

Ressources humaines dans le domaine de la santé

Contexte

Les ressources humaines dans le domaine de la santé – les médecins, les infirmières et infirmiers et les autres fournisseurs de soins de santé – sont essentielles à la prestation des services de santé. Elles constituent le principal atout, et la principale source de coûts, du système de santé. Au cours de l'exercice 2005-2006, en réponse aux préoccupations touchant les pénuries provinciales de personnel médical et infirmier, les longues périodes d'attente et le nombre croissant de patients sans médecin de famille, 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 élaboré ensemble la stratégie ProfessionsSantéOntario. Dans le cadre de cette stratégie, le Ministère a établi l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (l'Agence) en 2007. Les activités de l'Agence sont axées sur le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé.

La stratégie vise à garantir l'accès des Ontariennes et Ontariens, dans le présent comme dans le futur, à des fournisseurs de soins de santé qualifiés dont le nombre, la composition et la répartition sont appropriés. La responsabilité de sa mise en oeuvre incombe à la Division de la stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé

du Ministère, mais la sous-ministre adjointe responsable relève des sous-ministres des deux ministères. Cette structure hiérarchique est censée établir un lien entre les systèmes de soins de santé et d'éducation et permettre de mieux gérer les ressources humaines dans le domaine de la santé.

Le total des dépenses associées à la stratégie est passé de 448 millions de dollars en 2006-2007 à 738,5 millions de dollars en 2012-2013, pour une augmentation d'environ 65 %. Ces montants incluaient des dépenses au titre des initiatives en soins médicaux et infirmiers de 431 millions de dollars en 2006-2007 et 728 millions de dollars en 2012-2013, ainsi que les frais de fonctionnement du Ministère de 17 millions de dollars en 2006-2007 et 10,5 millions de dollars en 2012-2013, comme le montre la Figure 1.

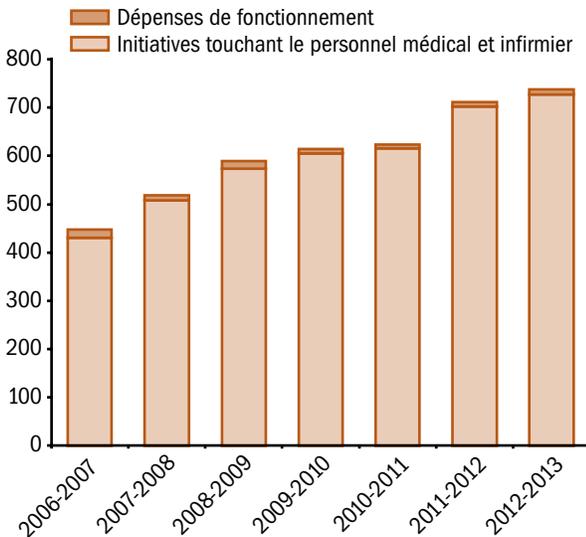
Objectif et portée de l'audit

L'objectif de notre audit était de déterminer si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec l'Agence, avait mis en place des procédures et systèmes adéquats pour :

- vérifier le nombre, la composition et la répartition des professionnels qualifiés des soins de santé en Ontario et déterminer s'ils aideront

Figure 1 : Dépenses de la Division de la stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé, de 2006-2007 à 2012-2013 (en millions de dollars)

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée



à répondre aux besoins actuels et futurs des Ontariennes et Ontariens de toute la province;

- faire en sorte que les initiatives de la stratégie soient mises en oeuvre conformément aux exigences réglementaires établies, aux directives et politiques applicables et aux ententes;
- mesurer périodiquement les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs de la stratégie et en rendre compte.

La haute direction du Ministère et de l'Agence a examiné et accepté l'objectif et les critères de notre audit.

Notre audit mettait l'accent sur les effectifs médicaux et infirmiers. Dans le cadre de notre audit, nous avons examiné les lois ainsi que les politiques et procédures administratives pertinentes, et interviewé des employés du Ministère et du ministère de la Formation et des Collèges et Universités. Nous avons visité trois bureaux de réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) et trois hôpitaux situés dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest de l'Ontario, et nous avons contacté deux hôpitaux de la région du grand Toronto pour interviewer des membres du personnel et obtenir des documents

pertinents. Nous avons également obtenu des renseignements concernant différentes initiatives en soins infirmiers des hôpitaux de la région du grand Toronto. Pour avoir une vue d'ensemble et améliorer notre compréhension des ressources humaines dans le domaine de la santé, nous avons parlé à un certain nombre d'intervenants de l'extérieur – entre autres le Collège des médecins de famille, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, la Registered Practical Nurses Association of Ontario, la Professional Association of Residents of Ontario (anciennement la Professional Association of Internes and Residents of Ontario) et l'Ontario Medical Association (OMA). Nous nous sommes également entretenus avec d'autres administrations provinciales – le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique – afin de comprendre la façon dont elles planifient leurs ressources humaines dans le domaine de la santé.

Résumé

Au cours des six dernières années, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a affecté 3,5 milliards de dollars à sa stratégie ProfessionsSantéOntario afin de remédier aux pénuries de médecins, de personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé en Ontario. En 2012-2013, le Ministère a alloué 738,5 millions de dollars à cette stratégie, répartis comme suit : 505 millions pour les initiatives touchant les médecins, 151 millions pour les initiatives touchant le personnel infirmier, 72 millions pour d'autres initiatives liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé et les 10,5 millions restants pour les frais de fonctionnement.

L'Ontario a vu des augmentations globales de 18 % chez les médecins entre 2005 et 2012 et de 10 % chez les infirmières et infirmiers entre 2006 et 2012. Bien que les initiatives aient permis d'accroître le nombre d'inscriptions et de postes de

formation au niveau postdoctoral et d'attirer un plus grand nombre de médecins et d'infirmières et infirmiers en provenance d'autres administrations, l'Ontario n'a pas atteint son objectif de se doter de médecins dont le nombre, la composition et la répartition répondront aux futurs besoins en soins de santé de la population de toute la province.

Nous avons particulièrement noté ce qui suit :

- La province dépense environ 780 000 \$ en moyenne (dont 375 000 \$ pour les salaires et avantages sociaux des résidents) afin de former un spécialiste qui suit un programme de résidence postdoctoral pouvant durer jusqu'à cinq ans après avoir obtenu un diplôme de premier cycle de quatre ans. Pour un spécialiste de l'extérieur de la province qui entre en Ontario au niveau postdoctoral, ce coût est de 225 000 \$. Cependant, de nombreux spécialistes formés en Ontario ne restent pas en Ontario et vont exercer leur profession ailleurs. Les statistiques sur le maintien en poste montrent qu'en moyenne, 33 % des diplômés en chirurgie spécialisée financés par l'Ontario ont quitté la province chaque année entre 2005 et 2011. Le manque d'emplois à temps plein pour les résidents diplômés dans certaines spécialités chirurgicales pourrait amener d'autres médecins à quitter la province, malgré les longues périodes d'attente pour ces services. Par exemple, d'après les données sur les temps d'attente pour la période de trois mois allant de juin à août 2013, les patients devaient attendre 326 jours pour une chirurgie de l'avant-pied et 263 jours pour une chirurgie du disque cervical.
- Afin d'améliorer l'accès aux soins, l'Agence offre des services de suppléance temporaires pour les médecins dans les collectivités admissibles de la province. Cependant, les programmes de suppléance des postes vacants qui étaient censés être des mesures à court terme sont restés en vigueur pendant de longues périodes. Au moment de notre audit, il y avait environ 200 postes vacants de spécialistes dans le Nord de l'Ontario. Le tiers des hôpitaux qui avaient recours à des services de suppléance se prévalait du Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences avant janvier 2008 et faisait une utilisation continuelle des services de suppléance depuis 2007, et l'un d'eux avait même commencé à les utiliser en 2006.
- Sur les quatre exercices allant de 2008-2009 à 2011-2012, 309 millions de dollars devaient servir à recruter 9 000 nouveaux membres du personnel infirmier. Notre examen indiquait que le Ministère n'avait pas pu atteindre cet objectif avant la fin de la période de quatre ans, mais qu'il avait accru le personnel infirmier de plus de 7 300 membres et qu'il devrait atteindre son objectif dans un délai de cinq ans.
- À la fin de 2011, 66,7 % du personnel infirmier travaillait à temps plein en Ontario, 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, la proportion de participants au programme qui avaient obtenu des postes permanents à temps plein était de seulement environ 25 % en 2010-2011 et 33 % en 2011-2012.
- Le modèle prévisionnel des besoins en personnel médical élaboré en partenariat avec l'Ontario Medical Association est utile, mais son utilité est mitigée par la fiabilité et la disponibilité limitées des données. Ces lacunes rendent difficiles la planification du nombre, de la composition et de la répartition optimales des médecins ainsi que la détermination du financement, de la formation et

du déploiement appropriés. Par ailleurs, le Ministère prépare un modèle de simulation pour aider à planifier les futurs postes en enseignement des sciences infirmières et à formuler des politiques en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier. Ce modèle prévoit seulement l'offre en ressources humaines sans tenir compte du nombre d'infirmières et d'infirmiers requis pour répondre aux besoins de la population.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario remercient la vérificatrice générale de son audit opportun et des recommandations de son rapport.

En mai 2006, l'Ontario a lancé la stratégie ProfessionsSantéOntario, première stratégie de ce genre au Canada. Cette réponse novatrice aux graves pénuries existantes en ressources humaines dans le domaine de la santé visait à prévenir une aggravation de ces pénuries.

