

## Chapitre 4

### Section 4.02

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

# Ressources humaines dans le domaine de la santé

Suivi des audits de l'optimisation des ressources, section 3.02, *Rapport annuel 2013*

#### APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées			
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre
Recommandation 1	4		3	1	
Recommandation 2	3		3		
Recommandation 3	1		1		
Recommandation 4	2		2		
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>0</b>

## Contexte

En 2005-2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités ont conjointement élaboré la stratégie ProfessionsSantéOntario (la stratégie) afin de pallier la pénurie de médecins et de personnel infirmier en Ontario et de réduire les longues périodes d'attente. La stratégie vise à optimiser le nombre, la composition et la répartition des fournisseurs de soins de santé en Ontario. En 2014-2015, les dépenses totales associées à la

stratégie se chiffraient à 742 millions de dollars (738,5 millions de dollars en 2012-2013), une augmentation de 66 % (65 % en 2012-2013) par rapport aux 448 millions dépensés en 2006-2007. De 2006-2007 à 2014-2015, le Ministère y a investi 5,7 milliards de dollars (3,5 milliards jusqu'en 2011-2012).

C'est dans le cadre de cette stratégie que le Ministère a établi l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (l'Agence) en 2007. L'Agence se concentre sur le recrutement et le maintien en fonction des professionnels de la santé.

Dans notre rapport annuel de 2013, nous avons noté que, dans l'ensemble, l'Ontario n'avait pas

atteint son objectif d'optimiser le nombre, la composition et la répartition de ses professionnels de la santé de manière à répondre à ses futurs besoins en santé, bien que le nombre de médecins ait augmenté de 18 % entre 2005 et 2012 et le nombre d'infirmières et d'infirmiers, de 10 % entre 2006 et 2012. Voici nos observations les plus importantes :

- L'accès aux soins de santé posait toujours problème à certains Ontariens, surtout dans les régions rurales, éloignées et du Nord. En 2011, en Ontario, 95 % des médecins exerçaient dans des régions urbaines et 5 %, dans des régions rurales. Par ailleurs, notons que 14 % de la population habite dans les régions rurales.
- De nombreux spécialistes formés en Ontario — à un coût d'environ 780 000 \$ chacun (y compris 375 000 \$ en salaires et avantages sociaux pour les médecins résidents) — ne sont pas restés dans la province pour y exercer leur profession, surtout en raison de la pénurie d'emplois à temps plein pour les spécialistes diplômés. Les données montrent qu'en moyenne, 33 % des chirurgiens diplômés financés par le gouvernement de l'Ontario ont quitté la province chaque année entre 2005 et 2011, malgré les longues périodes d'attente pour certains types de chirurgie (dont la chirurgie de l'avant-pied et l'arthroplastie du genou) auxquels ces médecins ont été formés.
- Les programmes de suppléance, qui visent à assurer l'accès à court terme à des médecins dans les collectivités admissibles, surtout dans le Nord de la province, étaient plutôt utilisés pendant de longues périodes. Les données les plus récentes disponibles au moment de notre audit révélaient qu'environ 200 postes permanents de spécialistes étaient vacants dans le Nord de l'Ontario. Au moment de notre audit en 2013, le tiers des hôpitaux avaient eu recours aux services temporaires de médecins dans le cadre du Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences. Un des hôpitaux y a recours de façon continue

depuis 2006, les autres y faisant appel depuis 2007.

- À la fin de 2011, 66,7 % du personnel infirmier de l'Ontario travaillait à temps plein, ce qui était légèrement inférieur à l'objectif de 70 % du Ministère. Celui-ci devait toutefois améliorer sa surveillance et son évaluation de l'efficacité de ses programmes et initiatives en soins infirmiers. Par exemple, les fonds du programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers sont fournis pour une période maximale de six mois dans l'espoir que les organismes offriront des postes permanents à temps plein aux nouveaux diplômés participants. Cependant, un quart seulement de ces derniers en 2010-2011 et un tiers en 2011-2012 avaient obtenu un emploi permanent à temps plein.
- Le modèle prévisionnel des besoins en personnel médical élaboré en partenariat avec l'Ontario Medical Association était utile, mais son utilité était mitigée par la fiabilité et la disponibilité limitées des données, particulièrement en ce qui concerne la productivité des médecins. Ces lacunes rendaient difficiles l'optimisation de la planification du nombre, de la composition et de la répartition des médecins, ainsi que la détermination du financement, de la formation et du déploiement appropriés.
- De plus, au moment de notre audit en 2013, le modèle en voie d'élaboration pour déterminer l'offre de main-d'œuvre infirmière ne tenait pas compte du nombre d'infirmières et d'infirmiers requis pour répondre aux besoins de la population.

### Comité permanent des comptes publics

Le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu une audience au sujet de cet audit en décembre 2014. En mai 2015, le Comité a déposé à l'Assemblée législative un rapport découlant de cette audience. Le Comité a approuvé nos

constatations et recommandations, et il a aussi formulé sept recommandations additionnelles. En juin 2015, le Ministère et l'Agence ont avisé le Comité qu'ils répondraient, d'ici septembre 2015, à ses recommandations. Sont présentés, au chapitre 7, les recommandations du Comité et leur état de mise en oeuvre.

