : 5 à 7.
- Régions rurales : régions caractérisées par un environnement rural. Catégories de planification : 8 et 9.

- Régions spéciales : s'appliquent aux villages qui sont en fait des districts administratifs de même que les districts administratifs pour la zone Rehear seulement. Catégorie de planification : 10.

Ce processus comporte deux niveaux. Pour le premier niveau, on détermine le ratio de population général ou actuel des médecins au moyen des populations actuelles et du nombre de médecins selon la spécialité (y compris les omnipraticiens) par catégorie de planification. Les ratios « établis » pour certains spécialistes et pour les omnipraticiens sont ensuite appliqués à la population du secteur visé par la planification de manière à ce que l'on puisse déterminer le nombre de médecins « nécessaires » par spécialité pour servir la population convenablement. On se penche ensuite sur le nombre réel d'omnipraticiens et de médecins spécialistes par catégorie de planification et, pour ce faire, on divise le nombre réel de médecins par médecine générale/spécialité selon les besoins, 100, représentant le chiffre approprié. À l'origine, on considérait que l'offre était insuffisante lorsqu'il y avait 75 % ou moins du nombre des omnipraticiens requis et 50 % ou moins de spécialistes que le nombre requis. Il y a offre excédentaire lorsque le pourcentage de médecins de toute catégorie dépasse de 10 % ou plus le nombre de médecins dont on a besoin.

Pour ce qui est du second niveau d'évaluation, les comités régionaux examinent les résultats et se livrent à des examens supplémentaires. Si l'offre est insuffisante, les comités procèdent à d'autres évaluations afin de pouvoir formuler des recommandations plus éclairées en ce qui a trait à l'admission d'autres médecins dans les comités. Pour ce qui est des médecins, on examine leurs domaines d'activité, leur productivité, la structure de l'âge du corps des médecins, la structure de la pratique médicale et l'on voit s'il existe des médecins spécialement autorisés. On se penche ensuite sur les données démographiques, la structure de l'âge, la demande en services ainsi que sur d'autres facteurs.

Si l'offre de médecins est trop grande, on détermine le nombre de médecins travaillant comme psychothérapeutes; on choisit des schémas d'admission dans deux domaines, besoins spéciaux, niveau de médecine de groupe, et profils de la chirurgie ambulatoire. Si le chiffre ainsi obtenu ne diffère pas de l'évaluation menée antérieurement, on empêchera d'autres médecins de se joindre au comité de médecins dans la spécialité donnée ou dans le domaine de la médecine générale.

Pays-Bas

Organisation et processus

Aux Pays-Bas, il n'existait en 1989 et au début des années 90, aucune planification à l'échelle gouvernementale des effectifs en médecine ou des généralistes. Les associations professionnelles des diverses spécialités médicales énonçaient leur propre politique quant au nombre de médecins à former. Le gouvernement déterminait les places en formation pour les omnipraticiens et médecins affectés aux foyers de soins infirmiers. Il incombait aux organismes chargés d'embaucher les médecins en santé publique de déterminer le nombre de places en formation et les fonds à prévoir à cette fin (van der Velden 2001). Cette situation a changé au moment où a été mis sur pied l'organisme de capacité (Capacity Body) chargé de la planification des effectifs en médecins.

Financée par le gouvernement, cette organisation est formée de représentants provenant de trois groupes différents : des groupes professionnels, des compagnies d'assurance-santé (fonds de maladie) et des établissements d'enseignement (c.-à-d. les instituts de formation tels que les universités et les hôpitaux qui y sont affiliés). Les trois organismes participants sont chargés de définir le modèle—un processus consistant à réunir des partenaires et considéré par le directeur comme étant aussi important que le résultat lui-même (Leliefield 2001). L'organisation de capacité donne, chaque année, des conseils aux médecins sur les effectifs notamment en ce qui a trait au nombre de médecins à former. L'organisme de capacité fait appel aux instituts de recherche ayant une expérience tels que le Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) afin qu'il examine à la fois l'offre et la demande à l'intérieur du système de santé selon un horizon de planification de 10 à 20 ans.

Les premiers rapports ont été présentés en mars 2001. Ils renfermaient des recommandations appuyées par le gouvernement et visant à accroître le nombre d'étudiants en médecine admis dans les universités, à augmenter le nombre de places en formation pour les omnipraticiens. Des fonds supplémentaires avaient été mis de côté pour les spécialistes médicaux en formation (van der Velden 2001). Le NIVEL mène également diverses études portant sur les professions de la santé et il tient des registres sur les praticiens de la santé qui exercent la profession ou qui viennent d'obtenir leur diplôme, y compris les omnipraticiens, les sages-femmes, les physiothérapeutes et les médecins spécialistes (NIVEL 2001).

La planification des effectifs en infirmières et pour d'autres professionnels de la santé est toujours menée à l'échelle nationale à la fois par le ministère de la Santé et de l'Éducation pour ce qui est de l'établissement du nombre de places en formation. De plus, il existe pour les infirmières plusieurs « comités régionaux de planification » qui prévoient la participation d'écoles de formation et d'hôpitaux; ces comités travaillent parfois avec d'autres parties aussi (van der Velden 2001).

Australie

Organisation

En Australie, les efforts déployés récemment ont principalement porté sur les effectifs en médecins. Le Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC) a été mis sur pied en 1995. Il rend compte au Australian Health Ministers Advisory Council (AHMAC) et, par l'entremise de cet organisme, à la Conférence des ministres de la Santé de l'Australie. Le Comité travaille avec un certain nombre d'intervenants, y compris: l'Institut de la santé et du bien-être, notamment sur les questions touchant les données; la Commission d'assurance-santé, les ministères de l'Immigration et des Affaires multiculturelles, le ministère de l'Éducation, de la Formation et des Affaires de la jeunesse, le Commonwealth Department of Health and Aged Care, State and Territory Health Authorities, les facultés de médecine des universités, les facultés de médecine, les Divisions of General Practice and State and Territory Rural Workforce Agencies.

La première tâche à laquelle AMWAC s'est attaquée a été de définir un cadre stratégique global pour son travail. Après avoir établi ce cadre, comme il en sera question à la rubrique méthodologie et processus, il s'est concentré sur tous les médecins puis sur chaque discipline de même que sur des domaines précis plutôt importants, y compris les médecins immigrants, les tendances quant à l'enseignement médical, les répercussions des changements sur les étudiants en médecine, la participation des femmes, l'élaboration de lignes directrices pour des services de spécialistes durables et d'autres questions spéciales (AMWAC 2000). Les visées générales d'AMWAC pour l'année 2010 sont les suivantes :

« Les effectifs en santé sont mobiles, ils possèdent des compétences multiples et sont motivés. Ils se concentrent sur les soins primaires, lesquels sont soutenus par d'autres types de services. Les effectifs sont bien formés et participent à des

programmes d'éducation permanente, continuent de suivre des cours de formation et font du recyclage. La plus grande partie des effectifs travaille à temps partiel et certains s'engagent dans des services particuliers au besoin ou en sortent. Ils sont employables plutôt qu'employés pour la vie » (Horvath, Gavel et Harding 1998).

Méthodologie/processus

En Australie, on a mis l'accent sur le perfectionnement de la planification des effectifs en médecins au moyen d'une approche plurimodale intégrant un certain nombre de méthodologies et ayant pour objet de créer divers options et scénarios pour l'avenir.

Aux fins de la planification des effectifs, AMWAC utilise un modèle logiciel informatisé conçu par van Konkelenberg (1995). Du point de vue de l'offre, le modèle tient compte de toute pénurie quant aux effectifs actuels, les personnes qui doivent venir s'ajouter aux effectifs, celles qui partent, puis il convertit le nombre de médecins en équivalents temps plein au moyen des heures moyennes travaillées par semaine selon l'âge et le sexe. Du point de vue des besoins, le modèle informatique tient compte de la tendance qui se dessinera probablement selon la demande en services. Il se fonde pour cela sur les prévisions quant aux taux de croissance (p. ex., croissance démographique et autres indicateurs fondés sur les besoins), lesquelles sont choisies de façon à pouvoir être utilisées avec la discipline respective. On établit ensuite des projections pour l'offre et les besoins sur une période de 10 ans. À cette fin, on se fonde sur tout un éventail de prévisions quant à la croissance de l'élément demande ainsi que sur des scénarios touchant l'élément offre (p. ex., médecins travaillant un moins grand nombre ou un plus grand nombre d'heures par semaine, augmentations ou diminutions du nombre de médecins provenant d'outre-mer qui viennent s'ajouter aux effectifs).

S'appuyant sur le système logiciel informatique, le processus AMWAC se présente schématiquement de la façon suivante :

- L'on recourt à des comités d'experts qui sont chargés de donner des conseils quant à la sélection des mesures et aux répercussions futures des progrès réalisés dans la domaine de la technologie, à la prise de décisions fondées sur des éléments probants de même que sur la réforme de l'organisation des services financiers et de santé touchant l'utilisation et la productivité.
- L'évaluation de l'offre commence par la sélection de groupes parmi la communauté de médecins sur laquelle il faut se pencher en raison de

problèmes connus de mauvaise répartition, de pénurie, d'offre excédentaire, etc. On perfectionne ensuite la définition du groupe (p.ex., oncologues, afin d'y inclure à la fois les oncologues médicaux et les hématologues).

- Une fois le groupe bien circonscrit, on précise les caractéristiques du groupe y compris le nombre de personnes, les profils d'âge et de sexe, les emplacements géographiques pour la pratique et le nombre de services selon la région géographique.
- À ce stade-ci, l'on mesure la productivité en se penchant sur les heures moyennes de travail par semaine et le nombre de patients vus, jusqu'à ce que l'on obtienne des données plus précises sur la productivité.
- L'offre actuelle et future établie d'après le scénario actuel tient compte à la fois des augmentations futures attribuables aux nouveaux diplômés et à l'immigration, ainsi qu'aux pertes imputables aux retraites, aux décès, et celles qui sont liées aux autres retraits temporaires ou permanents du service actif.
- L'on détermine les besoins (les demandes et besoins de la population) en recourant à un certain nombre d'approches, y compris :
 - Les ratios médecins/population—utilisés principalement pour cerner des tendances qui se dessinent avec le temps. Il est recommandé d'utiliser à l'avenir les « équivalents temps plein » pour mieux saisir les changements quant aux styles de pratique, aux heures travaillées en moyenne par semaine, etc.
 - Mesures fondées sur les besoins—elles servent à établir des liens entre l'offre en effectifs et les besoins approximatifs en santé de la population, tels qu'en font état la croissance démographique et les modèles de morbidité reposant sur un éventail d'indicateurs épidémiologiques et de besoins exprimés. On reconnaît qu'il faut encore perfectionner nos mesures afin d'adapter les hypothèses touchant l'utilisation et les décisions futures en matière de financement. Afin de combler ces lacunes, on mène des sondages auprès de médecins, d'organismes de soutien des consommateurs, d'autorités en matière de santé et de médecins traitants afin d'obtenir des renseignements complémentaires selon l'emplacement géographique.
 - Établissement de comparaisons entre divers endroits afin d'évaluer l'offre en effectifs.
 - Des objectifs de services de santé à l'aide des objectifs de besoins en effectifs des établissements de santé, lesquels sont fondés sur

les lignes directrices touchant les pratiques exemplaires afin de déterminer le nombre d'employés de soutien essentiel disponibles, aujourd'hui et pour l'avenir, pour un service médical donné.