La stratégie a entraîné une amélioration importante des capacités de l'Ontario en ressources humaines dans le domaine de la santé. Les pénuries de fournisseurs de soins de santé, y compris les médecins et les infirmières et infirmiers, ne sont plus le principal obstacle à l'accès aux soins ni la principale cause des périodes d'attente. La stratégie a permis d'atténuer les pénuries et d'améliorer la capacité de la province à planifier, à former et à soutenir ses travailleurs de la santé. Les principaux résultats obtenus depuis mai 2006 comprennent :

- plus de 35 000 nouveaux fournisseurs réglementés, le nombre de médecins ayant augmenté de 18 % et les effectifs infirmiers, de 10 %;
- une hausse du nombre d'inscriptions en première année d'un programme de premier cycle dans les écoles de médecine (jusqu'à

22 %) et de stagiaires en première année de formation postdoctorale (jusqu'à 60 %);

- une augmentation de 15 644, ou 23 %, du personnel infirmier à temps plein;
- au total, 25 cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien qui fournissent des soins à plus de 36 000 patients;
- plus de 15 100 possibilités d'emploi pour les nouveaux diplômés en sciences infirmières de l'Ontario;
- de nouveaux rôles pour les fournisseurs de soins de santé, dont ceux d'adjoint au médecin et de spécialiste clinique en radiothérapie et cinq nouveaux rôles pour le personnel infirmier;
- une capacité de création de données probantes pouvant éclairer la planification;
- des modifications aux lois et règlements qui améliorent la qualité et la sécurité des soins aux patients, élargissent les champs de pratique et réglementent les nouvelles professions de la santé;
- l'établissement de l'Agence.

L'Ontario peut maintenant focaliser les activités touchant les ressources humaines dans le domaine de la santé sur la transformation du système de santé au lieu de s'employer à remédier aux pénuries critiques de fournisseurs. Le travail du Ministère continue d'évoluer en réponse aux défis d'aujourd'hui. Le Ministère est à renouveler la stratégie ProfessionsSantéOntario pour qu'elle :

- tire parti des réalisations antérieures;
- s'aligne sur les objectifs du Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé;
- fasse avancer la planification et la prise des décisions fondées sur des données probantes.

Les recommandations de cet audit éclaireront le renouvellement de la stratégie.

Constatations détaillées de l'audit

MÉDECINS

Au cours des six dernières années, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a dépensé 3,5 milliards de dollars dans le cadre de sa stratégie ProfessionsSantéOntario afin de combler les pénuries de médecins, de personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé en Ontario. La province a réussi à accroître le nombre de médecins, mais certaines de ses collectivités font face à des pénuries de fournisseurs de soins de santé, particulièrement les médecins. Les collectivités de petite taille, rurales ou éloignées ne disposent pas toujours de médecins de premier recours, aussi appelés médecins de famille. Dans le Nord de l'Ontario, les spécialistes généraux (p. ex. dans les domaines de la chirurgie générale, de la médecine interne et de la psychiatrie) restent en grande demande malgré une augmentation substantielle du nombre de médecins à l'échelle provinciale.

Les fonds importants dépensés par le Ministère au cours des six dernières années ont permis d'accroître le nombre de médecins dans la province, mais des pénuries subsistent dans certaines spécialités et certaines régions alors même que ces spécialistes sont incapables d'obtenir des emplois à temps plein.

Augmentation des effectifs médicaux en Ontario

La formation des médecins est financée conjointement par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le ministère de la Formation et des Collèges et Universités finance les postes de premier cycle dans les universités, tandis que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée finance la plupart des aspects de la formation

postdoctorale. Les 485 millions de dollars que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a affectés aux initiatives touchant les médecins en 2011-2012 comportaient deux principaux volets : 315 millions de dollars aux écoles de médecine et aux hôpitaux pour les salaires et avantages sociaux des résidents qui fournissent des services cliniques en Ontario; et 107 millions de dollars aux écoles de médecine pour les activités universitaires telles que l'enseignement, l'infrastructure éducative et les coûts administratifs liés à la formation clinique des apprenants en médecine.

De 2005 à 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a travaillé avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités à accroître le nombre d'inscriptions aux programmes de formation en médecine. Le nombre d'inscriptions en première année d'un programme d'études de premier cycle dans les écoles de médecine a augmenté de 22 %, tandis que le nombre de stagiaires en première année de formation postdoctorale a grimpé de 60 %. En médecine familiale, le nombre de stagiaires en première année de formation postdoctorale s'est accru de 67 % et le nombre de spécialistes, de 56 %. En outre, le nombre de diplômés internationaux en médecine qui se sont inscrits à un programme de résidence a progressé de 48 %. Comme le montre la Figure 2, entre 2005 et 2012, le nombre de médecins a augmenté de 18 % ou d'environ 4 100. Dans le même temps, le nombre de médecins par tranche de 100 000 personnes est passé de 84,9 à 91 pour les médecins de famille et de 92,9 à 104,3 pour les spécialistes. Le nombre total de médecins pour 100 000 personnes a été porté de 177,8 à 195,3. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le nombre de spécialistes par tranche de 100 000 personnes en Ontario en 2011 était conforme à la moyenne canadienne, tandis que le nombre de médecins de famille pour 100 000 personnes en Ontario était d'environ 10 % inférieur à la moyenne.

Figure 2 : Hausse du nombre de médecins et de stagiaires en médecine en Ontario, de 2005 à 2012

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

	2005	2012	Hausse (%)
Inscriptions en première année d'un programme de premier cycle	797	972*	22
Diplômés en médecine	663	875	32
Stagiaires en première année de formation postdoctorale	757	1 213	60
Médecine familiale – stagiaires en première année de formation postdoctorale	305	508	67
Spécialité – stagiaires en première année de formation postdoctorale	452	705	56
Diplômés internationaux en médecine	171	253	48
Médecins de famille	10 641	12 296	16
Spécialistes	11 636	14 086	21
Nombre total de médecins	22 277	26 382	18
Médecins de famille pour 100 000 personnes	84,9	91,0	7
Spécialistes pour 100 000 personnes	92,9	104,3	12
Nombre total de médecins pour 100 000 personnes	177,8	195,3	10

*Les dernières données disponibles concernant les inscriptions au premier cycle datent de 2011.

Répartition sous-optimale des médecins en Ontario

Malgré l'augmentation globale du nombre de médecins de premier recours et de spécialistes, l'accès aux soins de santé reste un problème pour certains segments de la population. Selon le Ministère, les données recueillies entre octobre 2012 et mars 2013 montraient que 6 % des Ontariennes et Ontariens n'avaient pas de médecin de famille. On ne dispose pas de données régionales plus récentes, mais on sait qu'en 2010, ce pourcentage était deux fois plus élevé dans le Nord de la province. L'accès aux soins de santé est un problème de longue date dans de nombreuses collectivités rurales, éloignées et du Nord aux prises avec des pénuries chroniques de médecins. L'isolement géographique, les longues distances à parcourir, les faibles densités démographiques et les conditions météorologiques inclementes ne sont que quelques-uns des obstacles à la prestation des soins de santé dans ces régions.

D'après un rapport publié en 2011 par l'ICIS, 95 % des médecins de l'Ontario exerçaient en régions urbaines et les 5 % restants, en régions rurales. Ce dernier pourcentage est inférieur à la proportion rurale de la population ontarienne : selon les données du recensement de 2011 de Statistique

Canada, 86 % de la population ontarienne vivait dans des régions urbaines et 14 %, dans des régions rurales. Pour l'aider à évaluer l'accessibilité des soins de santé dans les régions rurales, le Ministère utilise l'indice de ruralité de l'Ontario (IRO), mis au point par l'Ontario Medical Association. L'IRO incorpore les données sur la population et les médecins en exercice dans les régions rurales et du Nord, y compris les grands centres urbains du Nord. L'IRO indique qu'en 2011, 8,1 % des médecins de l'Ontario exerçaient dans ces régions, où vivait 11,6 % de la population ontarienne.

Le Ministère a reconnu que la répartition des médecins en Ontario n'était pas encore optimale, et il a cité des facteurs pouvant expliquer cette répartition. Par exemple, certains services hautement spécialisés sont fournis dans des unités de soins tertiaires, ce qui signifie que les patients de certaines collectivités doivent se rendre dans de grands centres urbains pour y recevoir des soins spécialisés.

Médecins spécialistes aux prises avec des problèmes d'emploi

En moyenne, la province investit environ 780 000 \$ (dont 375 000 \$ pour les salaires et avantages

Figure 3 : Chirugiens spécialisés qui quittent l'Ontario, de 2005 à 2011

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée – données sur le maintien en poste extraites du *Recensement annuel des stagiaires post-M.D.* du Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Moyenne de 2003 à 2009
Chirugiens spécialisés qui obtiennent leur diplôme en Ontario	120	122	120	125	111	114	147	123
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Moyenne de 2005 à 2011
Chirugiens spécialisés exerçant en Ontario deux ans après l'obtention de leur diplôme	79	79	79	87	73	70	108	82
Diplômés en chirurgie spécialisée qui quittent l'Ontario	(41)	(43)	(41)	(38)	(38)	(44)	(39)	(41)
Pourcentage (%) des diplômés en chirurgie spécialisée qui quittent l'Ontario	34	35	34	30	34	39	27	33
Chirugiens spécialisés qui viennent exercer en Ontario	22	8	12	19	18	14	9	15
Nombre net de spécialistes qui quittent l'Ontario	19	35	29	19	20	30	30	26

sociaux des résidents) dans l'éducation d'un spécialiste qui suit un programme de résidence postdoctoral pouvant durer jusqu'à cinq ans après avoir obtenu un diplôme de premier cycle de quatre ans. Pour un spécialiste de l'extérieur de la province qui entre en Ontario au niveau de la formation postdoctorale, ce coût est de 225 000 \$. En 2011, la province a affecté un total de 438 millions de dollars à la formation des spécialistes, ce qui représente une hausse de 63 % par rapport aux 269 millions de dollars dépensés en 2005. Cependant, de nombreux spécialistes formés en Ontario ne restent pas dans la province pour y exercer leur profession. La Figure 3 montre qu'en moyenne, environ 33 % des diplômés en chirurgie spécialisée (y compris les neurochirurgiens et les chirurgiens cardiologues, orthopédistes, pédiatres et généraux) dont la formation avait été financée par le Ministère ont quitté l'Ontario chaque année entre 2005 et 2011.

Les spécialistes diplômés qui quittent l'Ontario ne le font pas toujours parce qu'ils ont du mal à trouver un emploi. La taille et l'envergure des programmes de formation postdoctorale de l'Ontario peuvent attirer des stagiaires provenant d'autres administrations où ces programmes ne sont pas

offerts, et certains d'entre eux peuvent suivre leur formation en résidence en Ontario puis retourner dans leur province d'origine par la suite. Cependant, d'autres peuvent quitter l'Ontario parce qu'ils ont de la difficulté à trouver un emploi stable après avoir obtenu leur diplôme.