## État des mesures prises en réponse aux recommandations

Au cours du printemps et de l'été 2015, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) nous a fourni des renseignements sur l'état des recommandations formulées dans notre *Rapport annuel 2013*. Selon ces renseignements, aucune de nos recommandations n'avait été pleinement mise en oeuvre, mais des progrès avaient été réalisés dans la mise en oeuvre de la plupart d'entre elles.

Nous avons noté que le Ministère avait réalisé des progrès appréciables dans les domaines suivants : accroissement du nombre de médecins dans les spécialités et les régions où il y a des besoins; amélioration du taux de participation des infirmières et infirmiers au programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers; et rapprochement des paiements versés aux organisations et détermination en temps opportun des sommes à recouvrer. Nous avons cependant constaté que le Ministère devait redoubler d'efforts pour relever le pourcentage d'infirmières et infirmiers travaillant à temps plein. Il devait aussi tenir compte, dans son modèle prévisionnel des besoins en personnel médical, de facteurs tels que la disponibilité du matériel de diagnostic et de laboratoire et des salles d'opération où pratiquer les chirurgies, sans oublier les spécialités et les lieux d'exercice privilégiés par les médecins.

L'état des mesures prises est résumé après chaque recommandation.

## Médecins

### Recommandation 1

*Pour mieux répondre aux besoins en soins de santé des Ontariennes et Ontariens, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario, doit :*

- *comparer la composition et la répartition existantes des médecins à travers la province aux besoins des patients et envisager les mesures à prendre pour réduire les lacunes en matière de services;*

**État : En voie de mise en oeuvre.**

### Détails

Le Ministère a indiqué qu'il n'y avait pas lieu d'augmenter le nombre global de médecins à l'échelle de la province car ce nombre s'était stabilisé. Selon le Ministère, le nombre de résidents de première année du troisième cycle est passé de 557 à 1 237, une hausse de 122 %, entre 2000 et 2014.

Aussi, entre 2002 et 2012, la hausse de 33 % du nombre de médecins exerçant activement en Ontario a excédé la hausse de 13 % de la population. Le Ministère estime aussi, à l'aide de modèles prévisionnels du nombre de médecins et de l'utilisation de leurs services, que le nombre de médecins exerçant activement augmentera encore de 23 % entre 2015 et 2025. D'ici 2025, le Ministère estime que la croissance du nombre de médecins excèdera de 8 % la croissance prévue de l'utilisation des services.

Bien que le nombre global de médecins ait été stabilisé, ce nombre n'est pas encore réparti de façon cohérente entre les spécialités (par exemple orthopédie, médecine interne et cardiologie) ou les régions géographiques. Pour mieux répartir les médecins selon les régions géographiques, le Ministère a tenu compte de l'indice de ruralité de l'Ontario des différentes collectivités (qui mesure l'accès aux soins de santé dans les régions rurales),

du ratio médecins de famille-population, et des observations des réseaux locaux d'intégration des services de santé. En 2015, le Ministère a adopté deux incitatifs monétaires au profit des médecins pour les encourager à pratiquer dans des régions où les besoins sont élevés :

- En février 2015, le Ministère a annoncé des modifications à la rémunération des médecins de soins primaires en vue d'accroître le nombre de médecins dans les régions où il existe un grand besoin. En outre, l'Entente sur les services de médecin établissait un processus de gestion des participations pour les modèles de rémunération des médecins des Organismes de santé familiale et des Réseaux de santé familiale. Ces modèles sont plus avantageux que le modèle de rémunération à l'acte. En conséquence, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015, les médecins ne participent à ces modèles que dans les régions où les besoins en médecins sont criants ou lors du remplacement de médecins déjà rémunérés selon ces modèles.
- Le Ministère s'est aussi doté d'un programme de stabilisation du revenu en vue d'aider certains nouveaux médecins tandis qu'ils procèdent à des inscriptions de patients. Les médecins admissibles à ce programme englobent les membres d'un Réseau de santé familiale ou d'un Organisme de santé familiale, ceux qui en sont à leur première année de pratique en soins primaires ou qui ont des antécédents d'un minimum de 12 mois consécutifs de facturation à l'Ontario de paiements à l'acte. Dans le cadre du programme, est versé aux médecins un taux de rémunération garanti pendant un maximum de 12 mois consécutifs à compter du moment où ils deviennent membres d'un Réseau de santé familiale ou d'un Organisme de santé familiale. Le Ministère a modifié le programme en juin 2015 pour le réserver, d'une part, aux nouveaux médecins qui commencent à exercer dans les Réseaux de santé familiale ou les Organismes de santé familiale dans le

cadre du processus de gestion des participations et, d'autre part, aux médecins remplaçants dans les régions où il existe un besoin criant de médecins.

En outre, le Ministère a collaboré avec des partenaires en soins de santé en vue d'échanger de l'information et des données probantes, et d'explorer la mise au point d'une approche concertée pour composer avec les défis – présents et futurs – en planification des besoins en médecins en Ontario. En octobre 2014, le Ministère a tenu une réunion avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et des intervenants de la collectivité des médecins, dont l'Ontario Medical Association, le Centre for Evaluation of Health Professionals Educated Abroad et le Collège des médecins de famille du Canada.