- Mesures économiques touchant l'élément demande—pour établir des prévisions en ce qui a trait aux demandes économiques futures pour les services médicaux fondées sur une analyse de l'actuel niveau d'utilisation, de données démographiques des populations et de caractéristiques socio-économiques.
- Se fondant sur les études touchant l'offre et les besoins—projeter les niveaux des effectifs selon le groupe (p. ex., omnipraticiens, pédiatres, dermatologues, oncologues, etc.) afin de répondre aux besoins projetés. (Afin de déterminer les besoins futurs en spécialistes, voir ci-dessous la discussion touchant la méthode mise en œuvre en Australie.)
- Dresser un plan visant à remédier à toute pénurie ou surplus de manière à réaliser un « équilibre » des effectifs dans les 10 ans. Parmi les possibilités d'action, mentionnons :
 - projeter les rajustements à apporter aux programmes de formation
 - diminuer ou augmenter le nombre de médecins outre-mer faisant partie des effectifs
 - instaurer des mesures visant à accroître la productivité des effectifs
 - utiliser du personnel ou des substituts à titre complémentaire
- Une fois en place, le plan australien favorise l'instauration d'un processus de surveillance visant à garantir que les recommandations seront mises en œuvre et la révision du plan d'effectifs de chaque groupe au moins tous les cinq ans, de manière à tenir compte des changements non prévus ou à remédier aux problèmes qu'ont posé les plans antérieures.

L'Australie a également procédé à une analyse précise des disciplines pour toutes les spécialités médicales. Cette approche correspond essentiellement à celle décrite ci-dessus. Un certain nombre d'autres points ont également été soulevés. À titre d'exemple, lorsqu'il s'agit de projeter les besoins en spécialistes, il importe de garder à l'esprit les tendances et autres indicateurs liés à des spécialités données. Mentionnons à titre d'exemple, le taux de naissance et le taux de fertilité pour les obstétriciens, les évaluations des soins pour aînés pour la gériatrie, la prévalence des blessures pour la médecine de réadaptation et l'incidence du cancer pour la radio-oncologie. Horvath, Gavel et Harding (1998) ont également fait remarquer qu'il fallait tenir compte de l'infrastructure de soutien disponible. Bien qu'il s'agisse là d'un facteur qui

s'applique dans une certaine mesure à l'ensemble des effectifs, il recouvre une signification particulière pour certains spécialistes. On a cité la médecine d'urgence, les soins intensifs et la radio-oncologie comme étant des exemples de cas où les tendances et les besoins futurs de la population ne sont « vraisemblablement pas aussi importants que l'infrastructure future probable; il n'y a pas lieu de disposer d'un nombre d'effectifs supérieur à l'infrastructure disponible. »

Ce qui n'est pas très clair dans l'approche de l'Australie, c'est la façon dont il est tenu compte de l'apport des services pour ce qu'ils appellent les « non-spécialistes des hôpitaux », y compris les spécialistes en formation ou ce que l'on désignerait au Canada comme étant des résidents.

Dans le rapport de 1998 sur les « Sustainable Specialist Services: A Compendium of Requirements », AMWAC a présenté un certain nombre de facteurs contextuels influant sur les bassins de population récepteurs dont on devrait tenir compte pour soutenir les services assurés par les spécialistes de soutien :

Élément demande	Élément offre
<ul style="list-style-type: none">• profil de la population (âge, sexe, morbidité et statut socio-économique)• niveau d'assurance privée• distance d'un centre de référence urbain ou régional• qualité des réseaux de transport existants• tendances établies quant aux renvois• attitudes des patients en ce qui a trait à un service de spécialiste donné et leurs attentes• attitudes des médecins en ce qui a trait à un service de spécialiste donné et leurs attentes	<ul style="list-style-type: none">• nombre de praticiens de soins primaires convenablement formés• nombre de résidents spécialistes médicaux et chirurgiques associés dans un domaine donné• disponibilité d'établissements et de services de soutien convenables, y compris la disponibilité d'établissements hospitaliers.

Dans ce rapport, on a souligné l'importance d'une infrastructure de soutien pour tous les spécialistes. Pour de nombreux spécialistes, cela veut dire accéder à un niveau convenable de lits d'hôpitaux, de salles d'opérations, de suites pour l'accouchement, d'unités de chirurgie de jour pourvues de matériel de diagnostic et chirurgical approprié et dotées d'infirmières et d'autres professionnels de la santé formés convenablement. À partir de là, ils ont examiné le nombre de personnes (populations) nécessaires pour justifier la présence de divers spécialistes à l'intérieur des structures plus traditionnelles du système de santé :

- Les régions rurales ayant des bassins de population de 10 000 à 20 000 personnes sont suffisamment importantes pour justifier la présence de services de spécialistes à l'échelle locale dans les domaines de la chirurgie générale et de l'anesthésie, pourvu qu'il y ait un hôpital dans la région, qu'il y ait un soutien approprié ainsi que des pharmacies, des services de pathologie, de radiodiagnostic, des salles d'opérations, une unité de soins intensifs, une unité de soins coronaires, etc.
- 20 000 à 60 000—obstétrique/gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, chirurgie orthopédique, médecine gériatrique et pathologie
- 50 000 à 80 000—service chirurgical externe, dermatologie, médecine de réadaptation, neurologie et médecine thoracique
- les services de spécialistes peuvent également englober ces services et des services de consultation auprès d'omnipraticiens et de spécialistes dans les communautés rurales de moindre importance
- 80 000 et plus—urologie, radiodiagnostic, cardiologie, soins intensifs, néphrologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

On a indiqué qu'il serait peut-être possible d'offrir un certain nombre de services de spécialistes en recourant à divers programmes d'extension des services tels que les regroupements régionaux de spécialistes, les équipes d'enseignement situées en régions urbaines/les équipes formées dans les hôpitaux de recherche et visitant les régions éloignées ou les centres situés à l'intérieur d'hôpitaux régionaux en tant que regroupements de services de spécialistes.

À la lumière des tendances qui se dessinent à l'échelle internationale et des essais actuellement menés dans les organisations, on a également reconnu l'influence qu'auraient éventuellement les nouvelles ententes organisationnelles et de financement, y compris celles relatives aux acheteurs régionaux de services ou à l'organisation de santé à intégration verticale formée à partir de

groupes d'omnipraticiens en tant qu'acheteurs ou courtiers de services de spécialistes (AMWAC - Spécialistes durables 1998).

Il importe de souligner que selon les hypothèses sur lesquelles repose le modèle australien, il n'y aura aucun changement radical des structures nationales de la santé au cours des 10 prochaines années et les prévisions concernant la croissance démographique, les programmes de formation, l'immigration de médecins provenant d'outre-mer et les modèles de travail et d'organisation demeureront statiques. On reconnaît que toute modification de l'utilisation d'autres fournisseurs de soins de santé, que la tendance à recourir aux équipes multidisciplinaires ou à adopter de meilleurs soins de santé primaires et que les essais coordonnés des organisations de soins de santé à intégration verticale pour les aînés et les autres qui sont actuellement mis à l'essai en Australie, auront pour effet de modifier le nombre de médecins ainsi que leur combinaison (AMWAC 1998 et 2000, Marriott et Mable 2000). De plus, dans le cadre de la planification des effectifs, il faudra également tenir compte de l'ensemble des effectifs de la santé et non pas seulement des médecins. À court terme toutefois, on recommande de mettre sur pied un comité consultatif sur les effectifs prévus pour les soins infirmiers.

Nouvelle-Zélande

En 1989, la Nouvelle-Zélande a cessé de faire de la planification des effectifs en santé (AIHW 1996) et elle renonce toujours à la planification centrale pour diverses raisons, notamment en raison de ses antécédents historiques et d'erreurs qui, jusqu'en 1998, ont consisté à laisser au marché et aux employeurs le soin de le faire (de Raad). Toutefois, grâce à une nouvelle orientation politique favorisant le renforcement des soins de santé primaires et l'inclusion d'équipes interdisciplinaires, le ministre de la Santé a mis sur pied un Health Workforce Advisory Committee (HWAC), lequel est chargé de coordonner les effectifs. Le ministre tente actuellement de faire adopter de nouvelles lois visant les professionnels de la santé (King 2000, Goddard 2001).

Selon le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande (Goddard 2001), « on propose que le comité adopte à l'avenir une vision stratégique touchant les effectifs dont on a besoin pour dispenser les services en santé, au lieu de tenter de déterminer le nombre de personnes dont on aura besoin à l'avenir et de planifier en conséquence. » Le HWAC rend compte au ministre de la santé. Ses principales tâches consistent à produire une évaluation indépendante des capacités actuelles des effectifs de la santé et des besoins en effectifs prévisibles afin que soient atteints les objectifs des stratégies de la

Nouvelle-Zélande en matière de santé et d'incapacités. Dans les conseils qu'il formule, ce comité tient compte des connaissances actuelles touchant les effectifs (tendances quant aux surplus et pénuries ou autres déséquilibres) et des types d'effectifs dont on aura besoin à l'avenir (HWAC 2000).