Entre juillet et novembre 2010, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (le Collège) et les associations nationales de spécialistes ont réalisé une mini-étude et constaté qu'il y avait beaucoup de chômage et de sous-emploi en cardiologie, néphrologie, neurochirurgie, chirurgie plastique, médecine préventive et de santé publique, oto-rhino-laryngologie (spécialistes des oreilles, du nez et de la gorge) et onco-radio-logie. À la lumière des résultats de ces études, le Collège a décidé en avril 2011 d'élargir ses recherches et de procéder à une étude en plusieurs étapes de l'emploi chez les médecins spécialistes à l'échelle du Canada. Son rapport final a été diffusé en octobre 2013. Il indiquait que les spécialités affectées incluaient la chirurgie orthopédique, l'urologie, la gastro-entérologie, l'hématologie, les soins intensifs, la chirurgie générale, l'ophtalmologie, la neurochirurgie, la médecine nucléaire,

l'oto-rhino-laryngologie et l'onco-radiologie. Lors de nos discussions avec des associations médicales, nous nous sommes fait dire à de multiples reprises que les diplômés en médecine spécialisée avaient du mal à trouver un emploi dans différentes spécialités chirurgicales, dont beaucoup sont mentionnées plus haut.

Dans son étude réalisée en 2011 et 2012, le Collège indiquait qu'environ 20 % des nouveaux spécialistes et sous-spécialistes en Ontario (comparativement à 16 % au Canada) ne pouvaient pas trouver un emploi après la période de résidence de deux à cinq ans suivant leurs études médicales. Il soulignait également que certains facteurs et choix personnels – comme le fait que l'emploi ne se trouvait pas là où le nouveau diplômé voulait travailler, les restrictions budgétaires des hôpitaux et les retraites retardées – avaient un impact sur l'employabilité. Ces facteurs pouvaient amener les médecins à choisir de prolonger leurs études, à accepter un travail contractuel et temporaire, à laisser leurs compétences se détériorer, à quitter l'Ontario ou à travailler dans un domaine non chirurgical. Dans le même temps, il y a des postes vacants de spécialistes dans certaines régions de la province. Dans le Nord de l'Ontario par exemple, la quasi-totalité (99 %) des 13 millions de dollars affectés au remplacement temporaire des spécialistes en 2011-2012 a servi à couvrir les postes vacants de spécialistes pendant que les efforts de recrutement se poursuivaient.

L'Ontario Medical Association a elle aussi recueilli des données sur l'emploi lors de son sondage de 2011. Elle décrivait certains des obstacles auxquels étaient confrontés les nouveaux diplômés à la recherche de postes en anesthésiologie, en neurochirurgie et en chirurgie générale, cardiaque, thoracique, orthopédique et vasculaire :

- De nombreux chirurgiens cardiologues travaillaient comme assistants en chirurgie parce qu'ils ne pouvaient pas trouver d'emploi dans leur spécialité; 34 % des diplômés qui travaillaient comme chirurgiens cardiologues se considéraient encore comme sous-employés.

- De plus en plus de chirurgiens généralistes choisissaient de suivre des stages de perfectionnement dans des surspécialités, ce qui réduisait leur nombre dans le système de santé.
- Les chirurgiens orthopédiques se faisaient concurrence pour le temps en salle d'opération; les chirurgiens plus âgés étaient peu disposés à partager le temps qui leur était alloué pour permettre aux nouveaux médecins d'exercer.
- Les chirurgiens vasculaires continuaient de travailler après l'âge habituel de la retraite, accaparant les heures en salle d'opération et les ressources cliniques des hôpitaux.

Évidemment, les préférences personnelles ont aussi un impact sur les tendances en matière d'emploi. Les étudiants pourraient être plus nombreux à choisir des spécialités de préférence à la médecine générale parce qu'ils considèrent les spécialistes comme ayant plus de prestige et un potentiel de revenu plus élevé. Selon le rapport intitulé *L'avenir de l'éducation médicale au Canada – Volet sur l'éducation médicale postdoctorale*, projet financé par Santé Canada, il faut un nombre égal de généralistes et de spécialistes pour optimiser les soins aux patients. En 2011, l'Ontario comptait environ 1 700 spécialistes de plus que de généralistes. Le Ministère a travaillé avec les facultés de médecine à accroître le nombre de postes de résidence en médecine familiale de 119 % entre 2003-2004 et 2011-2012. Depuis 2012, le Ministère et les écoles de médecine s'emploient à mettre en oeuvre un cycle de planification annuel plus structuré afin de mieux appuyer la prise des décisions et d'ajuster la taille et la composition du système de formation postdoctorale.

Le Ministère a reconnu que les résidents diplômés avaient un certain nombre de préoccupations en matière d'emploi et que le chômage et le sous-emploi étaient concentrés dans certaines spécialités, particulièrement celles qui exigent des ressources hospitalières. Cependant, nous avons constaté que le Ministère n'avait pas recueilli de

données auprès des hôpitaux ni analysé les données existantes afin de repérer les causes ou de concevoir des solutions. Par exemple, il n'avait pas examiné l'effet potentiel du financement des hôpitaux sur des points tels que la capacité des salles d'opération et, en fin de compte, sur l'emploi dans certaines spécialités chirurgicales. Le Ministère n'avait pas non plus recueilli de données sur des facteurs tels que le volume de réservations en chirurgie de chaque médecin, la répartition des réservations en chirurgie entre les médecins par niveau d'expérience, ou la capacité disponible des salles d'opération à l'échelle du système. Il a indiqué qu'il continuait de travailler avec des intervenants partenaires tels que l'Ontario Medical Association et l'Association des hôpitaux de l'Ontario afin de mieux comprendre l'impact des défis spécifiques à la profession, dont les pratiques opérationnelles des hôpitaux, sur l'emploi et le sous-emploi des médecins.

Le Ministère nous a dit qu'une fois disponibles, les résultats finaux de l'étude nationale du Collège, y compris les résultats par administration, lui donneraient une meilleure idée de la situation actuelle et des multiples facteurs qui contribuent au chômage et au sous-emploi des médecins dans tout le Canada.

Longues périodes d'attente pour les services de spécialistes

Les données du Ministère que nous avons examinées pour la période de trois mois allant de juin à août 2013 indiquaient de longues périodes d'attente pour certains services chirurgicaux, comme le montre la Figure 4. Nous avons constaté que certaines des procédures associées à de longues périodes d'attente relevaient des spécialités chirurgicales dans lesquelles les résidents diplômés faisaient face au chômage et au sous-emploi. Par exemple, pour certaines chirurgies orthopédiques, les temps d'attente suivant l'évaluation d'un spécialiste pouvaient atteindre 326 jours (chirurgie de l'avant-pied) et 263 jours (chirurgie du disque cervical). Les patients devaient souvent attendre

des mois simplement pour voir un spécialiste après l'aiguillage par le médecin de famille.

Nos discussions avec les hôpitaux visités et avec l'Ontario Medical Association donnaient à penser que les longues périodes d'attente pouvaient être liées à des facteurs tels que le financement des hôpitaux. La capacité réduite due aux contraintes budgétaires pourrait se traduire par de longues périodes d'attente pour certains services, tandis qu'un financement limité pourrait aboutir à une réduction des heures en salle d'opération et/ou des ressources humaines connexes, entraînant chômage et sous-emploi chez les spécialistes qui fournissent ces services.

Les représentants des hôpitaux en régions rurales nous ont dit qu'ils avaient besoin de ressources dans différentes spécialités, comme la neurochirurgie, la chirurgie orthopédique, la psychiatrie, la pédiatrie, l'obstétrique-gynécologie, la gériatrie et la médecine d'urgence, mais qu'ils avaient du mal à recruter des médecins pour répondre à leurs besoins. Ils ont indiqué que les diplômés en médecine préfèrent souvent travailler dans les grands centres urbains plutôt que dans les régions rurales, éloignées ou du Nord. Les médecins qui exercent en milieu non urbain font face à des défis qui peuvent être très différents de ceux rencontrés durant leur formation ou posés par l'exercice dans un centre

Figure 4 : Temps d'attente provinciaux* dans les spécialités chirurgicales où le taux de chômage ou de sous-emploi est élevé, de juin à août 2013

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Type de service/procédure	Temps d'attente (en jours)
Neurochirurgie (dans l'ensemble)	134
Chirurgie orthopédique (dans l'ensemble)	192
Chirurgie discale cervicale	263
Chirurgie de l'avant-pied	326
Arthroplastie de la hanche	186
Arthroplastie du genou	220
Chirurgie discale lombaire	251

* Le temps d'attente est le nombre de jours qui s'écoule entre la date où 9 patients sur 10 consultent un spécialiste et la date où ils subissent une intervention chirurgicale.

urbain. Il y a des différences dans le niveau de soutien, l'étendue du travail sur appel et les types de maladies à traiter. Il peut aussi y avoir moins d'activités sociales et culturelles disponibles ainsi que des possibilités d'emploi limitées pour les partenaires des médecins.

Initiatives touchant les médecins

Un certain nombre d'études suggèrent qu'un des facteurs influençant le lieu où un médecin décide d'exercer est l'endroit où il reçoit une partie importante de sa formation médicale postdoctorale. C'est pourquoi les collectivités rurales, éloignées et du Nord ont plus de difficulté à attirer des médecins que les centres urbains proches des facultés de médecine et des centres hospitaliers universitaires. La Figure 5 décrit quelques programmes et initiatives financés par le Ministère pour aider ces collectivités à recruter des médecins et à les retenir.

Le Ministère administre aussi un Programme d'obligation de service postdoctoral qui exige des diplômés internationaux en médecine et des participants à certains autres programmes de formation postdoctoraux qu'ils exercent dans des collectivités

admissibles en Ontario, généralement pour une période de cinq ans. (Le programme est examiné plus loin dans ce rapport.) Le Ministère, par l'entremise de divisions distinctes, finance également des initiatives connexes, comme l'Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales, qui offre des incitatifs financiers aux médecins qui établissent une pratique à temps plein dans une collectivité rurale, éloignée ou du Nord admissible.