Reconnaissant que la planification des besoins en médecins déborde des frontières de l'Ontario, le Ministère assume, depuis l'automne 2013, la coprésidence du Groupe de travail sur la planification pancanadienne des effectifs médicaux (Groupe de travail) de concert avec l'Association des facultés de médecine du Canada. Le Groupe de travail a été constitué pour faciliter la collaboration et la coordination au titre de la planification pancanadienne des effectifs médicaux au profit des sous-ministres en santé et des doyens de faculté de médecine, et pour assurer un meilleur alignement entre l'offre de médecins et les besoins en soins de santé de la population. Le Groupe de travail est composé de représentants des administrations fédérale et provinciales, d'intervenants nationaux, d'enseignants en médecine et d'organisations d'apprenants.

- *déterminer l'impact de différents facteurs, dont le financement et la capacité des hôpitaux et les modèles de prestation des soins de santé, sur l'accès des patients aux services dont ils ont besoin et sur l'emploi chez les médecins, et concevoir des solutions rentables aux problèmes cernés;*

**État : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

En décembre 2014, le Ministère a entrepris une discussion à l'interne à laquelle ont participé des représentants des diverses divisions du Ministère dans le but d'examiner les liens entre le financement des hôpitaux et la planification des ressources humaines. En février 2015, l'Institut C.D. Howe a publié un rapport intitulé *Doctors without Hospitals: What to do about Specialists Who Can't Find Work*. Dans ce rapport, on indique que des spécialistes récemment diplômés au Canada ne parviennent pas à trouver d'emploi en dépit des longues périodes d'attente pour l'obtention de services dans leur spécialité. On y précise que l'une des raisons qui motive cet état de fait est la façon dont les spécialistes et les hôpitaux sont financés. Les hôpitaux reçoivent un montant forfaitaire pour défrayer leurs coûts de fonctionnement, tandis que les spécialistes sont rémunérés à l'acte par les régimes d'assurance provinciaux plutôt que par l'hôpital où ils travaillent. En conséquence, les budgets fixes des hôpitaux limitent les ressources mises à la disposition des médecins qui ont besoin de salles d'opération et de personnel infirmier. Dans le rapport, il est recommandé aux décideurs de donner des budgets appropriés aux hôpitaux et de les habiliter à passer des contrats pour retenir les services de médecins spécialistes. Le Ministère a indiqué que, compte tenu de la complexité des négociations avec les médecins et des formules de financement des hôpitaux et de l'importance de leur impact sur l'ensemble du système de santé, il n'est pas possible de donner suite aux recommandations du rapport dans l'immédiat.

- continuer de travailler avec les écoles de médecine et les associations à encourager un plus grand nombre d'étudiants en médecine à choisir des domaines d'étude et à exercer dans des régions où il existe une demande;

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2016.**

### Détails

Le Groupe de travail sur les études médicales postdoctorales du Conseil des universités de l'Ontario (le Conseil) a élaboré un plan provincial pour l'acceptation de résidents en médecine. Ce plan tient compte des tendances courantes au titre du nombre de médecins et précise le nombre d'apprenants, par spécialité, auquel devraient s'attendre les écoles de médecine. En collaboration avec les écoles de médecine, le Ministère s'est servi de ce plan pour faciliter la réaffectation des postes existants de résident des écoles de médecine en 2015-2016 – des programmes où un excédent est prévu vers ceux où un déficit est prévu – et a transmis ces modifications approuvées aux doyens des écoles de médecine en septembre 2014. Il a résulté de ce plan une réduction du nombre de postes de chirurgien orthopédique et une augmentation à peu près équivalente du nombre de postes en psychiatrie.

Aussi, le Ministère a constaté que l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (l'Agence), de concert avec six écoles de médecine ontariennes, fait des présentations dans des écoles de médecine et lors d'événements comme la fin de semaine annuelle de l'Ontario Medical Students' Association. Le but est de sensibiliser davantage les étudiants aux services de planification de carrière de l'Agence, ainsi qu'aux occasions de pratique en région rurale et au paysage de l'emploi des médecins.

Pour déterminer le nombre et la composition des postes de résident pour 2015, le Ministère a collaboré, en 2014, avec le Council of Ontario Faculties of Medicine et les écoles de médecine au lancement d'une approche stratégique centrée sur des données probantes aux fins de la planification de la formation des médecins. Le Ministère a indiqué qu'il poursuivrait, en 2015, sa collaboration avec ses partenaires du milieu de l'enseignement médical en vue de surveiller la mise en oeuvre de cette approche, et qu'il établirait un processus pour l'élaboration, dans l'avenir, d'autres plans pluriannuels.

- *déterminer dans quelle mesure ses différentes initiatives touchant les médecins aident à répondre aux besoins en soins de santé des régions insuffisamment desservies.*

**État : En voie de mise en œuvre d'ici mars 2016.**

### Détails

Au moment de notre suivi, le Ministère était à évaluer les résultats de ses grands programmes qui ont pour but d'influer sur l'affectation de médecins dans les régions mal desservies afin d'évaluer leur efficacité et de déterminer s'ils répondaient aux besoins des collectivités éprouvant des problèmes de recrutement. Le Ministère prévoit achever son analyse et faire des recommandations stratégiques fondées sur des données probantes d'ici mars 2016.