États-Unis

Organisation

Les États-Unis constituent un pays qui se démarque des autres en ce que l'on y trouve des programmes financés à même les deniers publics pour les aînés et les plus démunis et un marché privé pour les autres. Historiquement, l'administration fédérale et les administrations des États ont eu un rôle à jouer dans l'élaboration de la politique destinée à façonner les effectifs en soins de santé. Comme Tim Henderson (2001) l'a fait remarquer, « Il est toujours nécessaire que le gouvernement intervienne dans ce domaine puisque, de façon caractéristique, le marché ne parvient pas à orienter les effectifs de la santé vers les domaines sous-servis et pour lesquels il n'existe pas d'assurance; le gouvernement communique des renseignements adéquats et analyse la nature des effectifs; il accroît la diversité culturelle, raciale et ethnique et les compétences culturelles des effectifs; il fait la promotion de la santé des enfants dans le domaine dentaire et évalue la qualité de l'enseignement et des pratiques. »

Étant donné les responsabilités qu'assument les administrations des États eu égard au financement et à l'enseignement pour les professions de la santé, ce sont là les acteurs principaux pour ce qui est des questions entourant les effectifs et leur planification; l'octroi de permis et la réglementation des pratiques des diverses professions de la santé et l'assurance-santé privée; l'achat de services et le versement des paiements aux fournisseurs dans le cadre du programme Medicaid; la conception de divers programmes de subvention et de réglementation prévoyant des mesures d'incitation pour les professionnels de la santé afin qu'ils choisissent certaines spécialités et lieux pour exercer leur profession (Henderson 2001, Biviano 2001).

Les politiques de l'administration fédérale visant à améliorer l'accès aux services de santé se classent généralement en trois catégories : les politiques d'offre liées au régime d'assurance de soins médicaux et autres remboursements ou paiements de service; les politiques d'approvisionnement direct telles que l'aide aux étudiants, les subventions pour la construction et autres formes d'aide institutionnelle, et les programmes de répartition géographique des effectifs afin

de régler le problème de la mauvaise répartition (Osterweiss et autre 1996). À l'échelle fédérale, le Department of Health Resources and Services Administration (HSRA) est responsable du Bureau des professions de la santé et à l'intérieur de celui-ci du National Center for Health Workforce Information and Analysis. Le Centre finance un certain nombre d'études ainsi que quatre centres régionaux d'effectifs établis au sein d'universités, soit l'Université de Californie à San Francisco, l'Université de Illinois à Chicago, l'Université de Washington et l'Université d'État de New York à Albanie. On prévoit mettre d'autres centres sur pied. Le Council on Graduate Medical Education (COGME) mène également d'autres études sur la planification des effectifs et il donne des conseils à la fois au HSRA, au Comité du Sénat sur la santé, l'éducation, le travail et les régimes de retraite de même qu'au Comité de la chambre des représentants sur le commerce.

Le gouvernement fédéral a produit des données sur les effectifs ainsi qu'un guide des ressources à l'intention des administrations des États. Cette initiative avait pour objet de « promouvoir la formation d'effectifs de la santé selon le nombre et les types de travailleurs de la santé nécessaires pour prendre soin des Américains » (HSRA 2000). Dans ce guide, un certain nombre d'options organisationnelles sont soumises à l'attention des administrations des États. On y trouve d'abord une recommandation touchant le maintien d'un ensemble des données de base sur le personnel de la santé—idéalement, tous les États devraient recueillir ces données en utilisant des définitions standard afin que des comparaisons puissent être établies entre plusieurs États et que l'on puisse partager les analyses ainsi produites.

On recommande d'utiliser plusieurs catégories de données puisqu'elles sont nécessaires à la création d'un ensemble minimal, chacune d'entre elles étant recueillie ou compilée pour un certain nombre d'années récentes, de sorte que des données touchant les tendances soient disponibles et que l'on puisse fonder nos projections sur celles-ci. Les principales catégories de données suggérées sont les suivantes :

- Dénombrement des professionnels de la santé agréés—plusieurs années, si possible, ceux exerçant activement leur profession de même que ceux qui sont simplement autorisés à exercer la profession.
- Dénombrement d'autres travailleurs de la santé—pour plusieurs années—cela semble plus difficile puisque ces travailleurs ne sont peut-être pas autorisés et que leurs associations ne disposent peut-être pas d'un système efficace de collecte des données.

- Dénombrement des nouveaux employés—p. ex., nouveaux diplômés; ce chiffre donne une idée précise de l'attrait qu'exercent les diverses professions de la santé et postes dans ce domaine et indique s'il y a croissance ou diminution. Dans la mesure du possible, ces données sont désagrégées selon la source du personnel (c.-à-d. à l'intérieur de l'État, à l'extérieur de l'État, récents diplômés, etc.)
- Nombre de personnes embauchées par des hôpitaux et autres types d'établissements de soins de santé—année après année, minimalement. Les renseignements provenant des hôpitaux devraient être faciles à utiliser—mais lorsqu'ils proviennent d'autres sources telles les bureaux de médecin, ils sont toutefois plus difficiles à utiliser. Les meilleures données seront celles qui porteront sur les infirmières.
- Données relatives à l'enseignement : Nombre d'étudiants inscrits dans des programmes d'enseignement et de formation en soins de santé et ayant obtenu un diplôme—une composante essentielle pour déterminer le nouveau personnel formé dans le domaine de la santé.
- Traitements des travailleurs de la santé : Niveaux moyens des salaires pour différentes professions de la santé, postes et spécialités dans différents milieux d'emploi. Ces chiffres devraient être disponibles pour certains types d'employés tels que les infirmières, les auxiliaires médicaux, les physiothérapeutes et les radiotechnologues et, selon les circonstances qui prévalent à l'échelle locale, on pourrait compiler des tableaux séparés pour les infirmières, telles que les infirmières travaillant en salle d'urgence, les infirmières psychiatriques et les infirmières spécialisées.
- Données démographiques : Dénombrement de la population avec des données pour les différentes subdivisions politiques (p. ex., villes, comtés)—une référence essentielle—afin d'évaluer les demandes et les besoins en services de soins de santé. On peut également établir des projections pour les demandes et besoins futurs en soins de santé.
- Données touchant les établissements de santé : Nombre des lits que l'on trouve dans les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers, les établissements en santé mentale et les unités de service pour les agences de soins à domicile et les établissements de soins ambulatoires. Ces données peuvent être utilisées dans une variété de ratios à l'intérieur de modèles servant à projeter la demande et les besoins futurs en travailleurs de la santé. Les renseignements touchant l'ouverture et la fermeture d'établissements ou de services sont tout

particulièrement importants pour la planification des effectifs de la santé et l'élaboration de politiques.

- Dépenses pour les soins de santé : Dépenses relatives aux soins de santé pour différents types de fournisseurs de services. On devrait compiler les données financières à partir des établissements de soins de santé, y compris les hôpitaux de soins aigus, les fournisseurs de soins de longue durée et les fournisseurs de soins aux malades non hospitalisés. On peut utiliser ces données pour établir divers ratios et on peut recourir à d'autres modèles pour évaluer les besoins en ressources.

Pour ce qui est de l'organisme de soutien qu'un État pourrait mettre en place, ils recommandent d'adopter un certain nombre d'options selon le budget dont ils disposent et selon d'autres considérations.

- Mettre sur pied un Conseil consultatif sur les effectifs de la santé. Ce conseil consultatif permanent pourrait favoriser la compréhension des questions communes, participer à l'élaboration de programmes de collecte de données qui seraient mis en œuvre en collaboration et assurer la coordination de la collecte et de l'analyse des données.
- Mettre sur pied une petite unité de données sur les effectifs de la santé. En affectant quelques employés à cette tâche, on créerait un centre pour la planification des effectifs et on pourrait, de la sorte, aider les organismes de l'État à définir les questions administratives de base et à les traiter.
- Mettre sur pied un Bureau de la planification des effectifs de la santé. Une telle initiative est considérée comme la méthode idéale. Les professionnels du bureau pourront répondre aux problèmes urgents de soins de santé ou aux problèmes nouveaux touchant l'offre et la demande. Un bureau complet permettrait à l'État de mener un certain nombre d'activités, y compris :
 - la réalisation de sondages auprès des établissements de santé, des professionnels de la santé et d'autres programmes d'enseignement connexes afin de veiller à ce que les responsables de la planification et de l'élaboration des politiques disposent constamment de renseignements adéquats
 - la rédaction de rapports sur l'état des effectifs de la santé dans l'État produits tous les deux ou trois ans
 - la rédaction d'un bulletin d'information trimestriel résumant les enjeux actuels et les programmes liés aux effectifs de la santé

- la préparation d'un ordre du jour annuel énonçant les grandes priorités en ce qui a trait aux effectifs de la santé pour l'année qui vient
- la création de définitions et l'établissement de protocoles standard pour la terminologie de base des effectifs en santé afin de faciliter la communication et de permettre la réalisation d'analyses approfondies
- la réalisation d'études spéciales sur les questions et initiatives exécutives et législatives actuelles
- l'élaboration de modèles permettant d'établir des projections concernant l'offre et la demande d'effectifs de la santé pour l'avenir
- le dégagement de consensus quant aux façons de faire face aux enjeux essentiels touchant les effectifs de la santé
- autre

Enfin, on recommande dans ce rapport de mettre au point un réseau électronique grâce auquel un certain nombre d'organismes pourraient partager des données et des dossiers sur les effectifs de la santé. Bien que l'on reconnaisse que cet investissement initial pourrait être élevé, une fois en place, il pourrait grandement faciliter la collecte, le partage et l'analyse des données sur les effectifs de la santé (HRSA 2000).

Methodologie/processus

Voici une description de la méthode utilisée pour faire des prévisions quant aux médecins de premier recours. Cette description est suivie de commentaires touchant les prévisions relatives à l'offre future d'infirmières. Enfin, pour conclure, on cite un exemple d'exercice de planification des effectifs mené, dans l'État du Wisconsin, au moyen d'équipes interdisciplinaires.

Médecins de premier recours

Voici une description de la méthode utilisée par Libby et Kindig (2000) dans le cadre d'une étude financée par le HSRA. Cette étude avait pour objet d'évaluer les besoins en médecins de premier recours pour les Américains mal desservis. Les éléments suivants en faisaient partie:

- On a déterminé l'offre en médecins et certaines données démographiques puis défini des codes de continuum rural- urbain en utilisant l'Area Resources File (ARF) de 1997 du Bureau of Health Professions. Nous avons ensuite pris le soin de déterminer quels

« spécialistes » ou désignations seraient reconnus comme étant des « médecins de premier recours (p. ex., omnipraticien, médecine interne générale, pédiatrie générale et obstétrique et gynécologie générales).