Au moment de notre audit, l'efficacité de ces initiatives n'avait pas encore été évaluée. Certaines d'elles venaient d'être mises en oeuvre. Les auteurs d'une évaluation réalisée en 2010 avaient conclu que le Programme d'obligation de service postdoctoral ne répondait pas aux besoins de la plupart des collectivités éloignées et du Nord. En réponse, le Ministère a apporté des changements au programme, notamment en étendant les limites des zones géographiques admissibles et en fournissant d'autres fonds ciblés pour certaines régions insuffisamment desservies.

L'École de médecine du Nord de l'Ontario, qui a ouvert ses portes en septembre 2005, ne fonctionnait pas depuis assez longtemps pour une

Figure 5 : Initiatives choisies du Ministère pour le recrutement et le maintien en poste des médecins dans les collectivités rurales et éloignées

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Initiative	Description	Fonds reçus en 2011-2012 (en millions de dollars)
École de médecine du Nord de l'Ontario	École de médecine répartie en zones rurales et basée dans la collectivité qui cherche à recruter des étudiants en provenance du Nord de l'Ontario ou de collectivités rurales, éloignées, autochtones ou francophones (école fondée en 2005)	12,7
Éducation médicale hors les murs	Les organismes coordonnent les stages en enseignement clinique dans les petites collectivités urbaines et rurales pour les étudiants du premier cycle et de niveau postdoctoral (initiative lancée en 1995)	11,7
Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales	Incitatifs financiers pour les médecins qui exercent à temps plein dans une collectivité admissible (initiative lancée en 2010)	3,4
Coûts d'enseignement et de fonctionnement des hôpitaux affiliés aux campus de formation en médecine	Fonds devant couvrir les coûts d'enseignement et de fonctionnement des hôpitaux affiliés aux campus de formation en médecine (initiative lancée en 2008)	3,5

évaluation significative, mais une étude de suivi couvrant la période de 2010-2011 à 2014-2015 est en cours 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 rurales et du Nord.

De plus, comme il est noté à la Figure 5, le Ministère finance le Programme d'éducation médicale hors les murs, où les organismes coordonnent les stages en enseignement clinique dans les petites collectivités urbaines et rurales pour les étudiants du premier cycle et de niveau postdoctoral. Le Ministère nous a informés qu'il travaillait à une stratégie d'évaluation de cette initiative avec les écoles de médecine depuis l'automne 2012.

Programmes de suppléance pour les médecins

L'Agence offre des services de suppléance temporaire pour les médecins dans les collectivités admissibles de la province. Les services de suppléance ciblent deux types particuliers de besoins :

- Les services de relève aident à retenir les médecins qui travaillent dans les collectivités rurales et du Nord. Comme il y a moins de médecins dans ces collectivités, les options de remplacement locales sont limitées. Les services de relève offrent un soutien aux médecins des collectivités rurales et du Nord qui sont en congé temporaire, qui poursuivent leurs études médicales ou qui prennent des vacances.
- Les services de suppléance offrent une solution à court terme pour que les patients aient accès aux soins dans les domaines où il y a des postes vacants de médecins pendant que les efforts de recrutement à long terme se poursuivent.

En plus d'offrir un accès aux soins médicaux dans les collectivités qui ont des médecins temporairement absents ou des postes vacants de médecins, ces programmes visent à aider les collectivités rurales et du Nord à retenir leurs médecins. En 2011-2012, le Ministère a affecté un total d'environ

22 millions de dollars à trois programmes de suppléance administrés par l'Agence.

Ces programmes sont le Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord, le Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences et le Programme de suppléance pour les médecins de famille en milieu rural.

Nous avons axé notre travail d'audit sur le Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord et le Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences parce que ces programmes ciblent les postes vacants de médecins pendant que les efforts de recrutement permanent se poursuivent.

Utilisation coûteuse à long terme du Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord

Les collectivités du Nord ont accès à des services de suppléance dans un maximum de 26 spécialités. En 2011-2012, le Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord a engagé des dépenses de 13 millions de dollars pour remplacer temporairement les médecins spécialistes dans le cadre de deux sous-programmes qui fournissent des services de suppléance à court terme pour les postes vacants de spécialistes et des services de relève continus à l'appui du maintien en poste.

Selon l'Agence, les dernières données disponibles au moment de notre audit indiquaient qu'environ 30 % des postes de spécialistes dans le Nord de l'Ontario étaient vacants, ce qui correspond à un total d'environ 200 postes vacants de spécialistes ou 40 000 jours de travail à couvrir. Les données que nous avons examinées pour la période allant de 2009 à 2011 indiquaient que les spécialités exigeant le plus grand nombre de jours de suppléance dans le Nord de l'Ontario étaient la médecine interne, l'imagerie diagnostique, la chirurgie générale et la psychiatrie. Entre 2008-2009 et 2012-2013, quatre grandes villes du Nord – Sault Ste. Marie, Thunder Bay, Timmins et Sudbury – ont reçu plus de 80 % des jours de suppléance pour les spécialistes. Selon le Ministère, les quatre plus grands hôpitaux urbains du Nord font la plus grande utilisation des

jours de suppléance parce qu'ils servent de centres d'aiguillage critiques pour les petites collectivités rurales du Nord où la faible population et d'autres facteurs ne permettraient pas de soutenir un cabinet de médecin spécialiste. Ils fournissent également des services d'enseignement et de recherche à l'École de médecine du Nord de l'Ontario.

En plus de la rémunération à l'acte et des vacances pour suppléance en milieu clinique, les paiements aux médecins pour la couverture des postes vacants s'établissaient en moyenne à 1 017 \$ par jour pour les déplacements, l'hébergement et les honoraires, soit environ quatre fois le montant moyen payé pour les services de relève. Outre la rémunération à l'acte, les médecins qui fournissent des services de relève sont remboursés de leurs frais de déplacement et d'hébergement admissibles, qui s'élèvent à 241 \$ par jour en moyenne. Dans certaines collectivités du Nord de l'Ontario, les pénuries de médecins et les défis de recrutement pourraient avoir contribué à l'utilisation prolongée des services de suppléance pour que les patients puissent continuer d'accéder aux soins. Notre examen montrait que la suppléance est devenue un modèle de prestation des services. La quasi-totalité (99 %) des 13 millions de dollars affectés aux services de suppléance en 2011-2012 a servi à pallier les postes vacants de spécialistes.

Nous avons examiné les programmes de suppléance en vigueur dans d'autres administrations canadiennes et constaté qu'ils ne fournissaient généralement que des services de relève. Le Ministère a indiqué que l'Ontario est la seule province à offrir des services hospitaliers de grande envergure à cinq centres d'aiguillage urbains du Nord et à avoir une école de médecine dans le nord de la province. La masse de services critiques dans le Nord, conjuguée aux postes vacants de médecins et aux défis de recrutement dans certaines collectivités et/ou spécialités, crée des besoins en services de suppléance qui pourraient ne pas exister dans d'autres administrations. L'objectif à long terme de l'Agence est d'assurer la transition à un programme axé sur la prédominance des services de relève en

Ontario et d'éliminer l'utilisation du programme de suppléance en tant que modèle de prestation de services. L'Agence a indiqué qu'elle travaillait à de nouveaux critères d'admissibilité, qui devraient être pleinement mis en oeuvre d'ici 2014-2015.

Nous avons noté une dépendance excessive envers les programmes de suppléance pour la prestation des services de soins de santé requis dans certaines collectivités rurales, éloignées et du Nord. Par exemple, dans certains des hôpitaux visités, nous avons examiné le taux de recours à la suppléance de garde pour un seul mois de 2012 et constaté qu'il atteignait 94 % pour la médecine interne dans un hôpital et 72 % pour l'imagerie diagnostique dans un autre hôpital.

Les hôpitaux qui ont des postes vacants de spécialistes et qui sont admissibles au Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord doivent afficher les postes en question sur le site Web EmploisPSO de l'Agence, mais ils ne sont pas tenus de rendre compte de leurs progrès dans le recrutement et la dotation de leurs postes vacants. L'Agence nous a informés qu'elle était en train d'élaborer de nouveaux critères d'admissibilité au programme de suppléance. Selon une approche par étapes sur les deux prochains exercices commençant en 2013-2014, l'Agence exigera des hôpitaux qu'ils remplissent périodiquement un formulaire, qui était en voie d'essai au moment de notre audit, afin de la tenir au courant des efforts de recrutement déployés pour combler les postes vacants par spécialité.

Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences

Le Ministère et l'Ontario Medical Association ont conçu le Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences comme mesure de dernier ressort pour les hôpitaux afin de prévenir les fermetures imprévues de services des urgences parce qu'il n'y a pas de médecins disponibles et de permettre aux patients d'accéder à des services d'urgence critiques dans leur propre collectivité.

Environ 50 des 164 services des urgences de l'Ontario ont utilisé les services de suppléance du projet depuis son lancement en 2006. Selon l'Agence, une vingtaine d'hôpitaux utilisent cette ressource à un moment donné, en moyenne. En 2011-2012, l'Agence a affecté un total d'environ 4 millions de dollars à ce projet.

Nous avons constaté au moment de notre audit que le tiers des hôpitaux qui ont commencé à utiliser les services de suppléance avant janvier 2008 avait fait un usage continu de ces services, depuis 2007 dans certains cas. Un hôpital les utilisait même depuis 2006 au moment de notre audit. Ces hôpitaux ont reçu un total d'environ 9 000 heures de suppléance en 2011-2012. Nous avons examiné un échantillon des heures mensuelles du service des urgences réparties entre les médecins locaux et les médecins suppléants dans un des hôpitaux visités et constaté que plus de la moitié des quarts de travail au service des urgences avaient été couverts par des médecins suppléants.

Ces constatations donnent à penser que certains hôpitaux aux prises avec des pénuries de médecins et des défis de recrutement ont besoin de services de suppléance à long terme pour maintenir l'accès des patients aux services pendant que les efforts de recrutement permanent se poursuivent. Cependant, comme il a fallu dépenser environ 4 millions de dollars pour permettre à une vingtaine d'hôpitaux de répondre aux besoins locaux en services d'urgence, le montant dépensé n'est pas si important dans l'ensemble, s'établissant en moyenne à environ 200 000 \$ par hôpital.

