



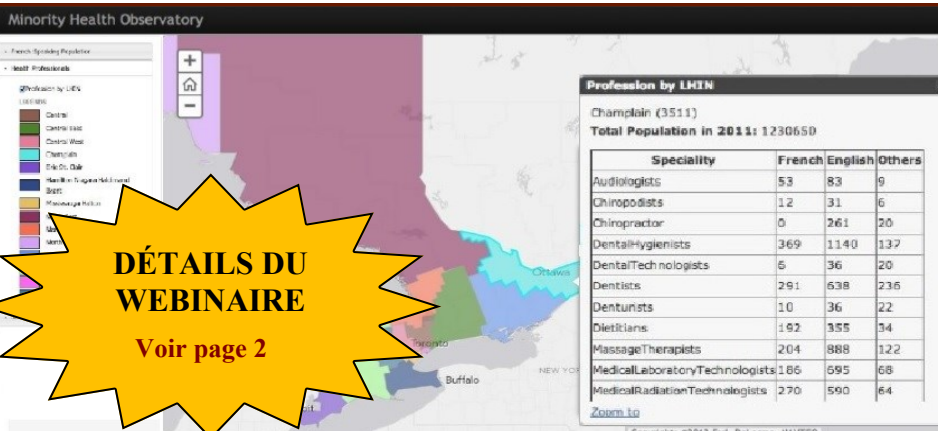
Série de causeries près du feu du RCRHS: Le Géoportail de la santé des minorités



DANS CE NUMÉRO

Série de causeries près du feu du RCRHS	2-3
Comité consultatif internationale sur les RHS	4
Mise à jour nationale sur les RHS	5
Article sur les RHS	6-7
Planification des RHS: Exploitation des faits pour satisfaire les besoins de soins de santé de la population	8-9
Rurales, isolées, autochtones: Les plus vulnérables au Canada: Améliorer les soins de santé pour les personnes âgées des Premières nations, inuites et métis.	10
Mobilité, migration: Rapport du forum global de l'OMS.	11
Qualité de vie au travail: Troubling Care: Critical Perspectives on Research and Practices	12
Mise en valeur de la recherche sur les RHS	13-14
Possibilités de financement sur les RHS à venir	15
Événements sur les RHS à venir	16
Outils et ressources en RHS	17

L'information sanitaire de qualité est essentielle à la décision politique et à la planification en santé. Toutefois, cette information est absente ou incomplète pour certaines populations. Le Géoportail de la santé des minorités vise à combler ces lacunes et à améliorer la connaissance sur la santé et l'accès aux services de santé de la population francophone en situation minoritaire de l'Ontario. Il a été mis en place grâce à un financement du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) en 2013-2014.



**DÉTAILS DU
WEBINAIRE**

Voir page 2

Le Géoportail a permis le développement:

- d'une base de données géographique centralisée comprenant : 1) des données socio-économiques sur les populations associées aux différentes variables linguistiques, 2) des données sur les professionnels de la santé incluant leur capacité à offrir des services en langue officielle minoritaire, 3) des enquêtes nationales de santé, et 4) des points de services de santé;
- un système d'information géographique (SIG) permettant l'analyse spatiale des données ainsi qu'une application cartographique accessible sur l'internet. Le SIG permet de créer, organiser et présenter des données spatialement référencées, autrement dit géoréférencées, ainsi que de produire des plans et des cartes.

Grâce à cette infrastructure d'information, le Géoportail contribue à améliorer la connaissance des facteurs sociaux et structurels à l'origine des disparités de santé qui affectent particulièrement les populations minoritaires. Il s'agit d'une base d'information fort utile pour les utilisateurs des connaissances et des données (Entités de planification de services de santé en français, RLISS, Bureaux de la santé publique, organisations communautaires, etc.), ainsi que pour les chercheurs et étudiants de cycles supérieures.

Notre équipe de recherche a récemment déposé une demande de financement pour pouvoir poursuivre l'activité du Géoportail sur la forme d'un Observatoire de santé de la santé des minorités (OSM). L'équipe vise aussi à élargir les activités de l'Observatoire à l'échelle pancanadienne.



Série de causeries près du feu Les innovations en RHS

Le Réseau Canadien sur les ressources humaines en santé et le CHNET-WORKS organise une nouvelle série des causeries près du feu sur les innovations des ressources humaines en santé à travers le pays de Décembre 2013 à Mars 2014 et offre également à toutes les équipes innovatrices des ressources humaines en santé l'opportunité d'exposer leurs innovations et discuter avec différentes parties intéressées. Le RCRHS parraine cette nouvelle série de manière à accroître la sensibilisation, engager des discussions importantes autour des multiples avancées et discuter des questions urgentes avec tous professionnels dans le secteur des ressources humaines en santé.

Webinaires à venir:

- ★ Les réseaux de soins de santé en Alberta– Système de triage pour décisions de soins appropriées/ Intégration des Physiothérapeutes.

Date: 6 Mars 2014

Heure: 13h-14h (EST) *Uniquement en anglais*

- ★ Le ROI dans une équipe– Le développement d'un cadre de rendement sur l'investissement pour les équipes de soins de santé

Date :12 Mars 2014

Heure: 13h-14h (EST) *Uniquement en anglais*

- ★ **Géoportail de la santé des minorités**

Date: 19 Mars 2014

Heure: 12h30-13h30pm (EST) Anglais

14h30-15h30 (EST) Français

- ★ Les ergothérapeutes dans la santé mentale dans la collectivité

Date: 25 Mars 2014

Heure: 1h-2h (EST) *Uniquement en anglais*

Télécharger les présentations et podcats:



*** Disponible uniquement en anglais ***

- ★ Les équipes interprofessionnelles du réseau de soins de santé de Chinook.