- On a estimé les « besoins » pour chacun de cinq types de comtés : métropolitain-centre-ville, métropolitain-périphérie, petite ville, région rurale, région peu peuplée. Parmi les deux sources utilisées pour déterminer les besoins selon la population, mentionnons :
 - un sondage mené auprès d'un comité d'experts en ce qui a trait à leurs opinions quant au nombre d'omnipraticiens dont on a besoin par tranche de population de 100 000 personnes afin d'assurer a) un niveau adéquat de médecins « selon le type de comté » et b) un niveau minimal de médecins selon le type de comté.
 - les recommandations formulées antérieurement par le COGME, voulant que 60 à 80 omnipraticiens soient affectés par tranche de population de 100 000 personnes.
- On a déterminé les besoins futurs en comparant les divers chiffres touchant la prévision des besoins (c.-à-d. les prévisions touchant les experts, hautes et élevées de COGME) les chiffres actuels par comté servant à déterminer l'excédent ou la pénurie par comté et enfin pour la nation. Ils ont amélioré de plus les prévisions « futures » en appliquant cette méthode à six scénarios pour l'avenir. Le statu quo, c'est-à-dire, la poursuite du système de l'assurance-santé puisqu'il faudrait une augmentation de 10,4 % et une fois comparés à celui-ci, comme base pour l'augmentation, les scénarios suivants ont permis de définir les besoins en médecins :
 - Une projection de l'assurance de base servant à évaluer la croissance future du marché des soins gérés donnerait lieu à une augmentation de 1,1 %.
 - Une très forte pénétration des soins gérés donnerait lieu à une autre diminution de 1,7 % des besoins futurs.
 - Une couverture universelle (comme celle qui existe au Canada) donnerait lieu à une autre augmentation de 9,9 % en supposant une demande plus forte de la part de ceux qui ne jouissaient pas auparavant d'un accès satisfaisant aux services.
 - Accès égal et couverture universelle - comme le scénario antérieur, mais permettant un meilleur accès et donc une dotation accrue nécessiterait 12,3 % de plus.

- Le fait de doubler l'utilisation des fournisseurs non médecins comme les infirmières praticiennes, les auxiliaires médicaux, etc. a donné lieu à une « diminution » de 12,6 % du statu quo de base.
- Ces scénarios ont permis de montrer les répercussions des divers scénarios futurs en ce qui a trait à l'organisation, au financement et à la couverture fournis dans le système de santé et de faire ressortir les changements survenus à l'égard de l'importance et de la composition de la population.

Infirmières et infirmiers

Dans le rapport que le National Advisory Council on Nursing Education and Practice a présenté au ministère de la Santé et des Ressources humaines sur les effectifs de base en infirmières autorisées, l'on s'est penché sur un certain nombre de méthodes permettant de déterminer l'offre et les besoins. On y a formulé un certain nombre d'hypothèses touchant les soins infirmiers qui seront offerts à l'avenir. Ce sont les suivantes :

- Les hôpitaux demeureront les principaux employeurs.
- Les rôles des infirmières autorisées vont changer considérablement.
- Des procédures techniquement plus avancées seront prévues dans les foyers de soins infirmiers.
- Les infirmières se concentreront sur les soins primaires et la promotion de la santé.
- Une plus grande quantité de soins infirmiers seront dispensés au sein de la collectivité.
- Le nombre d'infirmières œuvrant dans le domaine des soins de santé à domicile augmentera considérablement.
- L'augmentation relative de la population d'aînés dans le pays fera en sorte qu'il faudra un plus grand nombre d'infirmières pour gérer les états chroniques des patients.
- Il faudra définir leur rôle futur afin de gérer les soins selon un continuum.
- Les professionnels travailleront en tant que pairs au sein d'équipes interdisciplinaires.
- Les connaissances cliniques seront intégrées aux connaissances des ressources communautaires.

- Mieux servir la population à l'avenir; faire preuve d'une plus grande sensibilité aux différentes cultures étant donné que la population se diversifie de plus en plus.

Parmi les conditions qui prévaudront à l'avenir, mentionnons la tendance à délaissier les soins offerts en établissements pour privilégier les soins communautaires. Parallèlement à cette tendance, on assistera à une complexification, laquelle se conjuguera à la complexité croissante des soins aigus. On a donc déterminé qu'il faudrait modifier la composition du programme d'enseignement des effectifs en infirmières autorisées.

Pour déterminer l'offre et les besoins futurs en infirmières autorisées et établir des projections, on a mené un certain nombre d'activités de modélisation. Pour faire des projections quant à l'offre future, on a utilisé un modèle permettant de saisir les dynamiques propres à l'âge du flux d'infirmières ayant l'autorisation d'exercer (y compris des études des diplômés pour la première fois et de celles qui ont entrepris des études supérieures). On s'est également penché sur les mouvements vers l'intérieur et l'extérieur des effectifs, et les migrations d'un État à l'autre. Pour chacun des États, on a mis au point des données sur:

- la population d'infirmières—toutes celles qui sont titulaires d'un permis qui leur permet d'exercer leur profession à partir d'une date donnée;
- l'offre - toutes celles qui sont employées ou qui peuvent l'être (si un nombre insuffisant de postes sont ouverts au moment de l'étude);
- l'offre d'équivalents temps plein qui rend compte de l'emploi indépendamment du fait qu'il s'agisse d'emplois à temps partiel ou à temps plein. Pour établir le nombre d'équivalents temps plein, on a mené un sondage à l'échelle nationale au moyen d'un échantillon afin de déterminer quelles infirmières travaillent à temps plein, lesquelles travaillent à temps partiel et le nombre d'heures prévues pour chacune. On a ensuite mis au point des ratios pour chaque cohorte selon le groupe d'âge de celles qui travaillaient à temps plein et un « équivalent temps plein » pour celles qui travaillaient à temps partiel.

Le résumé pour l'ensemble des États-Unis est un agrégé des données fournies par les États.

Pour établir des projections en ce qui a trait aux besoins futurs en infirmières autorisées, on a mis au point des renseignements pour chaque État. Dans le passé, on a recouru à un certain nombre de modèles de projection des besoins,

y compris le modèle historique fondé sur les tendances, le modèle reposant sur les demandes d'infirmières et le modèle de demande de services généraux. À l'heure actuelle, le modèle d'établissement des besoins fondés sur la demande en infirmières est le plus récent effort de modélisation visant à déterminer les besoins futurs en personnel infirmier. Il a été mis au point par la Division des soins infirmiers (laquelle fait partie du US Bureau of Health Professions). Puis il a été établi d'après le modèle de demande en services généraux. Il tient compte de l'utilisation des infirmières selon les services fournis. Il permet également aux utilisateurs d'accéder à l'emploi selon l'emplacement géographique et l'emploi des infirmières (ou le détail du secteur des services de soins de santé) conjugués à la capacité d'apporter des changements aux intrants au modèle afin de dresser divers scénarios. Selon le modèle itératif actuel, on prévoit uniquement les besoins pour les infirmières autorisées en équivalent temps plein. Les travaux futurs permettront d'élargir le modèle à l'ensemble des effectifs en personnel infirmier couverts par les anciens modèles de besoins en infirmières.

Selon la méthode actuelle, le système de soins de santé est subdivisé en une variété de secteurs de soins de santé définis selon la disponibilité et l'uniformité des données permettant de mesurer le niveau des services et des ressources en personnel requises. Parmi ces secteurs, mentionnons les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers, les soins ambulatoires, les soins publics et communautaires, l'enseignement infirmier et ainsi de suite. On a tenu compte des mesures touchant l'état socio-économique et l'état de santé pour mesurer le comportement touchant la croissance de chacun des secteurs de soins de santé et les changements quant aux taux d'utilisation des infirmières. Parmi les variables relatives à l'état de santé, mentionnons le nombre ou les niveaux d'incapacités, les taux de décès et de changement quant aux taux de morbidité et de mortalité. On a mesuré le bien-être de la population ou de sous-groupes à l'intérieur de la population en utilisant des variables telles que le revenu par habitant, les indices du coût de la vie, les changements quant aux taux ou aux revenus totaux. Et comme il convient au milieu américain, on a également tenu compte de l'état d'assuré.

On a mesuré des caractéristiques démographiques telles que le sexe, la race, le groupe d'âge et le lieu de résidence, soit en région rurale ou urbaine. On a ensuite obtenu le nombre de IA en équivalent temps plein en établissant un lien entre le nombre total d'heures travaillées par les IA dans le secteur des soins de santé et le nombre moyen d'heures prévues, sans tenir compte des vacances et d'une IA employée à temps plein dans ce secteur. On a fait des prévisions État

par État, que l'on a ensuite agrégées pour l'ensemble des États-Unis (National Advisory Council on Nurse Education and Practice 2000).

Interdisciplinaire

Le Consortium for Primary Care du Wisconsin présente un cas de planification intégrée pour l'ensemble des effectifs en santé œuvrant dans le domaine des soins primaires. Ce consortium a mis sur pied une équipe interdisciplinaire désignée sous le nom de Forum sur les effectifs. Ce Forum compte des représentants des écoles de médecins, d'infirmières et d'auxiliaires médicaux et de programmes de formation, d'employeurs, d'assureurs, de fournisseurs, d'organisations de soins gérés, d'organismes étatiques et de collectivités mal desservies. Dans le cadre de cet exercice, les infirmières ont joué un rôle directeur important. Cet exercice consistait notamment à broser le portrait démographique exact des endroits où les professionnels des soins primaires exercent leur profession et à établir des projections exactes quant à l'offre et à la demande futures.

Les effectifs ont utilisé le logiciel Integrated Requirements Model (IRM) version 1.5 mis au point par le Bureau of Health Professions afin de procéder à de la planification pour les divers types de fournisseurs employés dans les divers milieux où sont dispensés des soins de santé. L'IRM lie l'information touchant la couverture d'assurance-santé à d'autres renseignements touchant l'utilisation des divers fournisseurs dans le cadre de différents types de couverture et il estime le nombre de fournisseurs dont on a besoin pour répondre aux besoins en soins primaires de la population. Ce modèle comporte une interface graphique Windows qui permet aux utilisateurs de dresser plusieurs scénarios de projections en modifiant les hypothèses sur lesquelles le modèle repose en fonction des tendances futures démographiques et de l'organisation des soins de santé. L'IRM est distribué selon six scénarios et le forum du Wisconsin en a mis au point un septième. Il s'agit :

- du statu quo—ce scénario suppose que l'assurance et la dotation demeureront constantes
- d'une projection de l'assurance de base—meilleures évaluations de la pénétration future des OSSI
- de soins hautement gérés
- d'une couverture universelle - 100 % de la population
- de l'égalité d'accès avec couverture universelle et accès amélioré
- de l'utilisation double de fournisseurs autres que les médecins

- d'une utilisation double autre que les médecins, assortie d'un accès égal et d'une couverture universelle

Selon cette hypothèse, nous avons pu présenter le nombre d'employés dont chaque fournisseur de soins primaires a besoin pour chacun des sept scénarios dressés à partir des données provenant du Wisconsin, en établissant une projection vers l'avant de 1995 à 2005 (Riportella-Muller et autres 2000).