Problèmes liés au maintien en poste des médecins dans les régions rurales et du Nord

Le Programme d'obligation de service postdoctoral vise à accroître l'accès aux médecins dans les petites localités urbaines et les collectivités rurales et du Nord insuffisamment desservies en leur permettant de recruter à partir d'un bassin de médecins. Le Ministère finance la formation postdoctorale et l'évaluation des diplômés internationaux en

médecine et d'autres médecins qui désirent se qualifier pour exercer en Ontario en échange de leur engagement à offrir des services pour une certaine période (habituellement cinq ans) dans une collectivité ontarienne (sauf les villes d'Ottawa et de Toronto et les municipalités adjacentes). En août 2013, le Ministère avait conclu des ententes actives d'obligation de service postdoctoral avec 550 médecins qui avaient terminé leur formation.

Avant 2010, selon le Ministère, les médecins devaient accomplir leur service postdoctoral dans une collectivité désignée comme insuffisamment desservie dans le cadre du Programme des services aux régions insuffisamment desservies (PSRID). À l'origine, le PSRID était axé sur les collectivités rurales et du Nord. Cependant, au fil du temps, d'autres collectivités à l'extérieur du Nord ont été désignées comme insuffisamment desservies afin de pouvoir attirer des médecins visés par des ententes d'obligation de service postdoctoral. Ainsi, le nombre de collectivités désignées proches des grands centres de population du Sud a fini par dépasser le nombre de collectivités du Nord de l'Ontario, de sorte qu'il est devenu encore plus difficile pour ces collectivités et pour la plupart des localités rurales d'attirer des médecins. À partir de 2010, le Ministère a essayé d'améliorer l'accès aux soins en élargissant les zones d'exercice admissibles de façon à inclure toutes les collectivités, sauf les villes d'Ottawa et de Toronto et les municipalités adjacentes. Il a exclu ces régions pour éviter qu'elles ne fassent concurrence aux petites collectivités urbaines, rurales, éloignées et du Nord pour les ressources en médecins.

Les membres du personnel des hôpitaux ruraux et du Nord que nous avons visités nous ont dit à de multiples reprises qu'ils avaient besoin de plus de médecins. Ils nous ont dit qu'il était difficile de retenir les médecins visés par des ententes d'obligation de service postdoctoral après la période obligatoire de cinq ans. Le Ministère n'assure pas le suivi des diplômés internationaux en médecine qui continuent d'exercer dans des collectivités admissibles à la fin de leur obligation de service postdoctoral,

mais l'information obtenue auprès d'un des hôpitaux visités montrait que seulement un médecin sur trois restait dans la collectivité à la fin des cinq ans. Les autres hôpitaux visités ne conservaient pas de données sur le maintien en poste.

Le Ministère n'a pas évalué l'efficacité du Programme d'obligation de service postdoctoral depuis sa restructuration en 2010. Il n'existe actuellement aucune mesure de rendement ni aucun paramètre permettant d'évaluer le succès du programme. Le Ministère se contente de produire un rapport trimestriel sur le nombre de diplômés internationaux en médecine qui participent au programme, réparti par RLISS et par spécialité à une date donnée.

Autres carrières possibles dans le domaine de la santé pour les diplômés internationaux en médecine

Le Centre d'accès est une unité de l'Agence qui a pour mandat d'aider les médecins et les membres de toutes les autres professions réglementées de la santé qui désirent exercer en Ontario à passer à travers les processus de délivrance des permis, d'agrément et de réglementation. De nombreux diplômés internationaux en médecine font appel aux services du Centre d'accès pour qu'il les aide à s'y retrouver dans le système et à poser leur candidature aux postes de résidence du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Le CaRMS est un organisme national sans but lucratif qui offre un service de jumelage électronique donnant accès à une formation médicale postdoctorale au Canada. Il permet aux candidats de décider où ils désirent suivre leur formation au Canada et aux directeurs des programmes de formation médicale postdoctorale de choisir les candidats à inscrire à leur programme. En 2011-2012, environ 2 100 diplômés internationaux en médecine étaient inscrits auprès du Centre d'accès de l'Agence, mais seulement 173 d'entre eux ont obtenu des postes de résidence au Canada, dont 156 en Ontario.

Certains des candidats non retenus peuvent envisager un domaine d'exercice hors de leur

profession originale, comme la physiothérapie, la diététique et la chiropractie. En 2012-2013, l'Agence a aidé 27 diplômés internationaux en médecine qui n'avaient pas réussi à obtenir des postes de résidence à faire la transition vers d'autres carrières dans le domaine de la santé.

Bien qu'il n'ait pas pour mandat principal d'aider les diplômés internationaux en médecine à trouver un emploi dans d'autres disciplines, le Centre d'accès nous a informés qu'il prévoyait d'offrir des services additionnels afin d'aider les professionnels de la santé formés à l'étranger qui ne peuvent pas exercer dans leur domaine à ménager leur transition vers une autre carrière dans le domaine de la santé qui cadre avec leurs études et leur expérience. Au moment de notre audit, le premier module de la Trousse pour les nouvelles options de carrière était accessible sur le site Web du Centre d'accès.

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;
- 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;
- 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;

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

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère apprécie cette recommandation, car elle est conforme au travail qu'il a entrepris et soutient ce travail. En collaboration avec l'Agence et avec d'autres partenaires clés du système de santé, la stratégie ProfessionsSantéOntario du Ministère s'efforce d'améliorer continuellement, à la lumière des données probantes, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé de manière à répondre aux besoins en soins de santé de la population ontarienne.

Le Ministère continuera de travailler avec ses partenaires à mieux comprendre ces facteurs et leur impact sur l'accès aux soins de santé et les besoins en ressources humaines dans le domaine de la santé, y compris les médecins.

Le Ministère s'emploie activement avec les écoles de médecine et les associations professionnelles à repérer et à promouvoir une réserve stable de médecins couvrant le continuum de spécialités en mettant l'accent sur celles requises pour les populations de patients ou les régions plus difficiles à desservir.

Le Ministère s'est engagé à faire une évaluation continue de l'efficacité des initiatives lancées pour répondre à des besoins particuliers et il compte sur les résultats de ces évaluations pour éclairer la planification dans l'avenir.

PERSONNEL INFIRMIER

Une Stratégie globale pour les soins infirmiers faisait partie intégrante de la stratégie ProfessionsSantéOntario lancée par le Ministère en mai 2006. La Stratégie pour les soins infirmiers est un ensemble de programmes et d'initiatives visant à

mettre en place le bon nombre et la bonne combinaison d'infirmières et d'infirmiers, aujourd'hui et dans l'avenir. Elle traite de questions telles que les milieux de travail, l'emploi à temps plein, ainsi que le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier.

Au moment du lancement de la Stratégie pour les soins infirmiers, la province faisait face à une pénurie de personnel infirmier, et les retraites imminentes faisaient entrevoir d'autres pénuries. La priorité du Ministère était d'accroître le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés (IA), d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et d'infirmières praticiennes et infirmiers praticiens (IP) en Ontario afin d'améliorer l'accès aux soins. Les IA sont généralement titulaires d'un diplôme universitaire couronnant quatre années d'études. Les IAA obtiennent habituellement leur titre au terme d'un programme d'études collégial. Les IP sont des IA qui ont acquis des connaissances, des compétences en prise de décisions et des compétences cliniques qui leur permettent d'offrir des services allant au-delà des fonctions habituelles des IA.

Entre 2006 et 2012, les effectifs infirmiers de l'Ontario ont augmenté de 10 %, passant de 138 583 à 153 073 membres. Le nombre d'infirmières et infirmiers employés par tranche de 100 000 personnes en Ontario s'est accru de 3,5 %, passant de 1 106 en 2006 à 1 145 en 2012. La Figure 6 présente une ventilation détaillée de cette augmentation.

Nous avons constaté que l'Agence jouait un rôle mineur dans le secteur des soins infirmiers. Les conseillers régionaux de l'Agence basés dans différents RLIS répartis à travers l'Ontario mettaient l'accent sur les médecins, et très peu d'entre eux travaillaient au Centre d'accès pour servir le personnel infirmier formé à l'étranger.

La Stratégie pour les soins infirmiers a permis d'augmenter les effectifs infirmiers de l'Ontario, mais nous avons remarqué que le Ministère devait généralement améliorer sa surveillance et son évaluation de l'efficacité de ses programmes et initiatives en matière de soins infirmiers.

Figure 6 : Effectifs infirmiers en Ontario, de 2006 à 2012*

Source des données : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Type de personnel infirmier	2006	2012	Hausse	Hausse (%)
Personnel infirmier autorisé	108 185	112 194	4 009	4
Personnel infirmier auxiliaire autorisé	29 706	38 859	9 153	31
Personnel infirmier praticien	692	2 020	1 328	192
Total	138 583	153 073	14 490	10

* Les données fournissent un instantané des effectifs infirmiers disponibles (à la fin de l'année précédente ou au début de l'année indiquée).

Initiatives touchant le personnel infirmier

Selon les données de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), 66,7 % de ses membres employés comme infirmières ou infirmiers en Ontario disaient travailler à temps plein en 2012. Le reste occupait des postes occasionnels ou à temps partiel. La Figure 7 présente une ventilation, par situation d'emploi, du personnel infirmier travaillant en Ontario entre 2008 et 2012, tandis que la Figure 8 montre le nombre et le pourcentage d'emplois à temps plein, à temps partiel et occasionnels (lorsque l'infirmière ou l'infirmier n'a pas un nombre fixe d'heures et travaille sur appel) par domaine d'exercice.

Le Ministère a mis en oeuvre plusieurs initiatives pour les soins infirmiers qui visent à stabiliser les effectifs et à accroître les possibilités d'emploi à temps plein et le maintien en poste du personnel infirmier partout en Ontario. En 2012-2013, la Division de la stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé a affecté 151 millions de dollars aux initiatives pour les soins infirmiers. Ce montant n'inclut pas les fonds consacrés par

d'autres secteurs de programme du Ministère à des initiatives touchant les soins infirmiers.