- ★ Améliorer la prestation des soins de santé primaires dans le centre-ville par la collaboration interprofessionnelle.

- ★ Murs, fossés et plafonds : Reconcevoir les RHS dans l'ère de l'amélioration de la qualité.

Pour plus d'informations visiter:

www.hhr-rhs.ca

Série de causeries près du feu

Les innovations en RHS

Expériences des conférenciers.



“ Notre équipe a beaucoup apprécié l’opportunité de partager notre innovation avec d’autres à travers le Canada et au-delà. L’organisation et l’animation du webinaire étaient excellentes avec un grand support tout le long du processus. Nous étions satisfaits du niveau d’intérêt des participants à la causerie et avons reçus plusieurs emails exprimant de l’intérêt à cet effet. Sincères remerciements pour cette opportunité!! Nous le recommandons fortement à tous! ”

Deborah Kopansky-Giles,
Fok-Han Leung,
Kelly Horner
Webinaire sur la collaboration interprofessionnelle de St. Michael.

Qu’avez vous le plus aimé durant cette expérience?

“ Le support professionnel et amical de Dot (animateur du CHNET-Works!) et Chantal (Coordinatrice de recherche RCRHS). La revision eavec Dot particulièrement m’a beaucoup aider vu que c’était ma première presentation en ligne. Tout était professionnellemmnt bien fait. ”

Merci et Prend soin
Reneée Misfeldt
Chinook Primary Care Network Webinar

Rétroaction des participants.

“ En raison de contraintes budgétaires et de la distance, la série des causeries près du feu a été une source inestimable de développemnt professionnel pour mon équipe et moi même. ”

Participant anonyme
Webinaire sur la Collaboration Interprofessionnelle St. Michael

“ Le contenu était très pertinent et de bonne usage pour mon temps. Il est très difficile de trouver un temps libre pour participer mais je suis très heureux de l’avoir fait. ”

Participant anonyme
Webinaire Réseau de soins primaires de Chinook



Pour s’inscrire et participer à la prochaine causerie visiter:
www.chnet-works.ca



Comité consultatif internationale sur les RHS.



Dr. Gilles Dussault

*Professeur,
Institut d'Hygiène et Médecine Tropicale
Nouvelle université de Lisbonne, Portugal*

Gilles Dussault est Professeur à l'Institut d'Hygiène et Médecine Tropicale de Lisbonne (Portugal) et coordonnateur du Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la santé pour les politiques et planification du personnel de santé. Avant de rejoindre l'IHMT en août 2006, il a travaillé comme Spécialiste de politiques de santé à l'Institut de la Banque Mondiale (Washington D.C). Il était responsable du programme « Réforme du secteur de la santé et financement durable »

dans les pays francophones, hispaniques et lusophones. Entre 1985 et 2000, il a été professeur et directeur (1990-1991, 1998-2000) du département d'administration de la santé de l'université de Montréal. Entre 1974 et 1985, il a été professeur au département des Relations industrielles à l'université de Laval, au Québec. Ses intérêts de recherche sont la production des services de santé, les politiques du personnel de santé. Depuis 1986, il a été impliqué dans des projets de coopération internationale en Afrique, Europe, Amérique Latine et Asie. Entre 2002 et 2004, il fut membre du Joint Learning Initiative on Human Resources for Health, une initiative majeure dans le domaine des politiques de ressources humaines pour la santé lancée par la fondation Rockefeller qui publia un rapport important sur les ressources humaines en santé : « Overcoming the crisis », 2004 (Presse de l'université d'Harvard, www.globalhealthtrust.org). Il a été membre Global Advisory Group on Nursing and Midwifery de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et a également participé dans plusieurs groupes de travail et consultatif de plusieurs différentes organisations internationales.

Au Canada, il a présidé des comités internationaux d'évaluation d'organisations de recherche dont la Fondation Canadienne de Recherche sur les Services de Santé et l'Institut de Recherche en Santé et Sécurité au travail du Québec. Il est membre de divers comités éditoriaux de revues scientifiques. Il est auteur ou co-auteur de 12 livres et monographies, et de plus de 80 articles dans des revues scientifiques et professionnelles.

Récemment, il a coécrit A Universal truth : No health without workforce, lancé au 3ème Forum International sur les ressources humaines en santé, à Recife (Brésil) par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'alliance mondiale pour les personnels de santé.

RCRHS est très heureux d'avoir Dr. Dussault comme membre du comité consultatif international du RCRHS qui bénéficie énormément de sa connaissance, son expertise et ses conseils.

“Le défi du développement du personnel de santé est loin d'avoir été atteint. Plusieurs pays, comme l'Australie, le Canada, Le Royaume-Uni ou les pays Nordiques sont sur le bon chemin et d'autres par contre n'y sont pas. Les chercheurs doivent poursuivre l'étude et l'analyse de bonnes pratiques et par dessus tout apprendre à communiquer de manière convaincante avec les décideurs.” Gilles Dussault

Mise à jour nationale sur les ressources humaines en santé.



Mise à jour sur le travail du comité de pilotage technique des médecins sur la planification des ressources.