Royaume-Uni

Organisation

Dans le cadre de son plan visant à se doter « d'effectifs de qualité, en nombre adéquat, et possédant des compétences pertinentes afin de permettre au gouvernement d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé quant aux services à dispenser en matière de santé et de soins sociaux » (ministère de la Santé 1998), le Royaume-Uni est en train d'adopter une planification intégrée pour l'ensemble de ses effectifs—médecins, infirmières, physiothérapeutes, personnel ambulancier, pharmaciens et autres (Davies 2000). Pour le moment, le Royaume-Uni s'est engagé à mettre en place un plan annuel sur les effectifs et à établir les capacités de planification et de gestion nécessaires pour concrétiser cette orientation stratégique.

Le House of Commons Health Select Committee a réaffirmé cette orientation en mars 1999. Cette orientation s'inscrit dans le cadre d'un ensemble de principes, notamment : « Que la planification couvre l'ensemble des effectifs en santé, d'un secteur à l'autre (primaire, secondaire et tertiaire), les employeurs (public, privé et bénévole) et les groupes de personnel (infirmières, médecins, dentistes, autres professions et autres membres du personnel) et qu'elle tienne compte de l'évolution des rôles ». Ce comité s'est engagé à modifier les effectifs de la façon suivante :

- « *travail d'équipe* par delà les barrières professionnelles et organisationnelles;
- *flexibilité du travail* afin de faire le meilleur usage possible de l'éventail de compétences et de connaissances que le personnel possède;
- *simplification de la planification des effectifs et de leur perfectionnement*, laquelle découle des besoins des patients et non des besoins des professionnels;

- *maximisation de la contribution de tous les membres du personnel affectés aux soins des patients, lever les barrières qui font que seuls les médecins ou infirmières ont le droit de dispenser certains types de soins;*
- *moderniser l'enseignement et la formation de façon à ce que le personnel acquière toutes les compétences voulues pour travailler dans un cadre national de la santé complexe et en évolution;*
- *définir de nouveaux cheminements de carrière qui soient plus souples pour le personnel de toutes les professions et même plus;*
- *élargir les effectifs de façon à répondre aux besoins futurs » (ministère de la Santé 2000).*

On doit mettre au point des plans d'effectifs en se fondant sur une approche multidisciplinaire, en se concentrant sur les services à dispenser et en tenant compte des besoins en soins primaires, secondaires et tertiaires. Au lieu de se limiter à une seule structure consultative sur les effectifs, la nouvelle structure initialement proposée dans le document *A Health Service of all the talents: Developing the NHS workforce* (2000) comportera les éléments suivants :

À l'échelle locale

Toutes les fiducies NHS, y compris les fiducies de soins primaires, devront produire des plans visant les effectifs pour leurs propres organisations, lesquels devront tenir compte des retraites prévues, des changements quant aux services prévus ainsi que des changements quant à la composition des compétences. Il doit s'agir de plans quinquennaux. Les cadres supérieurs des autorités en matière de santé doivent assumer la responsabilité de la planification et du perfectionnement des effectifs à l'échelle locale conformément à la planification des services et ce, grâce aux programmes d'amélioration de la santé (Health Improvement Programmes).

À l'échelle régionale

On créera, au total, 24 confédérations du perfectionnement des effectifs à qui il incombera d'assurer la planification intégrée des effectifs pour les collectivités de soins de santé en se fondant sur les évaluations dont on aura besoin pour l'avenir. Afin de remplir leur mandat, les confédérations travailleront en étroite collaboration avec les autorités en matière de santé ainsi qu'avec les responsables des programmes d'amélioration de la santé. Elles prêteront également leur concours aux autorités et aux fiducies en matière de santé dans le domaine du perfectionnement des compétences en planification des effectifs. Il leur incombera également de veiller à ce qu'il soit tenu compte des plans des

services nationaux, régionaux et locaux lors de l'élaboration des plans touchant les effectifs. Les confédérations assumeront également la responsabilité globale de la définition et de la gestion des services d'enseignement et de formation pour tout le personnel professionnel. Elles devront en outre travailler auprès de groupes professionnels clés afin d'assurer la formation d'un nombre d'employés formés convenablement.

On renforcera, de plus, chaque bureau régional de NHS en y nommant des directeurs du Perfectionnement des effectifs à qui les doyens de facultés d'études postdoctorales et autres rendront compte. Ils seront également chargés de la gestion d'un budget englobant des sphères de financement actuellement distinctes—augmentation des services liés à l'enseignement, l'enseignement médical et dentaire et l'enseignement non médical. Ils travailleront également avec des confédérations fondées sur un consortium en éducation ainsi que sur des groupes consultatifs formés d'effectifs médicaux locaux.

À l'échelle nationale

Appuyée par les Care Group Workforce Development Boards, la Commission nationale de perfectionnement des effectifs veillera à l'intégration adéquate des questions liées aux effectifs pour ce qui est du perfectionnement des services, de l'intégration du travail aux groupes monoprofessionnels actuels. Le président-directeur général du NHS présidera cette commission, laquelle sera formée des groupes actuels, y compris le Advisory Group on Medical Education, Training and Staffing, le Specialist Workforce Advisory Group, le Medical Workforce Standing Advisory Committee et les groupes consultatifs nationaux pour les professions non médicales (Edmonson 1999, Queen Margaret University College 2000, ministère de la santé 2001).

Initiatives connexes

La disponibilité de renseignements pertinents et opportuns est actuellement l'une des principales sources de préoccupation au Royaume-Uni, tout comme ailleurs. Une initiative stratégique majeure consiste à examiner la totalité des besoins en information de manière à appuyer la nouvelle approche intégrée de planification des effectifs.

En ce qui a trait à la profession des infirmières, et dans une certaine mesure à d'autres professionnels de la santé, il existe un certain nombre de problèmes y compris la pénurie perçue, l'augmentation de la moyenne d'âge des infirmières et la réduction du nombre d'infirmières demeurant au Royaume-Uni. L'un des

facteurs déjà cités concernant la pénurie actuelle est le réflexe qu'ont eu les employeurs de réduire leurs effectifs face aux forces du marché, et dans le contexte de la restructuration et de la réforme mises en œuvre au début des années 90 (tous deux ont eu une incidence sur les admissions aux programmes de formation) (Buchan et Edwards 2000). Il s'agit peut-être là de l'un des facteurs qui expliquent l'âge moyen des personnes employées dans le système, car protégées par leur ancienneté, elles sont demeurées dans le système alors que de plus jeunes infirmières ont dû faire face à l'éventualité de la mise à pied. Un nombre d'infirmières inférieur aux besoins réels sont venues rejoindre les rangs des effectifs. De plus, il existe une population d'infirmières dans la collectivité qui pourrait être intéressée à réintégrer les effectifs.

Une approche originale visant à encourager les anciennes infirmières à réintégrer la profession a été mise en œuvre par un consortium de fiduciaires et d'autorités en matière de santé. Menée en partenariat avec les directeurs des soins infirmiers, les universités et d'autres institutions, cette initiative a consisté en une campagne de sensibilisation du public reposant sur la radio et la télévision, l'établissement de lieux d'information et la mise sur pied d'un autobus ayant permis de faire une tournée où des exposés ont été présentés. Les infirmières qui se sont dites intéressées à réintégrer la profession se sont vu offrir des options de retour immédiat ou des cours sur mesure, y compris des programmes de formation à domicile (Duguid 2000). On a, de plus, établi des objectifs précis pour l'an 2004 en ce qui a trait aux effectifs en infirmières en Angleterre. L'un de ces objectifs est de faire en sorte que d'ici 2004, 20 000 infirmières de plus œuvreront dans le système de santé. Un autre objectif consiste à augmenter de 5 500 le nombre d'infirmières, de sages-femmes et de visiteurs sanitaires formés chaque année (5 500 de plus que ceux qui ont été formés en l'an 2000) (Queen Margaret University College 2000).

Méthodologie/processus

Vu qu'il est membre de l'Union européenne et en raison également de son système de soins de santé, le Royaume-Uni a modifié son approche en matière de planification des effectifs. Il y a environ 7 ans, le Royaume-Uni s'est conformé aux règlements européens en matière de libre circulation des travailleurs pour ce qui est de la formation de spécialistes—formation d'un plus grand nombre de spécialistes (HST) à une moyenne de 5 ans selon la spécialité. Au terme de cette phase, un certificat d'achèvement de la formation des spécialistes (CCST) est délivré et, à partir de ce moment, le titulaire peut occuper un poste de consultant (spécialiste). Toutes les places en formation (HST) se sont vu attribuer un certain nombre de personnes à former à l'échelle nationale afin de

Examen international de la planification des effectifs de la santé

permettre aux doyens des facultés de deuxième cycle de se tenir au courant du nombre de stagiaires et de mieux planifier les effectifs.

Jusqu'au 1^{er} avril 2001, la planification des effectifs a été assumée par le Specialty Workforce Advisory Group (SWAG), lequel comprend des responsables de la planification des effectifs, des doyens des facultés d'études supérieures de médecine, des représentants des omnipraticiens, des gestionnaires d'hôpitaux, des membres de la British Medical Association, des médecins subalternes, et est soutenu par un secrétariat situé à l'intérieur du ministère de la Santé (perfectionnement des effectifs). La planification se déroulait de la façon suivante :

- À la faveur d'une série de réunions bilatérales détaillées, le SWAG a chaque année obtenu des renseignements probants auprès des Royal Colleges, des fiduciaires, des bureaux régionaux (fonction civile) quant aux besoins prévus en conseillers pour cette spécialité particulière pour les 5 prochaines années (délai de formation).
- La demande et les besoins se fondent sur une combinaison de ratios spécialistes/tranche de population pour certaines spécialités, changements technologiques médicaux, répercussions du potentiel humain, reconfiguration des services et autres mesures.
- On a ensuite évalué ce scénario de demande par rapport à l'offre connue et projetée et ce, à partir du profil du nombre de personnes formées à l'échelle nationale, des allocations étant prévues pour les retards qu'accusent les stagiaires dont l'horaire est flexible, admissions pour études supplémentaires et années de recherche, stagiaires assignés outre-mer revenant de l'étranger et autres sources d'approvisionnements afin de déterminer le surplus et, dans ce cas-ci, la pénurie.
- Le nombre résultant est le nombre de stagiaires dont on aura besoin pour combler les places en formation cette année;
 - si ce nombre est supérieur au nombre de places actuellement disponibles, il faudra alors établir d'autres chiffres pour les personnes à former à l'échelle nationale
 - s'il y en a moins, il faudra alors diminuer le nombre de personnes à former à l'échelle nationale.
- Afin d'éviter les louvoiements importants en déterminant chaque année le nombre de personnes à former (avec les répercussions que cela a sur les services), puis en le réduisant, on a abaissé les objectifs pour

quelques années, de façon à ce qu'il y ait croissance ou réduction graduelle.