Dans les sections qui suivent, nous examinons quelques-unes des principales initiatives du Ministère.

Respect de l'engagement à recruter 9 000 infirmières et infirmiers

En 2007, le gouvernement s'est engagé à recruter 9 000 infirmières et infirmiers additionnels sur une période de quatre ans. Il s'est également engagé à faire en sorte que 70 % du personnel infirmier travaille à temps plein. Cependant, à l'automne 2008, la province a indiqué qu'il lui faudrait plus de temps pour atteindre l'objectif des 9 000 nouvelles recrues. Entre 2008-2009 et 2011-2012, 309 millions de dollars ont été consacrés à cette initiative. Nous avons examiné l'initiative et observé ce qui suit :

- Depuis la fin de 2007 (2008 selon l'OIIO), le nombre d'infirmières et infirmiers de la province a augmenté de plus de 7 300 en quatre ans. Au moment de notre audit, l'OIIO n'avait

Figure 7 : Situation d'emploi globale du personnel infirmier en Ontario, de 2008 à 2012*

Source des données : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Situation d'emploi	2008		2009		2010		2011		2012	
	N ^{bre}	%								
À temps plein	75 649	62,9	78 694	63,9	80 356	63,8	83 972	66,4	85 010	66,7
À temps partiel	34 820	29,0	34 371	27,9	34 939	27,8	32 316	25,6	32 712	25,6
Occasionnel	9 796	8,1	10 026	8,2	10 549	8,4	10 117	8,0	9 889	7,7
Total	120 265	100,0	123 091	100,0	125 844	100,0	126 405	100,0	127 611	100,0

* Les données fournissent un instantané de la situation d'emploi du personnel infirmier (à la fin de l'année précédente ou au début de l'année indiquée).

Figure 8 : Personnel infirmier¹ employé par domaine d'exercice, 2010²

Source des données : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Situation d'emploi	Personnel infirmier autorisé		Personnel infirmier auxiliaire autorisé		Total	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
À temps plein						
Hôpital	41 030	44	7 544	25	48 574	40
Soins de longue durée	4 851	5	6 690	22	11 541	9
Collectivité	10 947	12	2 636	9	13 583	11
Autre et non spécifié	4 656	5	771	2	5 427	4
À temps partiel						
Hôpital	15 576	16	4 669	15	20 245	16
Soins de longue durée	2 201	2	3 597	12	5 798	5
Collectivité	4 757	5	1 409	4	6 166	5
Autre et non spécifié	2 052	2	468	1	2 520	2
Occasionnel						
Hôpital	4 352	5	1 168	4	5 520	4
Soins de longue durée	552	1	804	3	1 356	1
Collectivité	2 134	2	506	2	2 640	2
Autre et non spécifié	808	1	180	1	988	1
Total	93 916	100	30 442	100	124 358	100

1. À l'exclusion du personnel infirmier praticien.

2. Dernière année où des données étaient disponibles.

pas de données disponibles pour 2013 (qui représenteraient les chiffres de 2012), mais il semblait probable que l'objectif de recruter 9 000 nouveaux membres du personnel infirmier serait atteint avant la fin de 2012.

- La province était légèrement en-dessous de son objectif de faire en sorte que 70 % du personnel infirmier travaille à temps plein. À la fin de l'année 2011 (2012 selon l'OIIO), 66,7 % du personnel infirmier travaillait à temps plein. Entre la fin de 2007 (déclarée comme 2008) et la fin de 2011 (déclarée comme 2012), il y a eu une augmentation de près de 9 400 membres du personnel infirmier à temps plein, ce qui représente une hausse de 12 %.

Nous avons examiné cinq programmes du Secrétariat des soins infirmiers qui auraient créé 1 316 postes en soins infirmiers. Deux des

programmes que nous avons examinés étaient en place depuis 2008-2009 et les trois autres avaient été mis en oeuvre en 2011-2012. Le Ministère a indiqué qu'en mars 2013, 1 125 des 1 316 nouveaux postes (85,4 %) avaient été dotés. Nous avons également remarqué que les 1 316 postes créés en soins infirmiers n'étaient pas tous à temps plein et incluaient des emplois occasionnels et à temps partiel. Le Secrétariat des soins infirmiers n'avait pas de renseignements détaillés permettant de déterminer le type d'emploi associé à certains des postes financés par l'entremise de la Division. Il n'y avait pas de données précises disponibles sur le nombre de postes à temps plein, à temps partiel ou occasionnels que les organismes financés avaient créés dans le cadre de l'engagement à recruter 9 000 infirmières et infirmiers.

Évaluation inadéquate de l'efficacité du programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers

L'objectif du programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers annoncé en février 2007 était d'aider les nouveaux diplômés en sciences infirmières (IA et IAA) de l'Ontario à trouver un emploi à temps plein dès l'obtention de leur grade. Le programme avait aussi pour objectifs de faciliter le recrutement dans tous les secteurs infirmiers, de transformer les pratiques des employeurs de manière à créer plus de postes à temps plein et d'accroître le total des effectifs infirmiers en offrant des emplois à temps plein aux infirmières et infirmiers qui, autrement, auraient cherché du travail dans d'autres administrations ou d'autres professions.

Le programme finance des postes temporaires à temps plein hors des compléments d'effectif pour une période de 26 semaines dans l'espoir que ces postes de transition déboucheront sur un emploi permanent à temps plein. L'employeur doit s'engager à financer une période supplémentaire de six semaines d'emploi à temps plein s'il n'offre pas au nouveau diplômé en soins infirmiers un poste permanent à temps plein durant la période de 26 semaines. Le programme s'adresse aux employeurs dans tous les secteurs des soins de santé (hôpitaux, établissements de soins de longue durée et organismes de soins communautaires). Tous les nouveaux diplômés en sciences infirmières qui ont fait leurs études en Ontario sont admissibles au programme à condition de s'inscrire au site Web de la Garantie d'emploi administré par l'Agence et d'accepter une offre d'emploi dans les six mois suivant la fin de leurs études. En 2011, il y avait environ 1 200 employeurs potentiels. Au cours de l'exercice 2011-2012, le Ministère a versé quelque 66 millions de dollars à environ 210 organismes de soins de santé participants (ce qui établit à 18 % le taux de participation des employeurs), qui ont employé 2 235 nouveaux diplômés dans le cadre du programme.

Selon les *Lignes directrices de participation à la Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers* publiées par le Ministère en janvier 2011, les fonds

sont fournis dans l'espoir que les postes de transition offerts par les organismes mèneront à des emplois permanents à temps plein. Dans les ententes sur les paiements de transfert qu'ils signent avec le Ministère, les organismes participants s'engagent à déployer « tous les efforts possibles » pour proposer un emploi permanent à temps plein aux nouveaux diplômés après une période de travail d'au moins 12 semaines, mais le Ministère ne compare pas les données du programme aux objectifs établis afin de déterminer dans quelle mesure les organismes honorent leur engagement. Nous avons effectué notre propre analyse des données du programme pour 2010-2011 et 2011-2012 et sommes arrivés aux constatations suivantes : le pourcentage des diplômés participants à qui les employeurs avaient offert un emploi permanent à temps plein après la période de six mois était de seulement environ 25 % en 2010-2011 et 33 % en 2011-2012; en ce qui concerne les diplômés qui avaient reçu une offre d'emploi à temps partiel, leur pourcentage était de 33 % en 2010-2011 et 2011-2012.

Nous avons également remarqué que le Ministère n'avait pas examiné les tendances en matière d'emploi dans les organismes de soins de santé participants afin de déterminer si les employeurs faisaient tous les efforts possibles pour proposer un emploi permanent à temps plein aux diplômés participants. Nous avons examiné un échantillon d'organismes de soins de santé qui avaient reçu des fonds du programme entre 2007-2008 et 2011-2012 afin de repérer les tendances en matière d'emploi et observé ce qui suit :

- En 2011-2012, un organisme a déclaré que 15 % de ses diplômés avaient fait la transition à un emploi à temps plein et 65 %, à un emploi à temps partiel, comparativement à 24 % et 59 % en 2007-2008.
- En 2007-2008, un autre organisme a signalé que 85 % de ses diplômés occupaient un emploi à temps plein et 2 %, un emploi à temps partiel. En 2011-2012, les chiffres correspondants étaient de 19 % et 47 % respectivement.

- En 2011-2012, un organisme a indiqué que 40 % de ses diplômés en sciences infirmières avaient volontairement abandonné le programme avant la fin. Au total, 60 % d'entre eux étaient partis parce qu'ils avaient trouvé un emploi ailleurs, mais aucune explication n'a été donnée pour expliquer le reste des abandons.

Le Ministère a alloué des fonds allant d'environ 86 millions de dollars à près de 100 millions de dollars par an au programme depuis son lancement en 2007-2008. Nous avons remarqué que, pour chacun des cinq derniers exercices (de 2007-2008 à 2011-2012), les dépenses du programme étaient inférieures au budget alloué. Comme le montre la Figure 9, sauf pour 2009-2010, les montants non dépensés variaient considérablement, allant de 17,2 millions de dollars (20 %) à 33,6 millions de dollars (37 %) du total alloué pour l'exercice; ils totalisaient 105,7 millions de dollars sur la période de cinq ans. La Figure 9 montre le lien entre la baisse des dépenses du programme et le fait que le taux de participation des diplômés admissibles a diminué d'un tiers. Le taux de participation, qui s'élevait à 62 % en 2007-2008, est retombé à 35 % en 2011-2012. Lorsque nous avons demandé au Ministère d'expliquer cette baisse, il a indiqué que les diplômés en sciences infirmières n'obtiennent pas tous un emploi dans le cadre de ce programme. Certains sont nommés à des postes dans l'organisme où ils

ont fait leur stage clinique, mais sans passer par le programme, tandis que d'autres peuvent décider de poursuivre leurs études ou de prendre un congé. Quoi qu'il en soit, la baisse importante du taux de participation des diplômés soulève des questions à prendre en compte dans l'évaluation de l'efficacité du programme.