En juin 2012, la conférence des sous ministres de la santé a été conduite par le comité du personnel de santé avec l'association des facultés de médecine du Canada (AFMC) pour examiner les moyens de faire progresser la recommandation une du rapport de Future of Medical Education in Canada Postgraduate Project, « Assurer la bonne combinaison, distribution et nombre des médecins pour répondre aux besoins de société. » La conférence des sous ministres de la santé a institué un groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux au printemps 2013 pour faciliter la collaboration et coordination la planification pancanadienne des ressources humaines des médecins en appui aux sous ministres de la santé/Groupe de travail des doyens en Médecine. Le groupe de travail est coprésidé par l'AFMC et l'Ontario et se focalise sur la promotion :

- Une procédure pour remédier aux déséquilibres des médecins à travers les spécialités identifiées.
- Un outil de planification pancanadien pour mieux comprendre les complexités de l'offre des médecins; et
- Une information précise pour soutenir la prise des décisions par ceux qui envisagent et poursuivent une formation médicale au Canada et à l'étranger.

En ce qui concerne la tâche du groupe de travail, un comité de pilotage technique coprésidé par l'Ontario et le Système informatisé sur les stagiaires Post-MD en formation clinique (CAPER), a été créé pour superviser le développement d'un outil de planification pancanadien de l'effectif médecin. Le TSC est composé d'experts dans la planification des ressources humaines des gouvernements Fédéraux/Provinciaux/Territoriaux et les organismes nationaux concernés. Au cours de la réunion inaugurale, le 8 Novembre 2013, les membres ont discuté des paramètres généraux de l'outil d'approvisionnement pancanadien du personnel de santé et l'inclusion anticipée de la composante en fonction des besoins dans les prochaines phases de travail. Un gestionnaire de projet a été engagé en Janvier 2014. L'équipe de projet travaille actuellement dans l'élaboration d'un appel de propositions pour recruter un entrepreneur indépendant pour établir cet outil d'approvisionnement. Il est prévu que l'entrepreneur soit engagé au cours du printemps 2014 dans le but de : mener des consultations cibles : proposer une méthodologie de développement d'outil : et présenter l'outil et ses résultats au comité de pilotage technique et le groupe de travail en Automne 2014.

Ms. Soma Mondal
 Directeur, Unité des prévisions et modélisation des RHS
 Division des stratégies des ressources humaines en santé
 Ministère de la santé et des soins de longue durée Ontario
 Co-président, Physician Resource Planning Task Force
 Technical Steering Committee

Mr. Steve Slade
 Directeur Canadian Post-M.D. Education Registry (CAPER);
 VP Données and Analyse, l'association des facultés de
 médecine du Canada (AFMC)
 Co-président Physician Resource Planning Task Force
 Technical Steering Committee

**Pourquoi avons-nous
beaucoup de médecins
spécialistes:
Désordre non coordonné de
notre système.**



Par Morris Barer, Globe and Mail 29/08/13

La chose la plus étonnante dans la couverture de l'étude du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, note que près de un sur six spécialistes en médecine fraîchement diplômé a du mal à trouver de l'emploi. Ces résultats peuvent être assez surprenants si vous n'y avez pas prêté attention.

Le dé a été jeté il y a environ 15 années auparavant, lorsque les écoles de médecine du pays ont convaincu les ministères provinciaux de la santé de l'époque que le Canada faisait face à une grave pénurie des médecins qui ne pouvaient être réglé que par une augmentation importante de la capacité au sein des écoles de médecine nationales. Le résultat obtenu à cette suite était le doublement du nombre d'admission au cours de la première année, de 1575 à environ 3000 par année. Une fois ce constat réalisé, les chiffres expliquent tout et il n'y a plus aucun effet de surprise.

Le Canada possède en moyenne à peu près 85 % de nouveaux médecins prêts à exercer chaque année que ceux prenant leur retraite. Ceci ne tenant pas compte des Canadiens qui sont dans les écoles de médecine à l'étranger et qui espèrent revenir exercer ou encore les diplômés des autres pays. Les nombres de ceux qui commencent à exercer ici à aussi augmenter durant les dernières années et il y a une pression considérable de la part des canadiens qui sont allés en formation à l'étranger (actuellement 3500 et encore beaucoup plus dans l'avenir) et des organisations les représentant, ce qui augmentera encore plus les chiffres.

Il ne faut surtout pas penser que "un sur six" indique que le Canada a un surplus des spécialistes pas plus que les allégations de pénurie dans le milieu des années 90 alors que nous avons eu une insuffisance générale des médecins. Nous avons alors et avons aujourd'hui une réticence ou incapacité en tant que pays à développer des plans et politiques visant la formation et le déploiement des médecins de façon raisonnable.

Le rapport de l'auteur est précis en signalant qu'il n'y a pas de solution miracle dans ce cas. Le plan du Collège Royal de convoquer une réunion en début d'année prochaine, pour discuter d'une approche coordonnée à l'échelle nationale de la planification du personnel du système de santé peut s'avérer nécessaire. Il est difficile d'imaginer les recommandations qui pourraient sortir d'une telle rencontre étant plus désastreuses que le désordre actuel.

Actuellement, les décisions politiques ou leur absence ne parviennent pas à satisfaire les besoins de nouveaux stagiaires, ou des patients. Par exemple, il n'y a pas des mécanismes nationaux (peu provinciaux) en place pour canaliser les nouveaux diplômés dans les spécialités dans lesquelles ils sont susceptibles d'être plus nécessaires plutôt que celles préférées par les étudiants et les hôpitaux d'enseignement.