Les grands programmes faisant l'objet d'une évaluation englobaient les deux initiatives suivantes touchant les médecins :

- Une étude de suivi d'une durée de cinq ans de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (l'École) afin de déterminer dans quelle mesure les programmes de premier cycle et postdoctoral de cette institution d'enseignement ont amélioré le nombre et la répartition des médecins dans les collectivités les plus rurales et les plus au Nord. En juin 2015, l'École a communiqué au Ministère les résultats de l'étude qui visaient surtout les apprenants et les résidents des programmes de médecine familiale. D'après le Ministère, les résultats ont été positifs et ont renforcé la politique de la province de former les médecins dans des collectivités rurales et du Nord et de les encourager à pratiquer dans ces collectivités. Le Ministère a demandé à ce que l'École prolonge l'étude de trois autres années pour mesurer l'impact de ses diplômés sur huit programmes de résidence dans diverses spécialités;
- une évaluation de l'efficacité du Programme d'obligation de service postdoctoral qui finance la formation médicale postdoctorale de médecins qui, en retour, s'engagent à

exercer pour une période convenue dans des collectivités admissibles en Ontario, généralement pour une période de cinq ans. L'évaluation, amorcée en novembre 2014, porte d'abord sur le taux de maintien en poste des médecins dans des régions mal desservies une fois qu'ils ont terminé le programme. Elle porte aussi sur des facteurs autres que financiers susceptibles d'influer sur le fait que les médecins demeurent dans la région mal desservie ou la quittent au terme du programme. L'évaluation prévoyait l'examen de cinq programmes (Programme de formation des diplômés internationaux de médecine, Programme de rapatriement des médecins, Programme de formation en médecine d'urgence, Programme d'exemption des intérêts des prêts des médecins résidents et Programme de formation pour la réintégration des médecins résidents), de même qu'une évaluation de l'efficacité et de l'incidence de l'Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales. Le Ministère a reçu les résultats de l'examen en octobre 2015 et s'attend à pouvoir les utiliser d'ici mars 2016 pour éclairer la formulation de ses recommandations stratégiques.

Le Ministère finance quatre programmes de suppléance (Projet pilote de permanence des soins dans les services d'urgence, Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord, Programme de suppléance pour les médecins de famille en milieu rural et Entente de suppléance pour les omnipraticiens) en vue d'offrir un accès aux soins médicaux d'abord et avant tout aux collectivités du Nord et en milieu rural dont des médecins sont temporairement absents ou qui ont des postes vacants de médecins. Chaque trimestre, le Ministère procède à un examen interne des quatre programmes de suppléance, ciblant des domaines comme l'amélioration des processus, le remboursement des dépenses, l'évaluation de la pertinence des programmes, la mesure du rendement, et la coordination du soutien dans les collectivités ou les

hôpitaux où plusieurs programmes sont en cours. Même s'il ne l'a pas encore fait, le Ministère entend bien définir et évaluer des options en vue de mieux intégrer les programmes de suppléance dans la planification plus large des ressources humaines en santé dans le but de faciliter la prestation de soins de santé dans les collectivités ontariennes aux prises avec des pénuries de médecins.

Selon l'analyse comparative des coûts des quatre programmes de suppléance durant des périodes de neuf mois allant d'avril à décembre 2013 et 2014, les coûts de deux des programmes ont augmenté alors que ceux des deux autres ont diminué, une indication que les besoins médicaux des individus de ces régions étaient comblés alors que leurs médecins étaient provisoirement inaccessibles.

- On a constaté des réductions des coûts tant du Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord que du Programme de suppléance dans les services d'urgence. Cette diminution tient au recrutement et au maintien en poste de médecins dans les régions rurales et du Nord et celles qui ont des besoins criants, réduisant la dépendance envers des suppléants et, de ce fait, diminuant les coûts.
- Tant le Programme de suppléance pour les médecins de famille en milieu rural que l'Entente de suppléance pour les omnipraticiens ont enregistré une hausse des coûts. Ces hausses tiennent à un plus grand recours aux services de répit au profit des médecins locaux en vacances, en cours de formation continue ou absents pour d'autres motifs. La hausse des coûts reflète aussi une augmentation des postes d'omnipraticien vacants dont les titulaires sont en mesure de fournir des services en milieu de soins primaires et hospitalier (permanence dans les services d'urgence, soins aux patients hospitalisés, etc.) dans les régions du Nord. Ces hausses découlent de l'embauche de médecins à temps plein qui ont recours aux services de suppléants durant leurs vacances et leur participation à des cours et à des conférences.