Chaque année depuis 2007-2008, une partie externe évalue le programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers en se fondant sur les données du Ministère complétées par les résultats d'un sondage auprès des participants et des employeurs. L'évaluation de 2011-2012 a abouti à neuf recommandations, dont les suivantes : continuer de promouvoir la participation des établissements de soins de longue durée et des employeurs communautaires au programme; soutenir la participation des organismes de petite taille, ruraux et du Nord au programme; et examiner les différences intersectorielles dans la situation d'emploi, le maintien en poste et la transition à la profession infirmière. Le Ministère a indiqué qu'il s'employait à donner suite aux recommandations.

L'évaluateur n'a toutefois pas examiné l'efficacité globale du programme. Par exemple, il n'a pas fait état du pourcentage total de diplômés en sciences infirmières qui ont obtenu un emploi permanent à temps plein dans le cadre du programme.

Le Ministère a établi des objectifs de rendement quant au nombre de postes temporaires à temps

Figure 9 : Programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers – financement et participation

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Exercice	Montant alloué (en millions de dollars)	Dépenses réelles (en millions de dollars)	Partie inutilisée (en millions de dollars)	Nombre de nouveaux diplômés en sciences infirmières	Nombre de nouveaux diplômés en sciences infirmières qui participent au programme	Pourcentage (%) de nouveaux diplômés en sciences infirmières qui participent au programme
2007-2008	88,9	71,7	17,2	4 300	2 660	62
2008-2009	94,2	72,3	21,9	4 902	2 825	58
2009-2010	85,8	85,5	0,3	5 139	2 598	51
2010-2011	87,5	54,8	32,7	5 555	1 804	32
2011-2012	99,6	66,0	33,6	6 386	2 237	35
Total	456,0	350,3	105,7			

plein devant mener à un emploi permanent (c.-à-d. le nombre de participants), mais il n'a pas encore établi d'objectif de rendement fondé sur les résultats (c.-à-d. le nombre de participants qui se voient offrir un poste permanent à temps plein) pour le programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers. En 2007-2008, première année du programme, l'objectif était de 3 000 postes temporaires; en 2011-2012, ce nombre a été ramené à 2 500. Le Ministère a atteint ses objectifs pour seulement un des cinq exercices, soit 2008-2009.

Évaluation inadéquate des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien

La raison d'être des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien est d'offrir à la population ontarienne un accès accru aux soins primaires. Les patients de ces cliniques ont une infirmière praticienne ou un infirmier praticien (IP) comme principal fournisseur de soins de santé et consultent un médecin seulement en cas de besoin. La première clinique de ce genre a ouvert ses portes à Sudbury en 2007 et servi de site pilote pour l'initiative. En novembre 2007, le Ministère a annoncé qu'il établirait 25 autres cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien dans la province. En 2011-2012, les 26 cliniques ont reçu 29 millions de dollars du Ministère aux fins de développement et de mise en oeuvre.

Chaque clinique peut compter jusqu'à quatre IP qui collaborent avec une équipe interprofessionnelle (pouvant inclure des IA, des diététistes et des travailleurs sociaux) afin d'offrir un accès accru aux soins primaires. Pour ce faire, la clinique peut, par exemple, mettre l'accent sur :

- les soins de santé familiaux pour les gens sans fournisseur de soins primaires;
- la détection et la gestion des maladies chroniques, comme les programmes de lutte contre l'obésité, la désaccoutumance au tabac et la détection du cancer;
- un accès plus rapide aux soins grâce à des visites à domicile, à des rendez-vous la

journée même ou le lendemain et à des heures prolongées.

Nous avons examiné les données d'un échantillon de cliniques afin de déterminer si la majorité des patients n'avaient effectivement pas de fournisseurs de soins primaires auparavant. Nous avons découvert que seulement deux des cinq cliniques contactées avaient pris des mesures pour documenter si leurs patients avaient des médecins de famille. Deux autres cliniques nous ont informés qu'on avait demandé aux patients s'ils avaient un médecin de famille. L'autre clinique a commencé à recueillir cette information seulement en avril 2013, lorsque son personnel a commencé à demander aux patients de remplir un formulaire d'admission qui incluait une question sur le médecin de famille.

Au moment de notre audit, l'objectif global du Ministère était d'atteindre un total de 40 000 patients inscrits (qui ne jouissent pas d'un accès régulier à un fournisseur de soins de santé familiaux) auprès des 25 cliniques. En janvier 2013, les 24 cliniques dirigées par des IP qui étaient en service (une autre clinique est censée ouvrir ses portes vers la fin de l'exercice 2013-2014) déclaraient avoir environ 33 000 patients inscrits, soit 82 % de l'objectif. Comme les cliniques sont un nouveau modèle de prestation des soins de santé primaires et que beaucoup d'entre elles sont ouvertes depuis moins de deux ans, elles ne fonctionnent pas toutes à pleine capacité, car il faut du temps pour établir une clientèle de patients.

Les budgets des cliniques indiquant les coûts opérationnels et ponctuels sont approuvés chaque année par le Ministère. Les cliniques doivent soumettre à l'examen du Ministère des données et des statistiques trimestrielles et annuelles sur les finances et le rendement ainsi qu'un état audité des produits et des charges pour l'exercice. Notre examen de la documentation ministérielle provenant d'un échantillon de cliniques indiquait que le Ministère faisait généralement un suivi auprès des cliniques pendant leur développement. Le personnel du Ministère nous a informés qu'il passait en revue les coûts de fonctionnement de chaque clinique, qu'il

comparait les dépenses de fonctionnement réelles aux dépenses prévues dans le budget de la clinique, qu'il approuvait les niveaux de financement et qu'il discutait des écarts avec le personnel compétent de la clinique.

La mesure de rendement du Ministère pour ce programme est l'établissement de 25 cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien, ce qui a été réalisé. Cependant, cette mesure n'indique pas si les cliniques atteignent effectivement les objectifs du programme. Au moment de notre audit, le Ministère avait évalué l'efficacité d'une seule clinique (Sudbury) dans l'atteinte de ces objectifs.

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;
- 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;
- 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.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère apprécie la recommandation et les commentaires concernant le programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers (GEDSI) et les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien.

Le Ministère reconnaît l'importance de surveiller et d'évaluer le programme GEDSI et il travaille depuis le début de 2012 à en améliorer la gestion en ligne. Un nouvel outil a été lancé en avril 2013 qui permet au Ministère de recueillir et d'analyser des données auparavant non disponibles, notamment en surveillant certains aspects des taux de participation au programme GEDSI des diplômés en sciences infirmières et des employeurs, ainsi que les résultats en matière d'emploi.

L'évaluation annuelle du programme se poursuivra et sera améliorée par l'ajout d'un examen des fluctuations des taux de participation.

Le Ministère mettra également en oeuvre une stratégie de communication ciblée afin de favoriser une plus grande adhésion des participants au programme GEDSI dans tous les secteurs des soins de santé, particulièrement en milieu communautaire (p. ex. dans les secteurs des soins à domicile, des soins de longue durée, des soins primaires et de la santé publique).

La recommandation concernant les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien vient à point nommé, car les cliniques sont en cours de transition à la pleine capacité opérationnelle. Le Ministère examinera comment il peut intensifier la surveillance de ces cliniques et assurer la responsabilisation pour les résultats, y compris l'atteinte du nombre ciblé de patients et des objectifs du programme. Le Ministère continuera de prendre des mesures appropriées en temps opportun en cas de non-conformité aux ententes.

Recouvrement tardif des fonds non dépensés

Les organismes qui reçoivent des paiements de transfert du Ministère doivent soumettre des états financiers annuels. Après la fin de l'exercice, le Ministère examine les états financiers de fin d'exercice afin de déterminer si des fonds excédentaires lui sont dus. Toute somme payable au Ministère est récupérée auprès des bénéficiaires des paiements de transfert.

En ce qui concerne les initiatives en soins infirmiers que nous avons examinées dans notre audit, nous avons constaté que certaines ententes de paiement de transfert ne fixaient pas de délais pour la présentation ou l'achèvement du rapprochement financier. Pour certains organismes qui avaient reçu des fonds dans le cadre de l'engagement à recruter 9 000 infirmières et infirmiers, les données fournies étaient regroupées dans des programmes plus vastes au lieu d'être ventilées par initiative. Par exemple :

- Nous avons examiné un échantillon des organismes qui ont reçu des fonds dans le cadre de l'engagement à recruter 9 000 infirmières et infirmiers et trouvé 36 programmes pour lesquels beaucoup des rapprochements de fin d'exercice n'avaient pas été faits en temps opportun.
- À la fin de notre audit, le Ministère avait effectué les rapprochements pour le programme GEDSI seulement jusqu'à l'exercice 2009-2010. En attendant le rapprochement des autres exercices, le total des fonds à recouvrer repérés jusqu'ici s'élevait à au moins 7,3 millions de dollars. Le Ministère était encore en train de récupérer ces fonds.
- Nous avons examiné un échantillon de cinq cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et évalué à environ 1,3 million de dollars le total des fonds de fonctionnement dus au Ministère pour l'exercice 2011-2012. Ce montant représentait environ 30 % du total des fonds versés à ces cliniques. De plus, les états audités de deux des cliniques montraient

qu'environ 360 000 \$ était dû au Ministère pour l'exercice 2010-2011. Peu après la fin de nos travaux d'audit sur le terrain, le Ministère a indiqué qu'il avait repéré des fonds à recouvrer d'environ 3,4 millions de dollars pour les exercices 2009-2010 et 2010-2011 et qu'il était en train de recouvrer ces fonds auprès des cliniques. Le Ministère nous a aussi informés qu'il travaillait aux rapprochements restants pour 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012.

En octobre 2012, le service d'audit interne du ministère des Finances a présenté un rapport sur la surveillance des bénéficiaires de paiements de transfert qui contenait des observations semblables aux nôtres. Il recommandait d'établir des mesures de rendement et lignes directrices fondées sur les résultats aux fins de l'examen et l'analyse des rapports financiers afin d'améliorer l'uniformité et l'efficacité. Le Ministère nous a informés que le principal objectif de la stratégie jusqu'ici était d'établir une capacité dans la province en augmentant le nombre de fournisseurs, ce qui présente des liens avec une mesure fondée sur les résultats. Il prévoit d'établir des mesures de rendement et lignes directrices fondées sur les résultats au besoin.