En dépit du fait que nous vivons dans une ère de blogs et tweets dans lesquelles la nouvelle génération semble être constamment « connectée », il n'y a aucune structure électronique, « lieu de rencontre » pour les chercheurs et demandeurs d'emploi. Les nouveaux gradués en quelque sorte ne parviennent pas comprendre où se trouvent les emplois. (Et il y a en effet plusieurs communautés à la recherche des spécialistes).

Dans certains cas, les nouveaux spécialistes sont simplement des victimes des retombées de cette expansion prématurées des écoles de médecine. Lorsque ces ministères de la santé ont accepté de financer un doublement de places dans les écoles médicales, que pensaient –ils voir arriver quand ces étudiants gradueraient? Y avait-il un plan pour assurer que les ressources supplémentaires requises pour leurs pratiques seraient également financés et mis en place?

En un mot, « Non ». Par exemple la capacité de la salle d'opération ou capacité de travail c'est-à-dire un ensemble disponible d'exploitation ainsi que les fonds, approvisionnements et le personnel complémentaire pour les faire fonctionner n'a pas tenu le rythme. Pour aggraver les choses, la capacité n'est pas utilisée de façon efficace, et quelques-uns de ceux qui contrôlent cette capacité ne sont pas désireux de partager avec leurs jeunes frères.

Les conséquences à venir- Beaucoup plus de nouveaux médecins à la recherche des opportunités de pratique chaque année que les anciens médecins qui prennent leur retraite- sont aussi prévisibles que ce que nous voyons dans les conclusions du Collège Royal aujourd'hui.

Les ministères de la santé doivent s'engager dans deux conversations distinctes mais connexes- Une, concernant les politiques visant à tirer avantage de tous ces nouveaux médecins hautement qualifiés et motivés disponibles aux Canadiens et la seconde sur la façon d'éviter la répétition des erreurs du passé. Les souvenirs semblent être de courte durée tandis que les erreurs ne le sont pas.

Morris Barer est un conseiller avec EvidenceNetwork.ca, Professeur au Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR), Scholl OF Population and Public Health, UBC le chef de file du centre régional de l'Ouest du Réseau Canadien sur les ressources humaines en santé. (RCRHS)



**Pour en savoir plus sur les activités
du groupe de travail pour la planification des effectifs médicaux.**

Page-5



Planification des RHS:

Exploitation des faits pour satisfaire les besoins de soins de santé de la population: Succès et Défis

HealthcarePapers, 13(2) July 2013: 9-21

Dr. Gail Tomblin Murphy, & Mr. Adrian MacKenzie

RÉSUMÉ

Dans le but répondre efficacement aux besoins sanitaires des Canadiens, les planificateurs de services de santé doivent en tenir compte lors de la planification et la prestation des services. Cependant, les différents systèmes de santé ont traditionnellement été organisés en fonction des niveaux historiques de prestation des services plutôt que sur base des besoins de santé de la population. Un certain nombre d'innovations dans la prestation des services au Canada ont déjà été développé dans les cadres des efforts visant à promouvoir un système de santé beaucoup plus efficace et durable. Ce document présente deux de ces études de cas illustrant quelques principales difficultés rencontrées en essayant d'identifier et de traiter les besoins de santé ainsi que les solutions possibles à ces défis.

La planification des soins de santé au Canada- dont celle des ressources humaines en santé ont été organisé sur base des niveaux historiques de prestation de services plutôt que sur bases des besoins de santé de la population (Birch et al. 2007; Bloor and Maynard 2003; Duckett et al. 2012; Eyles and Birch 1993; Kephart and Asada 2009; Newbold et al. 1998; Tomblin Murphy et al. 2012c). Récemment, il y a eu une sensibilisation croissante pour rendre efficace et équitable, la planification des soins de santé – y compris celle des RHS – doit être systématiquement basé sur les besoins de santé actuels. (Birch et al. 2007; Bloor and Maynard 2003; Duckett et al. 2012; Eyles and Birch 1993; Kephart and Asada 2009; Newbold et al. 1998; Tomblin Murphy et al. 2012c). En effet, un bon nombre des gouvernements canadiens (Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines 2004,2007 ; Alberta Health and Wellness 2008; British Columbia Ministry of Health 2012; ProfessionsSantéOntario 2008; Manitoba Health 2006; Nova Scotia Department of Health 2005; Nunavut Health and Social Services 2005; Saskatchewan Ministry of Health 2011) et d'autres acteurs de la santé (Institut Canadien d'information sur la santé; Santé Canada; Statistiques Canada 1999; Association des Infirmières et Infirmiers du Canada/Association Médicale Canadienne; Health Action Lobby 2006; Pan American Health Organization 2005) ont approuvé les approches fondées sur les besoins de la planification des ressources humaines. Malgré ce soutien, beaucoup de prise de décisions au Canada concernant les allocations générales des ressources de soins de santé (Smith et al.2013) et spécialement les ressources humaines en santé (Nova Scotia Health Research Foundation 2012) ont fait sur bases des facteurs historiques et politiques plutôt que sur base des besoins de santé.

INVITED ESSAY
HealthcarePapers

Continuer à planifier de cette façon perpétuera les inégalités et insuffisances existantes dans la façon dont les soins de santé sont planifiés et offerts (Birch et al. 2007; Evans 2009; Lewis 1998). Améliorer l'équité et l'efficacité dans la planification et prestation des soins de santé deviendra un impératif pendant que la croissance des dépenses en soins de santé demeure supérieure à la croissance économique. (Institut Canadien d'information sur la santé 2012).