- Le SWAG a ensuite agrégé toutes les prédictions relatives à la croissance pour chacune des spécialités. Il les a ensuite soumises aux ministres afin qu'ils en déterminent le financement.
- Pour ce qui est des places pour une formation spécialisée plus poussée, le financement est assuré grâce au Medical and Dental Education Levy (MADEL), lequel assure le financement de la moitié des traitements des stagiaires. Selon Julia Moore du ministère de la Santé (2001), ce fonds devrait probablement assumer la totalité du financement l'année prochaine. On n'a pas toujours trouvé de fonds pour répondre à la croissance recommandée par le SWAG, de sorte qu'il a fallu rajuster le nombre de places en formation ou déplacer certaines sommes en raison de la suppression de certaines places en formation.

Bien qu'il ait gagné en respectabilité, le processus a posé certains problèmes. On s'attend à ce que les médecins qui terminent leur formation libèrent ces places une fois que leur formation sera terminée. S'il n'y pas de « poste », le chômage sera alors une possibilité réelle pour eux. Comme le NHS est perçu comme un acteur monopolistique, cette situation crée un problème politique ainsi qu'un problème d'effectifs. De plus, plusieurs spécialités ont connu une croissance très rapide et l'on prévoit qu'elles connaîtront une augmentation de 10 % par année, ce qui n'est pas possible à long terme (Moore, 2001). Pour corriger cette situation, il faudrait retirer le nombre de stagiaires, ce qui est très difficile puisqu'une telle mesure a une incidence sur les services actuellement assurés et qu'elle est rarement soutenue par les collègues compétents ou comprise à la lumière des pénuries actuelles. L'une des solutions consisterait à faire preuve de souplesse eu égard à la formation afin de permettre aux stagiaires de changer de spécialité en se déplaçant « latéralement » dans une nouvelle direction. Cette option n'est pas encore offerte. Il y a enfin actuellement quelques problèmes de concordance entre l'établissement de postes de résidence (SHO) fondés plutôt sur les besoins en services dans les hôpitaux que sur le nombre de stagiaires dont on a besoin avec le temps pour combler les postes de spécialistes qui sont vacants (Moore 2001).

La situation actuelle est tout à fait nouvelle et elle résulte de la réforme du système de santé et de la nouvelle orientation donnée à la planification des effectifs de la santé. Comme nous l'avons décrit à la rubrique Organisation, ci-dessus, on met en place des structures afin de favoriser un processus intégré et global pour l'ensemble des effectifs dans le cadre d'une politique reposant

sur une approche multidisciplinaire. À ce stade-ci, le nombre de spécialistes a principalement été déterminé par ce qui était réalisable au cours des trois prochaines années (à titre d'évaluation optimiste) fondé sur les postes de formation des spécialistes en santé qui sont en place, auxquels s'ajoute un objectif pour le recrutement outre-mer. La répartition des diverses spécialités se précisera lors de la mise en place des nouveaux plans de groupe de soins.

De plus, des cadres des services nationaux sont en voie d'élaboration depuis deux ans. Ces cadres ont permis d'élaborer une vision décennale quant à l'orientation à donner à un service particulier (p. ex., maladies coronariennes, services aux aînés, cancer, etc.). Ces cadres ne se veulent pas prescriptifs. Ils ont plutôt pour objet de concrétiser l'orientation générale touchant la mise au point des services, l'orientation voulant que les responsables de la planification des effectifs de la santé commencent à faire la planification. Les nouveaux Care Group Workforce Groups s'en remettront, par exemple, à ces cadres pour évaluer la demande en effectifs pour toutes les spécialités et autres professionnels de la santé (médecins, infirmières et professionnels de la santé alliés).

Les objectifs fixés pour les soins infirmiers se fondent en partie sur les résultats qu'il est possible d'atteindre au cours d'une période budgétaire de trois ans. Ce travail sera, à son tour, soutenu par le travail des confédérations locales des effectifs, lesquelles évaluent les travaux relatifs aux services rendus dans ce domaine. Nous avons déjà fait état d'un certain nombre de préoccupations touchant les taux de retraite prévus et la capacité en matière de formation des infirmières afin d'en former un nombre suffisant. On doit donc orienter les efforts vers le maintien en poste du personnel actuel et plaider en faveur de l'introduction d'horaires de travail flexibles et de l'entrée en vigueur de régimes de pensions (Moore 2001).

Plan de soins infirmiers en Écosse

L'Écosse présente un exemple qui illustre très bien une méthode de planification des effectifs infirmiers, laquelle intègre la planification des services et des effectifs « de manière ascendante en faisant intervenir tous les employeurs des services de santé—the Student Nurse Intake Project (SNIP). Aux fins de ce processus de planification, on utilise tout simplement un tableau qui tient compte des plans de service futurs et de l'évaluation de la demande, chaque employeur établissant un indicateur des besoins futurs probables en infirmières pour les cinq prochaines années. Ces renseignements sont ensuite agrégés à l'échelle nationale (Écosse) puis utilisés parallèlement à d'autres renseignements (taux de retraite, taux de roulement, etc.) afin que des décisions mieux éclairées soient prises quant au nombre d'étudiants en sciences infirmières à

former. Dans cette évaluation, on tient également compte de la demande prévue d'infirmières par les employeurs du secteur privé dans un proche avenir (Buchan 1994).

Répercussions et optiques possibles pour le Canada

L'expérience du Canada en matière de planification des effectifs de la santé a, de façon générale, repris les grands thèmes connus. On y a constaté les mêmes répercussions qui ont été évoquées précédemment comme renseignements de base du présent document. Pour l'heure, les études isolées portant sur les médecins et les infirmières continuent d'être le principal modèle. Il est maintenant possible de tirer les conclusions de nos propres expériences et de celles vécues dans d'autres pays. Les questions relatives aux effectifs qui ont été liés à la politique, à la pratique, aux éléments sociétaux et au milieu professionnel de même qu'aux optiques et méthodologies telles qu'elles ont été présentées succinctement, permettront de déterminer les orientations futures et de réaliser des progrès quant aux pratiques à éviter, aux besoins à redéfinir et aux mesures à prendre.

Il semble que le Canada aurait tout intérêt à se donner une vision, un cadre et des définitions claires et qu'il devrait mettre sur pied un organisme permanent et définir un processus qui lui permettrait de planifier les effectifs de la santé et d'exercer un suivi à cet égard. Il s'agit là d'un besoin qu'il est urgent de combler afin que l'on puisse brosser un juste portrait national et comprendre les caractéristiques des effectifs d'un bout à l'autre du Canada de même que d'une province et d'un territoire à l'autre et ailleurs. Plusieurs raisons justifient cette position. D'abord, les ententes internationales et les tendances qui se font jour, de même que les ententes nationales internes, ont des répercussions de plus en plus importantes sur la population active du Canada. L'immigration et l'émigration sont des réalités bien concrètes et la mobilité à l'intérieur du pays, d'une province et d'un territoire à l'autre, n'est pas simplement un fait, mais bien un droit permettant aux Canadiens de chercher un emploi ailleurs au pays.

La mobilité des professionnels de la santé est encore plus grande depuis la conclusion de l'*Accord sur le commerce intérieur (chapitre 7)* concernant la mobilité des travailleurs à l'intérieur du Canada. En effet, cet accord affirme que les « administrations du Canada accroissent la capacité des résidents du Canada de travailler ailleurs au pays. Les administrations fédérales, provinciales et territoriales ont convenu de lever les barrières au commerce interprovincial et de garantir la libre circulation des personnes, des biens, des services et des investissements. Le chapitre 7 sur la mobilité de la main-d'œuvre a pour objectif de permettre aux travailleurs qualifiés de trouver un emploi dans une partie du Canada afin de pouvoir être admissibles à ce poste dans une autre

Examen international de la planification des effectifs de la santé

province ou territoire » (DRHC 2001). On ne devrait donc pas faire abstraction de ces réalités dans le cadre de la planification provinciale ou territoriale. Les efforts de planification devraient être soutenus et précisés à la lumière de la planification des effectifs et de leur surveillance à tous les niveaux – à l'échelle nationale, provinciale/territoriale et régionale. Il faudra pour cela disposer de meilleurs renseignements.

Le Canada dispose de certaines données – principalement sur les médecins. Il possède également certains renseignements sur les infirmières autorisées et quelques-uns sur d'autres infirmières ou professionnels de la santé alliés à cette profession – auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS 2001), par exemple. Il reste néanmoins beaucoup de travail à accomplir dans le domaine de la création et de la mise au point des ressources de données plus uniformes et accessibles et de liens d'un bout à l'autre du pays. Une fois tous ces renseignements intégrés, on devrait continuer d'enrichir cette étude spéciale menée à l'échelle provinciale ou territoriale en favorisant l'accès à une ressource globale dans le but de recueillir des commentaires, des renseignements et d'obtenir de l'aide. Il faudra des recherches plus approfondies sur les ressources humaines de la santé afin de mieux comprendre les circonstances actuelles, les besoins et les possibilités réelles. Une consultation menée récemment d'un bout à l'autre du pays et décrite succinctement dans le document *Listening for Direction* (Gagnon et Menard 2001) vient confirmer ce fait. On y mentionnait notamment que les ressources humaines en matière de santé était le thème de recherche prioritaire.

Les stratégies de réforme actuellement mises en œuvre auxquelles s'ajoute une certaine évolution indépendante des pratiques font valoir la nécessité de se doter d'une méthode plus globale et structurée de planification des effectifs de la santé. La réforme des soins de santé primaires est aujourd'hui une priorité à l'échelle internationale et nationale et au Canada, de même que dans les provinces et territoires. Il s'agit des mêmes réalités auxquelles d'autres pays essaient de remédier ou dont ils commencent à tenir compte dans leurs réflexions. Un plus grand nombre de médecins ont commencé à travailler au sein de groupes; et le nombre d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires de médecins, d'infirmières, de diététiciens et diététiciennes, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé travaillant au sein des mêmes organisations augmente (Mable et Marriott 2001). Il importe de mieux comprendre les répercussions de cette évolution et les possibilités qu'elle présente.