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.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère s'est engagé à améliorer les systèmes de gestion financière afin de faire une utilisation optimale des ressources financières. En 2013-2014, il s'emploie à mettre en oeuvre des processus qui mettront l'accent sur l'examen et l'analyse en cours d'exercice des rapports financiers soumis par les bénéficiaires du financement afin d'aider à recouvrer les fonds en temps opportun ou à ajuster les paiements.

Pour ce qui est de la stratégie Professions-SantéOntario, le Ministère a fait d'importants progrès au cours des deux derniers exercices grâce à ses efforts acharnés de rapprochement. Son objectif est d'actualiser tous les rapprochements d'ici le 31 mars 2014.

MODÈLES DE PRÉVISION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Les modèles prévisionnels sont considérés comme un élément important et fondé sur des preuves de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé. Des renseignements fiables et une bonne planification des ressources humaines dans le domaine de la santé sont essentiels si le Ministère et les intervenants du système de santé doivent travailler ensemble à déterminer le nombre et la combinaison de professionnels de la santé qui permettront de répondre aux besoins en soins de santé de la population ontarienne.

Besoin de meilleures données prévisionnelles sur les besoins en personnel médical

Certaines administrations canadiennes s'adonnent à la prévision et à la modélisation des besoins en personnel médical. Par exemple, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse ont mis au point des modèles prévisionnels semblables à celui de l'Ontario pour prévoir leurs besoins en personnel médical. Ce genre de planification consiste généralement à estimer les services de soins de santé requis pour répondre aux besoins de la population puis à se fonder sur les résultats pour déterminer le nombre et le type de médecins nécessaires pour offrir ces services.

Dans le passé, la planification des ressources humaines médicales en Ontario se fondait sur l'offre ou sur l'utilisation. Cependant, cette méthode ne donne pas une image complète parce qu'elle ne

tient pas compte des besoins en soins de santé de la population. En 2009, le Ministère, en partenariat avec l'Ontario Medical Association, a lancé un appel d'offres pour l'élaboration, par une partie externe, d'un nouveau modèle fondé sur les besoins. Le nouveau modèle examine les besoins en soins de santé de la population et les traduit en besoins en services médicaux, puis compare ces besoins aux services actuellement disponibles. Les écarts de service sont quantifiés et convertis en nombre de médecins requis pour répondre aux besoins.

Le modèle de prévision de l'Ontario est un pas positif vers la détermination des besoins en personnel médical. L'utilité du modèle est toutefois réduite par la fiabilité et la disponibilité limitées des données. Nous avons observé que le modèle de l'Ontario ne tient pas compte de certaines variables importantes en raison d'un manque de données quantifiables sur la productivité des médecins. Il s'agit là d'une composante majeure, et même les petites améliorations de la productivité peuvent avoir un impact marqué sur le nombre de médecins requis dans le système.

Le consultant qui a développé le modèle définissait la productivité comme étant le nombre de patients qui visitent le cabinet du médecin au cours d'une période donnée, compte tenu de plusieurs facteurs influençant la productivité des médecins, y compris :

- la technologie de l'information et des communications (dossiers de santé électroniques, télémédecine);
- l'évolution du système de santé (modèles de soins de santé primaires nouveaux ou différents, comme les équipes Santé familiale);
- les cliniciens autres que les médecins (autres fournisseurs de soins de santé travaillant avec des médecins, comme les IP);
- les modèles de financement et de rémunération.

Même pour ces quatre facteurs, des données quantifiables précises étaient disponibles et intégrées au modèle pour une seule catégorie de cliniciens autres que les médecins, à savoir les IP.

De plus, même si la prévision des ressources humaines médicales reflète des facteurs tels que le profil démographique des effectifs et l'évolution des besoins en soins de santé de la population, elle est aussi fortement influencée par les grandes tendances de l'économie, de la société et du système de santé ainsi que par les progrès technologiques dans le domaine de la santé. Beaucoup de ces autres facteurs – 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 par les médecins et les possibilités d'emploi à l'échelle de la province – peuvent se répercuter sur l'accès aux soins de santé et la prestation de ces services, mais ils ne sont pas faciles à intégrer au modèle prévisionnel. Le modèle de simulation fondé sur les besoins permet de produire des simulations à partir de scénarios hypothétiques qui peuvent aider à évaluer l'impact de certains de ces facteurs, mais il ne peut pas tous les intégrer.

C'est pourquoi le modèle prévisionnel des besoins en personnel médical de l'Ontario n'est qu'une des nombreuses sources de données probantes disponibles à l'appui de la formulation des politiques. Vu les lacunes du modèle, il est difficile de l'utiliser dans la planification du nombre, de la composition et de la répartition optimales des médecins et la détermination des mesures à prendre pour assurer leur financement, leur formation et leur déploiement dans toute la province.

Absence de prévision de la demande en soins infirmiers

En 2008, le Ministère a engagé un consultant externe pour qu'il mette au point un modèle de prévision des besoins en services de soins infirmiers qui permettraient de prévoir l'écart entre la demande et les effectifs réels d'IA, d'IAA et d'IP en Ontario chaque année sur une période de 10 ans. Des modèles de simulation séparés visant à tester différents scénarios de politique concernant les

ressources humaines dans le domaine de la santé ont aussi été développés pour les IA et les IAA.

Au début, le modèle – dont l'élaboration a coûté environ 435 000 \$ – n'a pas été utilisé pour éclairer les politiques en matière de soins infirmiers en raison des doutes entourant l'exactitude de ses prédictions.

En 2012, dans le cadre de son travail continu de production de données probantes, le Ministère a découvert que le modèle avait sous-estimé les données sur les inscriptions en première année du programme de formation des IA en 2007 et supposé, à tort, que tous les IA fournissaient le même taux de soins directs aux patients quelles que soient leurs années d'expérience. Dans la pratique, les jeunes IA qui entrent dans la profession pourraient ne pas fournir le même taux de soins directs aux patients que les IA qui approchent de la retraite. Le modèle avait aussi appliqué un pourcentage estimatif du nombre total d'IA prodiguant des soins directs aux patients qui se fondait sur des données périmées. Le Ministère a corrigé les données sur les inscriptions en première année, mis à jour les données sur les soins directs aux patients et réalisé deux simulations. Cependant, les hypothèses concernant les taux d'attrition et de retraite et la charge de travail n'ont pas été mises à jour et aucun autre examen des données n'a été effectué.

Le modèle présente d'autres lacunes. Par exemple, il prévoit l'écart entre l'offre et la demande au niveau provincial, mais pas au niveau régional. Au moment de l'élaboration du modèle, il n'y avait pas de données disponibles sur les tendances en prestation des services pour les IP et le consultant a donc été incapable de procéder à une analyse du modèle de simulation qui aurait estimé avec exactitude les exigences pour cette catégorie de personnel infirmier.

Au cours de notre audit, le Ministère travaillait avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités à mettre au point un modèle de simulation fondé sur l'offre en services de soins infirmiers pour les IA et les IAA, les résultats devant être disponibles vers la fin de 2013.

Le Ministère nous a avisés que le modèle de simulation fondé sur l'offre était censé aider le gouvernement à bien planifier les futurs postes en enseignement des sciences infirmières et à formuler des politiques sur le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier. Le modèle initial doit prévoir l'offre future en personnel infirmier (IA et IAA) au niveau régional et permettre aux planificateurs de tester l'impact potentiel sur l'offre des modifications apportées aux politiques, comme la modification du nombre d'inscriptions et du pourcentage du personnel infirmier qui travaille à temps plein, l'introduction d'incitatifs pour le travail dans les régions rurales et éloignées, la répartition changeante du personnel infirmier par secteur d'emploi, les taux de recrutement et de maintien en poste et d'autres facteurs d'attrition. Cependant, un modèle fondé sur l'offre ne permet pas de déterminer si l'offre est appropriée parce qu'il ne tient pas compte des besoins en personnel infirmier de la population. De plus, le nouveau modèle fondé sur l'offre n'inclura pas les IP parce que certaines données historiques qui leur sont propres ne sont pas disponibles auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Le Ministère nous a informés que la priorité initiale était de prévoir l'offre future en personnel infirmier, ce qui est un travail important à faire afin d'appuyer la modélisation fondée sur les besoins dans l'avenir.

Pour obtenir de meilleurs renseignements pouvant éclairer les futures politiques, le Ministère a conclu une entente avec un grand hôpital vers la fin de 2012 afin de créer un instantané 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 au cours des trois prochains mois. Chacun des organismes de soins de santé sondés doit rendre compte de ses effectifs actuels et des postes vacants, donner des détails sur les congés et prévoir les changements de personnel à court terme. On fera également une analyse approfondie de la dotation en personnel

globale dans chaque secteur. Ces données serviront à déterminer les organismes et les régions de l'Ontario qui ont du mal à recruter du personnel infirmier et à le maintenir en poste.

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;
- 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.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient avec la vérificatrice générale que son modèle prévisionnel des besoins en personnel médical est un pas positif vers la détermination des effectifs médicaux requis et que les modèles prévisionnels ne sont qu'un des nombreux types d'outils requis à l'appui de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.

Aussi, le Ministère travaille activement avec le secteur des soins de santé à améliorer les données probantes devant éclairer la prise des décisions. Au cours de l'été 2013, le Ministère s'est entretenu avec les intervenants sur le terrain au sujet de l'environnement actuel des ressources humaines dans le domaine de la santé, y compris les mesures à prendre pour continuer d'évoluer et de produire des preuves. Ce travail produira d'importants

renseignements pouvant éclairer les futurs travaux de ProfessionsSantéOntario.

La stratégie ProfessionsSantéOntario continuera de fournir des solutions novatrices concernant les ressources humaines dans le domaine de la santé afin de répondre aux

besoins des patients. Les données probantes à l'appui de la prise des décisions resteront un aspect clé de la stratégie, et le Ministère s'efforcera de bonifier et d'enrichir les outils, y compris les modèles prévisionnels, afin d'améliorer la planification.