Conformément à cet impératif, les gouvernements à travers le Canada ont investi dans une vaste gamme de programme dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leurs systèmes de santé respectifs. Au court des récentes rencontres du Comité consultatif Fédéral/Provincial/Territorial sur les prestations des soins de santé et les ressources humaines, les membres ont discuté de l'importance de la planification en fonction des besoins pour le système de santé et l'effectif actif. Ils ont partagé un bon nombre de programmes innovateurs en prestations des soins de santé visant à mieux répondre aux besoins de santé dans leurs juridictions respectives. Dans cet article, nous présentons les cas de deux de ces programmes, mis en place de chaque côté du pays dont l'efficacité a été ou est actuellement évalué. Nous allons ainsi identifier certaines difficultés qui peuvent être rencontrées dans la mise en œuvre de ces approches ainsi que les stratégies potentielles pour les surmonter. Le premier programme-the Model of Care Initiative in Nova Scotia, or MOCINS- a été mis en place au niveau provincial. Le second-Care Delivery Model Redesign, or CSMR- a été conçu et mis en place par Vancouver Island Health Authority(VIHA).

EXPERTS PRINCIPAUX:

“Continuer à planifier sur base des facteurs historiques et politiques plutôt que les besoins de soins de santé résultera en des inégalités et des insuffisances dans la manière dont les soins de santé sont planifiés et livrés ”

“Il y a de soupçon que toutes les directives de changement venant des chefs des organisations sont principalement motivées par les contraintes budgétaires- ce qui est « une excuse pour réduire le budget .”

“l'essentiel du succès est la régularité, la consistance et la communication efficace sur toutes les initiatives”

“Il semble beaucoup plus prudent d'investir peut être 5% du coût du programme pour découvrir exactement qu'est ce qui avait été acheté avec les 95% restant. .”

Visiter la page thématique de planification du RCRHS, Rapport Complet:

www.hhr-rhs.ca



Rurales, isolées, autochtones

Les plus vulnérables au Canada: Améliorer les soins de santé pour les personnes âgées des Premières Nations, inuites et métis.

Conseil canadien de la santé, Novembre 2013

Pour recueillir des données en vue de ce rapport, le Conseil de la santé a fait des entrevues avec de hauts dirigeants des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéraux, ainsi qu'avec des organismes des Premières Nations, inuits et métis.

Nous avons aussi parrainé des rencontres régionales un peu partout au Canada pour apprendre quelles mesures sont prises pour les personnes âgées dans leur communauté et pour déterminer quels problèmes subsistent. Beaucoup de participants étaient des professionnels de la santé et des membres des communautés des Premières Nations, inuites ou métisses; certaines étaient eux-mêmes âgés.

Bien que les facteurs sociaux, économiques et historiques soient généralement reconnus comme la cause première des disparités en matière de santé, les participants ont évoqué des problèmes systémiques qui créent des obstacles aux personnes âgées, dans leur communauté. Ces facteurs sont décrits dans la Partie Points de pression et politiques. Bon nombre de participants ont évoqué des pratiques novatrices qui permettent de surmonter ces obstacles et d'améliorer les soins de santé pour les Autochtones âgés. Nous avons résumé les conclusions principales qui ressortent de ces pratiques dans la partie Contextes changeants et approches principales.

Dans la partie finale, Partenariats et progrès, nous présentons 12 programmes novateurs grâce à une série d'entrevue avec des prestataires de soins de santé et de décideurs de politiques. Comme leurs témoignages le montrent, les changements s'amorcent bien souvent quand on remet en question le statu quo et qu'on s'efforce de créer ensemble de nouveaux partenariats.

Lors des séances interrégionales, les participants nous ont dit que les récits faits par d'autres intervenants qui avaient résolu des problèmes similaires leur donnaient un sentiment d'espoir, de possibilité et de détermination pour explorer de nouvelles idées dans leur propre communauté. Le Conseil de la santé espère que ce document provoquera des discussions similaires sur les soins de santé pour les personnes âgées autochtones un peu partout au pays et inspirera les gouvernements, les communautés et les prestataires de soins à prendre de nouvelles orientations.

**Télécharger le rapport complet sur :
www.healthcouncilcanada.ca**

Série de causeries près du feu du RCRHS



LES INNOVATIONS SUR LES RRS

Les équipes interprofessionnelles du réseau des soins de Chinook



Télécharger la présentation

Écoutez le podcast!

Mobilité & Migration:

Rapport du Forum Global de l'OMS sur les RSH Recife, Brazil 11 Novembre, 2013



Le troisième forum des ressources humaines en santé est le plus grand évènement jamais tenu sur les ressources humaines en santé avec plus de 1300 participants venant de 85 pays incluant 40 Ministères de la santé.

Le monde sera à court de 12.9 millions des travailleurs en soins de santé d'ici 2035; aujourd'hui, ce chiffre s'élève à 7.2 millions. Le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié aujourd'hui, met en garde que ces résultats-si pas traité maintenant- auront des implications sérieuses pour la santé des millions de personnes à travers toutes les régions du monde. Le rapport, A Universal Truth: No health without a workforce, identifie plusieurs causes principales. Elles incluent un personnel de santé vieillissant et d'autre allant à la retraite ou quittant pour des emplois mieux payés sans pourtant être remplacé, et inversement, un faible nombre de jeunes gens embrassent la profession ou sont correctement formés. Des demandes croissantes font également pressions dans le secteur à cause de la croissante population mondiale avec croissance des risques de maladies non transmissibles (Cancer, maladies cardiaques, accidents cérébraux vasculaires etc.). La migration interne et internationale de travailleurs de la santé accentue les déséquilibres régionaux.