## Personnel infirmier

### Initiatives touchant le personnel infirmier

#### Recommandation 2

*Pour offrir un niveau approprié de services de soins infirmiers et améliorer ainsi l'accès aux soins à l'échelle du secteur des soins de santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- *surveiller les tendances en matière d'emploi en soins infirmiers et évaluer les résultats de ses initiatives touchant le personnel infirmier dans la transition des diplômés en sciences infirmières à un emploi permanent à temps plein;*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2016.**

#### Détails

Au moment de notre audit en 2013, pour assurer la continuité des soins, la constance des fournisseurs de soins, et le recrutement et maintien en poste du personnel infirmier, le Ministère s'était fixé comme objectif de faire en sorte que 70 % du personnel infirmier occupe des postes à temps plein. Cet objectif demeure le même en 2015. Cependant, nous avons noté que les progrès au titre de l'atteinte de cet objectif avaient été moindres depuis notre audit – en 2012, 66,7 % du personnel infirmier travaillait à temps plein. Ce taux a depuis reculé à 63,9 % en 2014, selon les données les plus récentes dont nous disposons au moment de notre suivi.

Pour relever les taux d'emploi de personnel infirmier, le Ministère a mis en oeuvre plusieurs initiatives ciblant le personnel infirmier, dont le Programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers (le Programme). En janvier 2014, pour assurer un meilleur suivi des tendances en emploi du personnel infirmier, le Ministère a apporté des modifications au système de rapports financiers de son programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers. L'une de ces modifications consistait à exiger des employeurs participant au Programme qu'ils soumettent de l'information sur les résultats de leurs efforts de recrutement de nouveaux diplômés en soins infirmiers. Une

autre concernait la présentation de l'information financière, par exemple, les prévisions au titre des salaires et avantages sociaux du personnel infirmier selon le nombre de semaines travaillées et les budgets approuvés pour déterminer si les paiements versés étaient justes.

Par ailleurs, en mai 2015, le Ministère a examiné pour la première fois les données sur les résultats du recrutement de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui ont participé au Programme en 2013-2014. Le but visé était d'évaluer si le Programme permettait de faire la promotion des emplois permanents à temps plein auprès des nouveaux diplômés en soins infirmiers. Le Ministère nous a indiqué qu'il entend maintenir ces examens annuels pour faciliter la révision des politiques et les améliorations au Programme, et qu'il utilisera les résultats de 2013-2014 en tant que données de référence pour les prochains examens. Lors de l'examen de 2013-2014, il a aussi été tenu compte des résultats d'une évaluation externe menée à terme en décembre 2014. D'après cet examen, le Programme ne réussissait toujours pas à faire la promotion de postes permanents à temps plein auprès tant du personnel infirmier autorisé (IA) que du personnel infirmier auxiliaire autorisé (IAA). Seulement 34 % de tous les nouveaux diplômés en soins infirmiers qui ont participé au Programme ont décroché, à terme, des postes permanents à temps plein (37 % des IA et 17 % des IAA); 37,5 % des infirmiers et infirmières ont été nommés à des postes permanents à temps partiel, et 23,5 % à d'autres types de poste; 5% n'ont pas été retenus.

Lors de son examen, le Ministère a aussi constaté que le secteur des soins actifs était surreprésenté pour ce qui est de son utilisation des fonds du Programme, à savoir à hauteur de 82 % de tous les nouveaux diplômés en soins infirmiers en 2013-2014. Les taux de participation au Programme des secteurs des soins à domicile, des soins communautaires et des soins de longue durée ont été faibles, ce qui ne cadre pas avec la priorité du Ministère de solidifier les assises de ces secteurs pour mieux répondre aux besoins des patients.

L'examen du Ministère comportait un certain nombre de recommandations, entre autres, cibler les secteurs des soins à domicile, des soins communautaires et des soins de longue durée, réévaluer le but et la marque du Programme, et procéder à des audits des organisations pour déterminer si elles utilisent le Programme dans l'intention de proposer des emplois permanents à temps plein aux nouveaux diplômés en soins infirmiers.

Le Ministère entend se pencher sur ces recommandations en procédant à une analyse des résultats enregistrés au titre de l'emploi en 2014-2015 et à une évaluation de la stratégie de communication de 2014-2015 afin de déterminer si celle-ci a fait augmenter le taux de participation au Programme dans les secteurs des soins à domicile, des soins communautaires et des soins de longue durée au cours de cet exercice. Il entend aussi consulter des organisations en vue de recenser les obstacles à l'utilisation du Programme et continuer à peaufiner ses indicateurs de rendement.

- *déterminer les raisons de la baisse des taux de participation des diplômés à son programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers et prendre des mesures pour améliorer l'efficacité du programme, notamment en encourageant la participation au programme dans tous les secteurs;*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2016.**

#### Détails

Lors de notre audit en 2013, nous avons constaté que le pourcentage de nouveaux diplômés en soins infirmiers participant au programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers avait reculé, passant de 62 % en 2007-2008 (83 % chez les IA et 35 % chez les IAA) à 35 % en 2011-2012. Au moment du suivi, nous avons constaté que ce pourcentage avait de nouveau reculé, s'établissant à 29 % en 2013-2014 (48 % chez les IA et 12 % chez les IAA). L'évaluation externe a confirmé que le



taux de participation de 2013-2014 était considérablement plus faible que celui de 2007-2008.