Le Canada n'a pas encore mis au point une approche globale aux ressources humaines en matière de santé, mais il est sur le point de mettre en œuvre des mesures mieux orientées et reposant davantage sur la concertation. Dans la conception des programmes de même que dans l'élaboration de la pratique clinique et autres lignes

directrices visant à mieux répondre aux besoins de populations données (p. ex., personnes atteintes de diabète), on a de plus en plus mis l'accent sur la santé de la population – de façon à ce que le système permette une plus grande intégration et assure la collaboration interfonctionnelle. Certains organismes de santé adoptent des mesures de plus grande importance et envisagent de mettre sur pied des organismes de santé à intégration verticale qui puissent assumer la responsabilité de l'éventail complet de services de santé, ce qui aura des répercussions certaines sur les professionnels de la santé. Comme nous l'avons conclu pour d'autres pays ayant fait l'objet d'un examen, toutes ces tendances montrent qu'il est bien inspiré de planifier pour *l'ensemble* des effectifs et ce, d'une manière *intégrée, systématique et permanente* – et non seulement pour une profession, considérée isolément.

Le Canada a affirmé son engagement à mettre en œuvre diverses mesures afin d'améliorer les capacités qui lui permettront de déterminer le nombre et la combinaison exacts de fournisseurs ayant les compétences voulues aux bons endroits et aux moments opportuns afin de répondre aux besoins de la population. Lors de leur réunion en septembre 1998, les ministres FPT de la Santé se sont entendus sur les orientations et grandes priorités futures, notamment sur la collaboration en matière de planification des ressources humaines en matière de santé. Lors d'une réunion tenue à Charlottetown en 1999, ils ont fait état des progrès concrets qui ont été réalisés dans ce domaine (Santé Canada 1999). Les premiers ministres ont de plus souscrit à cette orientation dans leur *Plan d'action pour le renouvellement du système de santé* de septembre 2000, lorsqu'ils se sont entendus pour collaborer dans certains domaines prioritaires, notamment l'offre de médecins, d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé. Ces mesures viennent s'ajouter à l'engagement d'assurer « un meilleur partage de l'information entre les différents secteurs de compétence » (ICIS 2000).

L'une des premières mesures à prendre pour orienter l'action serait de former un groupe de travail chargé de mettre sur pied une Organisation nationale de planification des effectifs (ONPE) doté d'un budget approprié et d'un personnel suffisant pour travailler en permanence. Des représentants des administrations fédérales, provinciales et territoriales pourraient participer à la gestion de cette organisation et lui faire part de leurs réflexions. Des professionnels clés, des intervenants provenant d'établissements d'enseignement et d'autres citoyens pourraient également y prêter leur concours. Il pourrait probablement s'agir d'un organisme qui jouerait un rôle compensatoire et ayant un engagement manifeste à l'égard de l'objectivité afin d'éviter les problèmes d'« intérêt pour soi » auxquels nous avons été confrontés par le passé et qui ont caractérisé les intervenants en général, y compris les gouvernements. Son mandat eu égard à la planification intégrée et objective des effectifs devrait être défini en termes explicites et on devrait lui confier la responsabilité d'exercer une surveillance permanente et de mener des

Examen international de la planification des effectifs de la santé

études quant aux tendances qui se dessinent à l'échelle nationale, provinciale, régionale et locale.

Cette organisation pourrait être soutenue par un comité consultatif central et pourrait, au besoin, mettre sur pied des comités ayant un mandat bien précis. Elle pourrait nouer des liens et établir des partenariats avec d'autres organismes permanents ou avec le personnel des administrations fédérales, provinciales et territoriales chargé de la planification des effectifs. Elle pourrait également établir des liens avec des organismes de planification et de recherche dans le domaine des services de santé. Le groupe de travail et en dernière instance, l'ONPE pourraient assumer un certain nombre de tâches qui ne se limiteraient toutefois pas à celles décrites ci-dessous.

- ✧ Élaborer la vision de l'organisation et définir son mandat.
- ✧ Établir une « définition » pertinente de la planification des effectifs—reliée convenablement aux divers aspects de « l'offre » de fournisseurs (enseignement, formation, immigration, migration, etc.) et de gestion des effectifs (p. ex., organisation efficace; recrutement et maintien en poste, etc.).
- ✧ Définir un cadre pour la planification nationale, provinciale, régionale, locale et spécialisée des effectifs (p. ex., pour certaines populations, certains secteurs, certaines initiatives de politiques, etc.).
- ✧ Dresser un certain nombre de scénarios quant à l'avenir du système de santé du Canada.
- ✧ Procéder à un examen global des « besoins en données » afin de soutenir la planification des effectifs à l'échelle nationale et de pouvoir établir des comparaisons d'un secteur à l'autre; se livrer à des analyses et se concentrer sur une région géographique nationale, provinciale, régionale et locale donnée à l'intérieur du Canada. Un défi particulier dans ce domaine consiste à résoudre le problème de l'établissement de liens entre les données provinciales et territoriales.
- ✧ Élaborer des lignes directrices et définir des normes pour la collecte de renseignements.
- ✧ Déterminer les exigences eu égard aux politiques et cerner les options possibles.
- ✧ Établir les liens pertinents afin de procéder à la planification des effectifs de manière éclairée et que des liens explicites soient établis avec la politique en matière de santé, l'évolution organisationnelle et la planification des services de santé.

- ✧ Veiller à ce que la planification des effectifs soit liée à la planification et à la gestion plus larges des ressources humaines en matière de santé et à ce qu'elle les soutienne.
- ✧ Mettre au point de bons renseignements; bien comprendre chacune des professions individuelles de la santé et pouvoir s'attaquer aux problèmes au moyen d'une approche de planification qui soit intégrée.
- ✧ Élaborer et mettre en œuvre des méthodologies et processus multimodaux fondés sur les expériences récentes et en cours dans d'autres secteurs de compétence et faire avancer la réflexion à ce sujet au Canada.
- ✧ Envisager d'établir un Fonds ayant pour mission d'appuyer la recherche ou d'encourager les organismes de financement de la recherche actuels à se concentrer sur les effectifs afin de produire d'autres évaluations des méthodes de l'organisation et de son rendement et de contribuer à une meilleure définition des méthodes.
- ✧ Établir un processus de surveillance permanente des effectifs de façon à déceler promptement tout état nouveau ou changeant et d'y faire face de manière éclairée.
- ✧ Mettre au point un système interne d'information de même qu'un réseau électronique pour les partenaires et utilisateurs afin d'assurer la « connectivité » en temps réel des opérations et des communications.

Une fois mise sur pied, cette organisation pourrait assumer un rôle central dans la planification des effectifs au Canada et être l'un des principaux agents de l'amélioration du système de santé du Canada. On éviterait ainsi de se voir confronté à des changements majeurs et on améliorerait la qualité, la stabilité et la durabilité du système de santé. Bref, l'avenir des effectifs de la santé du Canada serait « plus stable ».

Références

Adams, Orville, 2001, Personal Communications with Director, Organization of Health Services Delivery, Organisation mondiale de la Santé, juin

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 1996, *Australian Medical Workforce Benchmarks*, A report for the Australian Medical Workforce Advisory Committee, Report 1996.1, January

Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC), 2000, *Medical workforce planning in Australia*, Australian Health Review, Vol 23 No 4, pp 8-26

____ Ibid, 1998, *Medical Workforce Supply and Demand in Australia: A Discussion Paper*, AMWAC Report 1998.8 October
<http://amwac.health.nsw.gov.au/corporate-services/amwac/issues.htm>

____ Ibid, *Sustainable Specialists Services: A Compendium of Requirements*, AMWAC Report, August 1998

Biviano, Marilyn, 2001, *Communications personnelles*, directeur par intérim, National Center for Health Workforce Information and Analysis

Buchan, James et Nigel Edwards, 2000, *Nursing numbers in Britain: the argument for workforce planning*, BMJ Volume 320, April 15, pp. 1067-1070

Buchan, James, 2000, *Pressure is on*, Health Service Journal, December 7, pp 26-27

____ Ibid, 1994, *Nursing Shortages and Human Resource Planning*, Int. J. Nurs. Stud, Vol. 31, No. 5, pp 460-470

Bundred, Peter E., et Cheryl Levitt, 2000, *Medical migration: who are the real losers?* The Lancet, Vol. 356, July 15, pp 245-246

Bussche, Hendrik van den, 1990, *The history and future of physician manpower development in the Federal Republic of Germany*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 215 - 231

Centre for the Health Professions, 1997, *California Needs Better Medicine: Physician Supply and Medical Education in California*, University of California, http://futurehealth.ucsf.edu/summaries/bettermed_summary.html

Council on Graduate Medical Education (COGME), 2000, *Improving Access to Health Care through Physician Workforce Reform: Directions for the 21st Century*, United States Department of Health and Human Services, Bol 1, Washington DC

Davies, Jeremy, 2000, *The devil is in the detail*, Health Service Journal, June 1

Department of Health, United Kingdom, 2001, *Workforce Development Confederations*, <http://www.doh.gov.uk/workdevcon/index.htm>

_____, *Ibid*, 2000, *A Health Service of all the talents: Developing the NHS workforce*, a consultation document on the review of workforce planning, April.