Les conclusions ont été publiées au 3ème Forum International sur les ressources humaines en santé avec des recommandations sur les mesures pour remédier à la pénurie de la main d'œuvre. La recommandation principale inclut:

- Augmentation du leadership politique et technique dans les pays pour soutenir les efforts de développement des ressources humaines à long terme.
- La collecte des données fiables et le renforcement des ressources humaines pour les bases de données de santé.
- La maximisation du rôle des agents de santé communautaire ou de niveau moyen pour rendre des services de santé sur terrain plus accessibles et acceptables.
- La rétention des agents de santé dans les pays où les déficits sont le plus aigus équilibrant la distribution géographique des agents de la santé.
- Offrir des mécanismes pour les droits, responsabilités et voix des agents de santé dans le développement et l'exécution des stratégies et politiques pour une couverture de santé universelle.

Pendant que le rapport souligne quelques développements encourageants, par exemple, plusieurs pays ont augmenté leur personnel de santé, progressant ainsi vers le seuil de 23 professionnels de la santé pour 10.000 habitants, il y a encore 83 pays en dessous de ce seuil de base. Ce sont par contre les projections à venir qui lancent un cri d'alarme. Dans un bilan saisissant, le rapport affirme que le niveau actuel de formation de nouveau professionnel de la santé est descendu en dessous de la demande actuelle et future. Il en résultera que dans l'avenir, les patients trouveront encore plus difficile d'obtenir les services de base dont ils ont besoin et les services préventifs en seront aussi affectés.

Les plus grandes pénuries sont attendues en Asie, Afrique sub-saharienne où elles seront particulièrement accrues. Par rapport à l'éducation et la formation, parmi 47 pays de l'Afrique sub-saharienne, par exemple, il n'y a que 168 écoles de médecine. De ces 47, 11 n'ont aucune école et 24 n'en possèdent qu'une seule. La couverture de santé universelle tient à assurer que tout le monde ait accès aux services de santé dont ils ont besoin sans difficultés financières en payant pour eux.

En Amérique, 70% de pays possèdent assez des agents de santé pour réaliser des interventions de santé de base, mais ces pays font toujours faces à des défis importants liés à la répartition des professionnels, leur migration, la formation appropriée et le mélange des compétences. Tous les pays sont invités à tenir compte des signaux de pénurie. Par exemple, dans les pays développés, 40% des infirmières vont abandonner les emplois dans le secteur de la santé dans les prochaines décennies. Avec un travail exigeant et des salaires relativement bas beaucoup de jeunes agents de santé reçoivent très peu d'incitations à rester dans la profession.

Pour plus d'informations sur ce rapport contacter:
Glenn Thomas: thomasg@who.int

Qualité de vie au Travail:

Troubling Care: Critical Perspectives on Research and Practices

Éditée par Pat Armstrong et Susan Braedley

“Ce qui se passe actuellement par rapport aux soins de santé au Canada est très troublant. À un niveau général, nous passons du partage des idéaux publics largement répandus non seulement dans la pratique mais de plus comme des objectifs stratégiques”

Avec cette introduction provocatrice, et l'utilisation des foyers des soins de longue durée comme étude de cas, ce livre cherche à savoir comment nous planifions, organisons, distribuons et offrons les soins de santé au Canada de manière à ce qu'ils traitent ceux qui en ont besoin et ceux qui les fournissent avec dignité et respect. À travers quatorze contributions d'une équipe interdisciplinaire des chercheurs, le livre soutient que les chercheurs, décideurs et les fournisseurs de santé doivent « modifier » les soins, éliminer nos idées préconçues et analyser les catégories souvent prises pour acquises au travers desquelles nous évaluons les soins. Les lecteurs sont invités à penser par rapport aux théories des soins, travail en soins de santé, pratiques et politiques des soins de santé, dans le but de réinventer les soins comme un bien social nécessaire dans lequel nous avons tous un intérêt. Basé sur la recherche en cours, ces chercheurs en santé utilisent une économie politique féministe pour relever quelques coûts et bénéfices « réels » des soins de santé. Les contributions varient largement, l'argument du docteur Joel Lexchin pour une approche éclairée sur l'utilisation des médicaments antipsychotiques à l'analyse du sociologue Hugh Armstrong sur les répercussions politiques impliquées dans les statistiques sanitaires au débat de créativité du chercheur en études culturelles Sally Chivers comme un moyen de réévaluer ceux qui souffrent de démence.

Faits saillants :

1. Le genre importe beaucoup lorsque nous parlons des soins. Les contributions démontrent la façon dont le genre influe sur les compétences dans le travail en soins de santé, sécurité et santé au travail pour les professionnels de la santé et les politiques affectant les soins.
2. La santé est un domaine dynamique et changeant dans un monde en rapide évolution. Les chapitres sur les nouvelles technologies et innovations en santé, la main d'œuvre des soins de longue durée et le changement des résidences vers les établissements résidentiels démontre que les soins impliquent une relation sociale qui affecte et est affecté les changements politiques, économiques et sociaux.
3. Les valeurs importent beaucoup lorsque nous parlons des soins. Explicitement dans les chapitres sur les soins de santé comme concept, sur le plan éthique et les politiques des soins, ces auteurs soutiennent que les soins de santé doivent être évalués comme un bien public central dans toute société démocratique et équitable.