Quant aux employeurs, d'après l'évaluation externe, 66 % des employeurs qui ont participé au Programme oeuvraient dans le secteur des soins actifs, mais la proportion était beaucoup plus faible chez les employeurs des secteurs des soins de longue durée et des soins communautaires, à savoir 13,7 % et 7,4 % respectivement. En 2013-2014, chez les nouveaux diplômés en soins infirmiers, 77 % ont été recrutés par le secteur des soins actifs (recul par rapport à 85 % en 2007-2008); 14 % (par rapport à 8 % en 2007-2008) par le secteur des soins de longue durée; et 9 % (en hausse par rapport à 7 % en 2007-2008) par d'autres secteurs, dont celui des soins communautaires.

Il est aussi ressorti de l'examen qu'en 2013, la majorité des nouveaux diplômés ont appris l'existence du Programme auprès d'autres étudiants (55 %) ou auprès d'enseignants ou de professeurs à l'école (54 %). Une analyse des tendances a aussi révélé un recul du pourcentage de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui ont découvert le Programme grâce à des affiches publicitaires à l'école. Plus précisément, en 2012, 34 % des nouveaux diplômés en soins infirmiers ont appris l'existence du Programme par l'entremise d'activités de promotion à l'école, contre seulement 29 % en 2013. À la lumière de ces résultats, le Ministère a chargé, en juillet 2014, un consultant externe d'élaborer une stratégie de communication visant à faciliter la promotion du Programme et à encourager les diplômés à y participer. La stratégie ciblait les nouveaux diplômés en soins infirmiers, les diplômés internationaux en soins infirmiers et les employés de tous les secteurs des soins de santé. Le Ministère et les autres partenaires du Programme (dont les Ambassadeurs en soins infirmiers –nouveaux diplômés intéressés à représenter le Programme – et le CARE Centre for Internationally Educated Nurses) ont publicisé et facilité des séances en direct et des webinaires avec des étudiants en soins infirmiers, du personnel infirmier formé à l'étranger et des employeurs entre octobre 2014 et mars 2015.

Grâce à ces efforts, le Ministère a augmenté considérablement le nombre d'employeurs touchés – de 104 à 717 – entre l'automne 2012 et 2014-2015. Le Ministère a aussi pu améliorer son rayonnement auprès du personnel infirmier formé à l'étranger, de 0 au cours des années antérieures à 138 en 2014-2015. Par ailleurs, le Ministère a lancé une nouvelle initiative qui a permis de recenser 105 champions de faculté dans chaque collège et université ayant un programme de soins infirmiers en vue de l'aider à communiquer directement de l'information aux étudiants sur les campus. Et le Ministère a désigné des Ambassadeurs en soins infirmiers pour représenter le Programme.

Le Ministère a aussi fait la promotion du Programme lors de diverses conférences dont le symposium automnal de l'Ontario Long Term Care Association, la conférence HealthAchieve de l'Ontario Hospital Association et la conférence annuelle du personnel infirmier formé à l'étranger de CARE. Il a aussi élaboré une campagne ciblée en misant sur les médias sociaux afin d'accroître la participation au Programme.

Le Ministère a indiqué qu'il y aurait une évaluation de la stratégie de communication, dont des résultats de la campagne dans les médias sociaux, pour évaluer son impact sur la participation de l'ensemble des secteurs.

En avril 2015, le Ministère a demandé à ce que la partie externe chargée d'effectuer les évaluations annuelles du Programme intègre dans les prochains examens les analyses suivantes : résultats au titre de l'emploi, participants au Programme, participation des employeurs, participation par catégorie de soins infirmiers (IA et IAA) et participation au Programme par secteur de soins de santé (soins actifs, soins de longue durée, soins à domicile, etc.).

- *surveiller les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien de plus près afin de s'assurer qu'elles répondent aux exigences du programme et qu'elles atteignent le nombre ciblé de patients ainsi que les objectifs du programme.*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2017.**

### Détails

Au moment de notre audit en 2013, nous avons constaté que le Ministère s'était fixé un objectif de 40 000 patients inscrits auprès des 25 cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (les cliniques) de la province, mais que seulement quelque 33 000 patients y étaient inscrits en janvier 2013. Le Ministère a fait valoir qu'en décembre 2013, le nombre de patients inscrits auprès des 25 cliniques avait atteint 43 296, excédant la cible. En conséquence, le Ministère a fixé une nouvelle cible de 77 300 patients inscrits pour les cliniques. En octobre 2014, les cliniques avaient atteint 62,8 % de cette cible. Le Ministère a indiqué qu'il surveillerait les progrès accomplis par les cliniques à l'égard de cette cible de 77 300 patients en examinant l'information que les cliniques doivent produire au terme de chaque trimestre à compter de 2015-2016.

Depuis que les cliniques sont ouvertes, le Ministère a mis au point à leur intention un rapport annuel normalisé en vue de saisir divers éléments d'information : accès des clients, intégration, collaboration avec les autres organisations, et initiatives d'amélioration de la qualité. On trouvera aussi dans ces rapports annuels la vision et les priorités stratégiques des cliniques et les changements demandés au personnel professionnel et aux budgets de fonctionnement. Le Ministère a entrepris de collecter les rapports annuels des cliniques en 2015-2016. Il a aussi élaboré des modèles de rapport trimestriel devant être utilisés à compter d'avril 2015 pour saisir de l'information sur le nombre de patients accueillis par chacun des services et par chacun des professionnels de la santé de la clinique.