Department of Health, 1998, *Working Together - Securing a quality workforce for the NHS*, <http://www.open.gov.uk.doh/newnhs/hustrat.htm>, September.

de Raad, Jean-Pierre, 1998, *Shaping the Health Workforce - Why employers need to lead the thinking and decisions in the health labour market*, Policy Branch, Ministry of Health, New Zealand.

de Roo, Aad A., 1990, *Towards a concept of bounded reality*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 253 - 260

Développement des ressources humaines Canada (DRHC), 2001, *Le chapitre sur la mobilité de la main-d'oeuvre, le 18 juillet, 1994 L'Accord sur le commerce intérieur*, http://www.hrhc-drhc.gc.ca/stratpol/mobility/summ_f.htm

Doan, Bui Hang Ha, 1990, *The debates on the numbers of physicians*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 81-89

Duckett, Stephen, 2000, *The Australian health workforce: facts and figures*, Australian Health Review, Vol 23 No 4, pp 60-77

Duguid, B., 2000, *Workforce planning: The deals on the bus go round and round*, United Bristol Healthcare Trust, Health Services Journal, January 20, 110(5688): pp 28-29

Examen international de la planification des effectifs de la santé

- Edmonson, John, 1999, *Integrated workforce planning: The acid test for the education commissioning consortia?*, Journal of Management in Medicine, Vol.13, No.1, pp 33-40
- Frenk, Julio, 1990, *The political economy of medical underemployment in Mexico: corporatism, economic crisis and reform*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 143-162
- Gagnon, Diane et Michèle Menard, 2001, À l'écoute : consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé, un effort concerté du Comité consultatif sur les services de santé de la Conférence des sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé, de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'Institut des services et des politiques de la santé, et des Instituts de recherche en santé du Canada, FCRSS, juin
- Gill, Philip, 1996, *The importance of workforce planning in the NHS in the 1990's*, Health Manpower Management, Volume 22, Number 2, pp 21-25
- Ginzberg, Eli, 1990, *The politics of U.S. physician supply*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 233-246
- Goddard, Marilyn, 2001, *Personnel Communications*, New Zealand Ministry of Health
- Goodman, D.C., E.S. Fisher, T.A. Bubolz et al, 1996, *Benchmarking the US physician workforce, An alternative to needs-based or demand-based planning*, JAMA 276, No.22:pp1811-1817
- Hall, Thomas L., 2001, *Human Resources for Health: models for projecting workforce supply and requirements*, WHO, January
- _____, 2000, *Human Resources for Health: A Toolkit for Planning, Training and Management*, WHO
- Hall, T.L. et A.Mejia, 1978, *La planification des personnels de santé : principes, méthodes, problèmes*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Health Canada, 2000, *Inter-Provincial Survey of Health Professions Regulated by Legislation*, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada, février.

- Health Resources and Services Administration (HRSA), 2000, *HRSA State Health Workforce Data Resource Guide*, Bureau of Health Professions National Center for Health Workforce Information and Analysis
- Health Workforce Advisory Committee (HWAC) - New Zealand, 2000, *Terms of Reference*, New Zealand Ministry of Health
- Henderson, Tim, 2001, *The Health Care Workforce in Ten States: Education, Practice and Policy*, National Conference of State Legislatures (publié à l'été 2001)
- Horvath, John, Paul Gavel, John Harding, 1998, *Micro Planning of the Australian Workforce*, Paper presented to the Third International Physician Workforce Conference, Cambridge, November.
- Institut canadien d'information sur la santé, 2001, <http://www.cihi.ca/> septembre
- Jinks, Clare, Bie Nio Ong, Calum Paton, 1998, *workforce planning: Catching the drift*, Health Services Journal, September 17, pp 24-26
- King, Hon. Annette, 2000, *The Future Shape of Primary Health Care - A Discussion Document*, New Zealand Ministry of Health, March
- Klein, Rudolph, 1990, *A: Medical manpower planning: dynamics without direction*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 247-251
- Lelifeld, Henk, 2001, *Communications personnelles*, The Netherlands Capacity Organization
- Libby, Donald et David Kindig, 2000, *Estimates of Physicians Needed to Supply Underserved Americans Adequately Until Universal Coverage*, paper in Council on Graduate Education Resource Paper Compendium: Update on the Physician Workforce, US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.
- Mable, Ann L. et John Marriott, 2001, *Synthesis of HTF Primary Care/Primary Health Care Project Reports*, for Hollander Analytical and the Health Transition Fund, Health Canada - à publier en novembre

Examen international de la planification des effectifs de la santé

- Marriott, John et Ann L. Mable, 2000, *Possibilités et potentiel : examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé primaires*, Division des systèmes de santé, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada
- Marriott, John et Ann L. Mable, 1996, *Health Human Resources in Canada: A Report of the Health System Renewal Working Group on Health Human Resources*, Santé Canada
- Maynard, Alan, Arthur Walker, 1995, *Managing the medical workforce: time for improvements?*, Health Policy 31, pp 1-16
- Maynard, Alan, 1990, *The political dynamics of physician manpower policy: The case of Britain*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 93-104
- Mirvis DM, 1999, *Physician manpower planning: from the general to the special*, Center for Health Services and Policy Research, University of Tennessee, Memphis, USA., Tennessee Medicine, Nov;92(11): pp 403-5
- Moore, Julia, 2001, *Correspondance personnelle*, Health Resources Development, Department of Health, United Kingdom
- National Advisory Council on Nurse Education and Practice, 2000, *Report to the Secretary of the Department of Health and Human Services on the Basic Registered Nurse Workforce*, Health Resources and Services Administration, <http://bhpr.hrsa.gov/DN/nacnep/workforce.htm>
- NIVEL, 2001, *Professions Research*, The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), <http://www.nivel.nl/eng/>
- O'Brien-Pallas L., S. Birch, A. Baumann et G. Tomblin Murphy 2000. *Integrating Workforce Planning, Human Resources, and Service Planning*, rapport à l'intention de l'Organisation mondiale de la Santé, octobre 2000
- Organisation mondiale de la Santé, 2000, *Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux*, http://www.who.int/health-services-delivery/Nursing/gagnm/who_eip_osd_2001.4fr.htm
- Osterweis, Marion et Christopher J. McLaughlin, 1996, *A Framework for Improving the Health Workforce Policy Process*, dans: Osterweis, M. C.J. McLaughlin, H Manasse Jr., C. Hooper eds., 1996, *The US Health Workforce: Power, Politics, and Policy*, Washington, DC: Association of Academic Health Centers

- Oseterweis, M. et C.J. McLaughlin, H Manasse Jr., C. Hooper éd., 1996, *The US Health Workforce: Power, Politics, and Policy*, Washington, DC: Association of Academic Health Centers
- Pong, Raymond, Duncan Saunders, John Church, Margaret Wanke, Paul Cappon, 1995, *Pour établir une assise plus solide : cadre de référence pour la planification et l'évaluation des services de santé communautaires au Canada - Composante 1 : ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaires : revue de la documentation*, un rapport préparé pour les sous-ministres de la Santé fédéraux, provinciaux et territoriaux, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada
- Queen Margaret University College, Edinburgh 2000, *Making up the difference - a review of the UK nursing labour market in 2000*, a report prepared for the Royal college of Nursing, December
- Riportella-Muller, Roberta, Vivian Littlefield et Donald L. Libby, 2000, *Nursing Drives Interdisciplinary Health Care Workforce Planning in Wisconsin: One State's Experience*, Journal of Professional Nursing, Vol. 16, No. 3 (May-June), pp 169-176
- Rosenthal, Marilyn, Irene Butter et Mark G. Feld, 1990, *Setting the Context*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 75-79
- ____ Ibid, *Synthesis and prospects*, Health Policy, Aug-Sep; 15 (2-3): pp 261 - 276
- Saltman, Deborah, 1995, tel que cité dans *Australian Doctor*, University of Sydney, 24 November.
- Santé Canada, 1999, *Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé agissent sur des questions clés du secteur de la santé*, Communiqué, Santé Canada en direct, le 16 septembre
- Schneider, Markus et Brigitta Spath, 2001, *Correspondance personnelle*, BASYS Health Services and Policy Research Institute, Germany .
- Schroeder, Steven A, 1996, *How Can We Tell Whether There Are Too Many or Too Few Physicians? - The Case for Benchmarking*, Editorial, JAMA 276, No.22:pp 1841-1843
- ____ Ibid, 1994, *Managing the U.S. Health Care Workforce: Creating Policy Amidst Uncertainty*, Inquiry, Fall, Vol. 28: 266-275
-

Examen international de la planification des effectifs de la santé

Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC), 2000, *Plan d'action pour le renouveau du système de soins de santé, Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres, le 11 septembre.*

van der Velden, Lud 2001, *Communications personnelles*, The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL)

Weil, Thomas P., et Gerhard Brenner, 1997, *Physician and Other Ambulatory Care Services in Germany*, *Journal of Ambulatory Care Management*, January 20 (1), pp.77-91

White, Alan J., Teresa Doksum et Chapin White, 2000, *Workforce projections for optometry*, *Optometry*, Volume 71/Number 5/ May pp 284

Organisation mondiale de la Santé, 1990, *The Role of Research and Information Systems in Decision-making for the Development of Human Resources for Health*, Report of a WHO Study Group, Technical Report Series 802, Organisation mondiale de la Santé, Genève, pp 12-13.

Annexe

Enquête interprovinciale portant sur les professions de la santé réglementées par la loi. Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé – février 2000

Professions	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc.	N.É.	Î.-P.-É.	N.-B.	T.-N.	T.-N.-O.	Nun.	Yn.
Hygiénistes dentaires	✓	✓	✓	✓+	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dentistes	✓#	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Infirmières auxiliaires/aides-infirmières	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Médecins**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Optométristes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pharmaciens	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Infirmières autorisées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Denturologistes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psychologues	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chiropracticiens	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opticiens d'ordonnances/opticiens	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Physiothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ergothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prothésistes/techniciens dentaires	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dietétistes et nutritionnistes		✓	✓	✓	✓=	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Travailleurs sociaux	✓##	✓	✓	✓	✓+++	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Assistants dentaires accrédités	✓#	✓	✓	✓+	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Podologues/podiatres	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Techniciens en radiation médicale		✓++	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Audioprothésistes/spécialistes de l'acoustique	✓	✓	✓	✓+	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Techniciens spécialistes de laboratoire médical		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inhalothérapeutes	✓+	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Orthophonistes et audiologistes		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Techniciens ambulanciers-médicaux d'urgence/ambulanciers	✓+	✓	✓+	✓+	✓+	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Naurothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓***	✓	✓	✓
Dentothérapeutes		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sages-femmes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Infirmières psychiatriques autorisées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ostéothérapeutes	✓==	✓==	✓	✓===	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Acupuncteurs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Massothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Technologues de laboratoire et/ou autorisés		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

= = régi par le Collège des médecins et chirurgiens;
 *** à l'étude;
 # réglementé en vertu de la Loi sur les dentistes;
 == = Loi sur l'ostéopathie abrogée

= Diététistes-oui et Nutritionnistes-Non;
 ** comprend les omnipraticiens et les spécialistes;
 ++ comprend les électroneurophysiologistes;
 +++ auto-régi par la ministère des Services sociaux et communautaire;

^ Loi à venir;
 x Loi devant être abrogée;
 + ne fait pas l'objet d'une auto-réglementation;
 ## réglementé en vertu de la loi sur les travailleurs sociaux