Susan Braedley

Pour plus d'information visiter www.hhr-rhs.ca

Mise en valeur de la recherche sur les RHS



Pat Armstrong

Dre. Pat Armstrong est professeur de sociologie à l'université de York où elle enseigne depuis 21 ans. Elle est co-auteur d'un grand nombre d'articles et livres sur la politique en matière de santé. *Ils méritent mieux : l'expérience des soins à long terme* au Canada et *une habitation : Soins de longue durée au Canada* .

Dre. Armstrong a été présidente de la Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé/Instituts de recherche en santé dans les services de santé et Recherche Infirmière, où elle a développé un programme d'études supérieures pour former les étudiants dans les politiques en matière de santé.

PUBLICATIONS RÉCENTES SUR LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

★ **Troubling Care: Critical Perspectives on Research and Practices**

Pat Armstrong et Susan Braedley (eds.), 2013

Puzzling Skills: Feminist Political Economy Approaches Special Anniversary Issue of the Canadian Review of Sociology

Pat Armstrong, Canadian Review of Sociology, Volume 50 Issue 3, August 15 2013

PROCHAINES PUBLICATIONS:

Taking gender into account in occupational health research: Continuing tensions.

In Policy and Practice in Health and Safety

Pat Armstrong et Karen Messing

AUTRES PUBLICATIONS SUR LES RHS:

The thin blue line: Long term care as an indicator of equity in welfare states

In Canadian Women's Studies, Spring/Summer 2012, Volume 29, Issue 3, p. 49-60

Pat Armstrong, Hugh Armstrong et Tamara Daly

Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada and Scandinavia

In Social Science and Medicine, 2012, Volume 74, Issue 3, p. 390-398

Albert Banerjee, Tamara Daly, Pat Armstrong, Marta, Szebehely, Hugh Armstrong et Stirling LaFrance

Lifting the violence veil: Examining working conditions in long-term care facilities using iterative methods

In Canadian Journal on Aging, 2011, Volume 30, Issue 2, p. 271-284

Tamara Daly, Albert Banerjee, Pat Armstrong, Hugh Armstrong et Marta Szebehey

Structural violence in long-term residential care

In Women's Health and Urban Life, 2011, Volume 10, Issue 1, p. 111-129

Pat Armstrong, Hugh Armstrong, Albert Banerjee, Tamara Daly, et Marta Szebehely

Book: Thinking women and health care reform in Canada

Pat Armstrong, Barbara Clow, Karen Grant, Margaret Haworth-Brockman, Beth Jackson, Ann Pederson et Morgan Seeley (eds.) 2012

Book: Critical to care; the invisible women in health services

Pat Armstrong, Hugh Armstrong et Krista Scott-Dixon (eds.) 2008

Pour plus d'informations visiter page thématique la qualité de vie au travail

www.hhr-rhs.ca



Sophia Kam

Mise en valeur des étudiants

Sophia Kam est dans sa deuxième année d'étude dans le programme de doctorat interdisciplinaire en santé dans les milieux ruraux et du Nord à l'université Laurentienne. Bien avant, elle a obtenu son baccalauréat spécialisé en Arts à l'université de Toronto, et une maîtrise en Arts à l'université de Windsor. Son background en science politique a favorisé un fort intérêt dans l'élaboration des politiques, les décisions et processus. Sophia incorpore ces intérêts dans son projet de recherche actuel intitulé « Conceptualizations of Family Physician Scope of Practice in Ontario » Entre Mai et Décembre 2013, elle a présenté sur le niveau provincial, national et international l'étendue des pratiques de médecins sous plusieurs dimensions de la gouvernance et pratique des médecins. Récemment, elle a été invitée à œuvrer dans le comité consultatif du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada afin d'offrir son

expertise sur l'étendue de pratique. De plus, Sophia a obtenu un poste d'assistant au Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord pour travailler sur son projet de recherche actuel (résumé ci-dessous) dans le cadre du fonds de recherche sur les systèmes de santé (\$3.4M) accordée au CReSRN. Ses intérêts de recherche sont nombreux, variés et croisent les domaines de politiques et services de santé. Ils comprennent: la législation et jurisprudence sanitaire, la gestion des médecins, la formation médicale (premier cycle au développement professionnel), l'évaluation des médecins, le champ d'activité des médecins, la migration des médecins, le recrutement et les stratégies de maintien dans les régions où le recrutement est difficile, les diplômés internationaux en médecine et leur impact sur la planification des ressources humaines sur la santé et la distribution et offre de travail des médecins.

Projet Proposé: Conceptualisation du champ d'exercice des médecins de famille en Ontario

Le champ d'exercice d'un médecin est perçu de plusieurs façons. Certains le conçoivent et comprennent différemment selon les réalités vécues. Ces conceptions et compréhensions peuvent différer de celles détenues par les législateurs, régulateurs médicaux et enseignants en médecine. Elles peuvent aussi varier drastiquement d'une juridiction à une autre encore, il est essentiel à plusieurs éléments de gestion et pratique des médecins. Le manque de transparence autour du champ d'exercice présente un intérêt pour la pratique médicale à l'échelle nationale et pour les médecins formés à l'étranger. La migration des médecins nécessite une meilleure compréhension du champ d'exercice afin d'assurer la compétence de champs d'exercice spécifiques. Comment et pourquoi le changement de champs d'exercice peut-il justifier une investigation. L'accent est mis sur le champ d'exercice du médecin en début de carrière. Encore, il faut noter que le champ d'exercice peut varier tout au long de la carrière d'un médecin. Malgré les nombreuses enquêtes sur les facteurs affectant le champ d'exercice il y a un manque de clarté dans la conception du champ d'exercice des médecins dans la documentation. Pour répondre à ce manque, le but de cette recherche est de parvenir à une meilleure compréhension de champ d'exercice des médecins de famille en Ontario. Globalement, cette recherche cherche à déterminer comment les différents acteurs concernés dans divers domaines de la gestion et pratique des médecins conçoivent le champ d'exercice des médecins de famille. Spécialement, elle cherche à déterminer les éléments conceptuels communs aux champs d'exercice où résident les différences et les implications de ces nuances dans la conception.