Le Ministère a indiqué qu'il collabore avec des partenaires, dont Qualité des services de santé Ontario, à l'établissement d'un cadre de rendement pour les services primaires en vue de faciliter le suivi continu des cliniques et leur atteinte des résultats escomptés. Qualité des services de santé Ontario a établi 112 indicateurs de pratique et

179 indicateurs de système d'intérêt pour les organisations de soins primaires et s'emploie, de concert avec des partenaires, à élaborer un plan et une infrastructure pour aplanir les obstacles et combler les lacunes en matière de mesure du rendement. Le Ministère a indiqué qu'aucun délai n'avait été fixé pour cette initiative.

### Recouvrement tardif des fonds non dépensés

#### Recommandation 3

*Pour améliorer la surveillance financière des organismes financés et récupérer les fonds non dépensés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit examiner les états financiers pertinents en temps opportun.*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2015.**

### Détails

Les organismes qui reçoivent des paiements de transfert du Ministère doivent lui soumettre des états financiers annuels audités. Le Ministère passe en revue ces états financiers pour déterminer si l'organisme dispose de fonds excédentaires qu'il devrait recouvrer en fin d'exercice. Quand les dépenses d'un organisme excèdent les fonds du paiement de transfert, il ne reçoit pas de sommes additionnelles du Ministère.

En septembre 2014, le Ministère a mis en oeuvre un système de rapports sur les paiements de transfert pour faciliter la surveillance des organismes qui ont reçu des fonds au titre de leurs ressources humaines en santé. Le système produit des rapports trimestriels synthétisant les exigences financières et de programme de l'exercice en cours. Ces rapports appuient le processus d'établissement des budgets, y compris le recouvrement des fonds inutilisés.

En mai 2015, le Ministère avait presque achevé les rapprochements de 2012-2013 et le recouvrement de 26,3 millions de dollars. Il avait aussi achevé plus de la moitié des rapprochements de 2013-2014, et repéré quelque 13,6 millions de dollars à recouvrer. Le Ministère prévoit achever son

examen des rapprochements de 2012-2013 et de 2013-2014 d'ici décembre 2015.

## Modèles de prévision des ressources humaines dans le domaine de la santé

### Recommandation 4

*Pour produire des prévisions raisonnables et fiables des besoins en personnel médical et infirmier et améliorer la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :*

- évaluer les tendances en matière d'emploi, l'offre et les besoins prévus en services de soins de santé, ainsi que les effectifs requis pour répondre à ces besoins de manière rentable;

**État : En voie de mise en oeuvre. L'examen et l'actualisation des modèles prévisionnels sont des activités continues visées par un engagement du Ministère.**

### Détails

Le modèle de prévision des besoins en personnel médical de l'Ontario est centré sur le recensement des besoins en soins de santé de la population et leur conversion en besoins en services médicaux. Ces besoins sont ensuite comparés à l'offre courante de services médicaux. Les écarts de service sont quantifiés et convertis en nombre de médecins requis pour répondre aux besoins. Le Ministère a indiqué qu'il avait actualisé ses deux modèles de prévision des besoins en personnel médical à la lumière des données disponibles les plus récentes :

- Le modèle *Assessing Doctor Inventories and Net Flows* permet de projeter les besoins futurs de la province en médecins par spécialité, âge et sexe. Il s'agit d'un modèle de l'offre qui suit chaque médecin depuis son entrée à l'école de médecine, puis tout au long de sa formation postdoctorale et de sa pratique, jusqu'à sa retraite. Cela exige une saisie de données auprès de sources multiples (dont l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Ontario Physician Human Resources Data Centre, le

Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada). Le système agence les divers éléments d'information pour produire des projections sur les besoins en personnel médical.

- Le modèle *Utilization Physician* se fonde sur les données touchant les demandes de règlement de l'Assurance-santé de l'Ontario pour calculer le nombre annuel de consultations par médecin et par spécialité. En projetant l'évolution de la population, le Ministère estime le nombre futur de consultations par médecin.

Le Ministère traite les résultats de ces deux modèles au moyen d'un troisième modèle – le Modèle de simulation fondé sur les besoins en personnel médical dans la population de l'Ontario – pour transposer les besoins en services de santé futurs de la population en besoins en services médicaux. Il compare ensuite ces besoins à l'offre future de services médicaux pour repérer des pénuries ou des excédents de médecins par spécialité et par réseau local d'intégration de services de santé. Le Ministère se sert des résultats de ces modèles de concert avec d'autres sources de données probantes – entre autres, les doyens et directeurs d'études postdoctorales, les offres d'emploi de ProfessionsSantéOntario, des rapports et les observations d'autres intervenants – pour éclairer les travaux d'élaboration de politiques et de planification en matière de ressources humaines.

Or, ces modèles ont des limites. Par exemple, ils ne peuvent intégrer certains facteurs qui influent sur l'offre de médecins, comme l'impact des changements technologiques et de l'évolution des modèles de pratique (de nouveaux médecins qui travaillent moins ou des médecins oeuvrant dans des milieux centrés sur le travail en équipe, par exemple). Le Ministère a fait valoir qu'il doit poursuivre ses efforts pour améliorer la planification et la prévision des besoins en médecins dans tous les domaines.