Pour en savoir plus sur Sophia ou partager votre thèse/recherche dans notre prochain bulletin, visiter la page thématique **Mise en valeur des étudiants en RHS**

www.hhr-rhs.ca



Possibilités de financement sur les RHS à venir



Subvention de fonctionnement ouvertes des IRSC

Date limite d'inscription: Le 3 Février 2014

Date limite de présentation des demandes: Le 3 Mars 2014

Date prévue de l'avis de décision: Le 27 Juin 2014

Date de début de financement: Le premier Octobre 2014



Subvention sur la synthèse des connaissances

Date limite d'inscription: le premier Avril 2014

Date prévue de l'avis de décision: Le premier Octobre 2014

Date de début de financement: Le premier Octobre 2014



Pour plus d'informations concernant ces opportunités visiter:

www.researchnet-recherchenet.ca

Lettres d'appui du RCRHS



Nous sommes heureux de fournir des lettres d'appui aux futurs projets de recherche, dont les subventions pour réunions, planification et dissémination, les subventions de fonctionnement ouvertes et les partenaires pour l'amélioration du système de santé, tous offerts par les IRSC et au-déla. Nos lettres d'appui fournissent un aperçu des ressources que l'adhésion au RCRHS procure aux équipes de recherche. En outre, elles mettent en valeur l'appui non financier offert par le RCRHS– lequel englobe l'accès à notre plateforme webinaire CHNET-Works! (qui peut servir aux réunions des équipes de recherche, outre la diffusion du savoir).

Pour plus d'informations contacter:

info@hhr-rhs.ca



Joignez-vous au réseau

**L'adhésion est
GRATUITE!!!**

Événements sur les RHS à venir



UBC CENTRE FOR
HEALTH SERVICES AND
POLICY RESEARCH

CHSPR Policy Conference 2014

Date: Le 25 février 2014

Lieu: Vancouver, BC

Pour plus d'informations:

www.chspr.ca

À venir: Informations sur les conférenciers vedettes,

l'inscription, et les événements



Hosted by ONESIEN

Partners in Education and Integration of Internationally Educated Nurses 2014 Conference

Date: Le 1-2 Mai 2014

Lieu: Holiday Inn Toronto (Yorkdale), ON



CAHSPR ACRSPS
Canadian Association for Health
Services and Policy Research L'Association canadienne pour la
recherche sur les services et les
politiques de la santé

Conférence de l'ACRSPS de 2014

Date: Du 13 au 15 Mai 2014

Lieu: Toronto, ON

Pour plus d'informations:

www.cahspr.ca

Joignez le groupe thématique ACRSPS RHS!! Visiter www.cahspr.ca

Meilleure recherche ... meilleures décisions ... meilleure santé



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA

Congrès Biennal de l'AIC de 2014.

Date: Du 16 au 18 Juin 2014

Lieu Winnipeg, MB

Pour plus d'informations:

www.cna-aiic.ca

Outils et Ressources RHS

Bibliothèque en ligne du RCRHS & Répertoire des données



La bibliothèque en ligne du RCRHS contient plus de 5.400 ressources (Anglais et Français) dont::

- Les articles de journaux aussi bien que des citations et des information sommaires sur des publications avec liens vers les contenus complets.
- Littérature grise tels que les rapports
- Documents de référence des recherches
- Les présentations Powerpoint

★ Plus de 230 sources de bases de données

Besoin d'élaborer un échantillon aléatoire des dentistes à Nova Scotia? Nous détenons les informations d'accès de cette base de données. Besoin d'historique sur la manière dont ces dentistes sont réglementés ou les résultats des récentes recherches sur la disponibilité des dentistes? Toutes ces informations sont disponibles dans la bibliothèque en ligne du RCRHS.

IL Y A BEAUCOUP À DÉCOUVRIR!!!

Pour plus d'information visiter: www.hhr-rhs.ca

Répertoire en ligne des experts du RCRHS



**PLUS DE 150
MEMBRES!**

Le répertoire des experts du réseau pancanadien des ressources humaines en santé (CHHRN-ED) est base de données de recherche en ligne des chercheurs principaux, experts et décideurs sur les questions des ressources humaines en santé au Canada. L'objectif de ce répertoire est de connecter les experts en recherche des ressources humaines en santé à un éventail de parties prenantes pour aider à renforcer les capacités, éclairer les politiques de santé et partager les idées innovatrices et recherches sur les questions importantes des ressources humaines en santé.

Joignez-vous au réseau

L'adhésion est

GRATUITE!!!

Rejoignez-nous



Université d'Ottawa
1 rue Stewart, Salle 229
Ottawa, On
info@hhr-hrs.ca



RCRHS

Réseau canadien sur les
ressources humaines en santé