En 2012, au plan des soins infirmiers, le Ministère a conclu une entente avec un grand hôpital afin de procéder à un examen de l'offre actuelle, de la répartition et de la pénurie ou du surplus prévus d'IA, d'IAA et d'IP qui travaillent dans des organismes choisis de soins de santé primaires, des foyers de soins de longue durée et des hôpitaux de soins actifs de la province (en portant une attention particulière aux régions rurales et éloignées). Le Ministère était d'avis que cet examen pourrait produire de l'information plus utile pour faciliter, dans l'avenir, l'élaboration de politiques. L'examen a été mené à terme en avril 2013. Il en est ressorti un taux de postes vacants de 4,7 % à l'échelle de tous les secteurs et groupes d'employés, taux qui étaient plus élevés chez le personnel infirmier praticien (5,8 %) et le personnel infirmier autorisé (5,5 %). Il en est aussi ressorti que la dotation et le recrutement peuvent varier énormément selon l'emplacement géographique et la taille de l'organisme. Les postes vacants dans les hôpitaux de la région du Sud ou en zone suburbaine peuvent être plus faciles à combler que ceux des établissements de petites collectivités éloignées du Nord. Ainsi, un poste vacant dans un petit établissement comptant une vingtaine d'infirmières aura un plus grand impact que dans un établissement plus grand comptant une centaine d'infirmières.

En outre, l'examen a révélé que 14 % des IA dans tous les secteurs examinés occupaient des postes occasionnels. On pourrait en conclure qu'il y a une grande dépendance à l'égard de personnel infirmier embauché pour des périodes courtes ou de durée indéterminée, l'une ou l'autre des parties pouvant mettre fin sans préavis à la relation d'emploi. Comme 61 % des IA travaillent à temps plein et 39 % à temps partiel, l'objectif de disposer de 70 % d'IA à temps plein n'a pas été atteint.

Le Ministère a indiqué qu'il ne prendrait pas d'autres mesures au titre de son analyse de l'effectif infirmier, car il estime que les données de l'examen ne sont pas utiles pour éclairer la planification des ressources humaines en santé au niveau des systèmes.

- *pour le personnel médical et infirmier, affiner davantage ses modèles prévisionnels et leur capacité à évaluer l'impact de différents facteurs sur la productivité des fournisseurs de services.*

**État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2016.**

### Détails

Dans le domaine de la planification des besoins en personnel médical, le Ministère a actualisé les données de ses deux modèles prévisionnels pour obtenir des projections plus justes du nombre total de médecins selon la spécialité et la demande en services par spécialité. Nous avons indiqué, dans notre audit de 2013, que les modèles prévisionnels marquent un pas dans la bonne direction, mais que leurs résultats sont entachés par une fiabilité limitée et la disponibilité de données dans des domaines tels que la productivité des médecins. Le moindre changement au titre de la productivité peut influencer sur le nombre de médecins requis. De nombreux facteurs influent sur la productivité des médecins, dont les changements technologiques (dossiers de santé électroniques, télémédecine) et les modifications touchant les modèles de soins de santé primaires, les autres pourvoyeurs de soins de santé (infirmières praticiennes par exemple), ainsi que les modèles de financement et de rémunération. Au moment de notre audit de 2013, des données concernant tous ces domaines, exception faite des infirmières praticiennes, n'étaient pas disponibles et ne pouvaient donc pas être intégrées dans le modèle. Au moment de notre suivi, c'était toujours le cas. Nous avons aussi constaté que des facteurs additionnels – la disponibilité du matériel de diagnostic et de laboratoire, le temps en salle d'opération et les locaux requis pour pratiquer des chirurgies, les spécialités et lieux d'exercice privilégiés - n'avaient toujours pas été intégrés au modèle au moment de notre suivi.

Le Modèle de simulation fondé sur les besoins en personnel médical dans la population de l'Ontario du Ministère (modèle fondé sur les besoins en

médecins) englobe un volet « productivité des médecins » qui autorise des simulations selon une diversité de facteurs de productivité différents de ceux mentionnés précédemment. Au nombre de ces facteurs, mentionnons le soutien clinique de personnel non médical et les améliorations à la technologie de l'information. Le Ministère a fait valoir qu'il examine les travaux de recherche et données disponibles concernant ces facteurs de productivité pour déterminer si leur effet sur la productivité des médecins peut être mesuré de façon fiable. Le Ministère s'attend à compléter l'actualisation du modèle fondé sur les besoins en médecins en février 2016.

Pour ce qui est des modèles prévisionnels du personnel infirmier, nous avons constaté, lors de notre audit de 2013, que le modèle ne tenait compte que de l'offre en personnel infirmier autorisé et en personnel infirmier praticien. Il ne tenait pas compte de facteurs propres à la demande et aux besoins pour déterminer si des pénuries ou des excédents étaient prévus. Le Ministère est à faire des recherches en vue de déterminer comment intégrer les volets demande et besoins dans un modèle élargi de prévision des besoins en personnel infirmier. Le Ministère s'attend à mettre au point une version préliminaire du modèle d'ici l'hiver 2016.