



ÉNONCÉ DE POSITION

Principes posés par les résidents
en matière de ressources humaines
en santé (médecins) pour mieux
servir les Canadiens

juin 2013

Médecins résidents du Canada (MRC)
représente plus de 10 000 médecins
résidents à travers le Canada. Établis en
1972, nous sommes un organisme à but
non lucratif offrant à nos membres une
voix nationale unie. MRC collabore avec
les autres organismes nationaux de santé
dans le but d'encourager l'excellence
dans la formation, le mieux-être et
les soins axés sur le patient.

MRC et les ressources humaines en santé (médecins)

La bonne gestion des ressources humaines en santé (RHS) (médecins) est une composante des soins de santé de qualité. Dans un système public, il est d'une importance critique d'avoir de la valeur, de l'efficacité et de l'efficience dans l'utilisation et la dépense des ressources consacrées aux soins de santé. Le fait que les diplômés de programmes de résidence éprouvent de la difficulté à trouver un emploi à plein temps¹ devrait donc être une préoccupation majeure pour les gouvernements, les hôpitaux, les étudiants qui envisagent une carrière en médecine et les résidents qui sont proches des possibilités de pratique indépendante ou qui sont à la recherche de telles possibilités. Le plus important, c'est l'impact de cette tendance sur les patients canadiens et sur leur accès aux soins de santé.

Pour développer une approche globale à plusieurs volets permettant de comprendre la situation des RHS, pour créer une sensibilisation aux préoccupations des résidents, et pour effectuer un changement, MRC, en tant que leader national dans la défense des droits des résidents canadiens, a réuni des résidents en comité permanent de MRC sur les ressources humaines en santé. Ce sont les enjeux de politiques fondés sur l'apport et la collaboration des résidents qui pilotent l'action d'intercession de MRC.

Le rôle des résidents en matière de RHS (médecins)

Les résidents sont des médecins qui ont complété leur premier cycle de l'école de médecine et qui entreprennent maintenant une formation de deuxième cycle dans divers domaines de spécialisation. La formation en résidence consiste à dispenser des services de soins de santé directs et pratiques aux patients dans des hôpitaux, universitaires ou non, et dans des milieux qui vont de centres d'enseignement universitaire urbains jusqu'à des communautés éloignées de régions nordiques. Vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine, des résidents travaillent au front dans tous les domaines du système de soins de santé, pour offrir aux patients des services hautement qualifiés et sophistiqués. Dans la plupart des hôpitaux majeurs, le résident est le premier médecin qu'un patient va rencontrer quand il cherche à obtenir des soins et le dernier visage que le patient voit lors de son congé. MRC apporte à la discussion des RHS un engagement à améliorer le système public de soins de santé du Canada pour tous les patients et une compréhension intime des besoins de formation des médecins traitants de demain. Les membres de MRC sont dans une situation unique pour s'engager avec les intervenants et auteurs de politiques nationaux afin d'offrir le point de vue des résidents sur les ressources humaines en santé (médecins) et de donner forme à notre plan d'ensemble du système de soins de santé, de former, employer et retenir les futurs médecins du Canada.

Les principes posés par les résidents en matière de ressources humaines en santé (médecins) pour mieux servir les Canadiens

Les *Principes posés par les résidents en matière de ressources humaines en santé (médecins) pour mieux servir les Canadiens* (les Principes) ont été développés par le truchement d'un processus itératif et consultatif des membres résidents siégeant au comité permanent de MRC sur les RHS et tiennent lieu de point de vue des résidents sur les ressources humaines en santé (médecins). Bien que les Principes ne soient pas exhaustifs, ils représentent une façon coordonnée et concertée d'approcher les ressources humaines en santé (médecins). Les Principes sont aussi le reflet de la nature évolutive de la planification des RHS (médecins) et des multiples facteurs qui devraient être une considération constante pour les planificateurs des

¹ Les résultats du sondage national 2013 de MRC auprès des résidents (mars-avril 2013) montrent qu'un résident sur quatre se propose d'entreprendre une formation spécialisée. Quand on leur demande qu'est-ce qui a provoqué cette décision, trois sur dix ont cité des objectifs de carrière futurs, un sur quatre a parlé d'intérêts personnels et moins de un sur quatre a mentionné vouloir un supplément de formation/compétences/spécialisation. En plus, un sur cinq des répondants avait le sentiment que le fait d'entreprendre des études spécialisées les aiderait à trouver de l'emploi dans un poste de médecin traitant.

Les 6 principes sont :

1. Une planification des effectifs efficace et fondée sur la preuve pour les patients et les médecins canadiens.
2. Une distribution ou allocation des postes de formation en résidence qui s'accorde avec les besoins de la population et la disponibilité des emplois.
3. Un recrutement et une rétention des médecins qui en sont à la diplomation.
4. De l'orientation professionnelle tout au long de la formation en médecine.
5. Une promotion de la responsabilité sociale par le biais de changements au programme d'études formel et de l'édification d'une culture.
6. Une planification de succession et une transition des pratiques de médecins prenant leur retraite.

Principe 1

Une planification des effectifs efficace et fondée sur la preuve pour les patients et les médecins canadiens.

Justificatif

Une planification des effectifs efficace et fondée sur la preuve est essentielle si le Canada est pour pouvoir répondre aux besoins futurs de la population en matière de soins de santé et mettre en place les ressources humaines en santé qui seront nécessaires pour répondre à ces besoins. Comme une stratégie réussie emploiera des solutions de soins de santé intelligentes fondées sur des données fiables, il est critique que des efforts accélérés soient faits de la part des ministres de la santé fédéraux, provinciaux et territoriaux. Des modèles concrets qui prévoient l'offre et la demande de médecins à partir des besoins de la population devraient être utilisés uniformément et globalement dans toutes les régions, de façon à ce que les étudiants en médecine et les résidents soient mieux informés pendant leur période de prise de décision concernant leur carrière et leur spécialité.

APPELS À L'ACTION.

- 1.1** Élaborer une stratégie nationale de collecte, de synthèse, d'analyse et de communication de données fiables sur les besoins de la population canadienne en matière de soins de santé et sur les besoins de ressources en médecins.

Les besoins de soins de santé de la société canadienne sont constamment en changements. Des facteurs comme la taille et la distribution de la population des patients, les changements démographiques, l'innovation et les développements technologiques et les changements de politiques associés à la multiplicité des niveaux de responsabilité ministérielle et organisationnelle contribuent y contribuent. L'information sur les besoins en ressources médecins, analysée par spécialité et par portée des soins relatifs

aux besoins locaux ou nationaux, est une information critique pour les jeunes en période de formation médicale, qui sont en train de faire des choix concernant la spécialité à poursuivre, l'endroit où acquérir leur formation et l'endroit où pratiquer. Si la collecte d'information sur les soins précis dispensés par les médecins est une question complexe, il est important que les médecins en période de formation aient une compréhension large des besoins en ressources médecins dans chaque domaine de spécialité médicale. Il faudra des investissements visant à acquérir suffisamment de données fiables pour guider un plan de ressources humaines en santé qui soit soutenable. Ces données seraient le fondement d'une stratégie visant à aligner les ressources humaines en santé de façon à ce qu'elles répondent aux besoins de soins de santé dans le pays tout entier.

En conséquence, le premier pas critique dans l'élaboration de toute stratégie de ressources humaines en santé consiste à comprendre les besoins de la population canadienne en matière de soins de santé. Des modèles de prédiction, utilisant des données existantes sur la population et l'utilisation des services de santé, pourraient être utilisés ou adaptés pour décrire les besoins actuels et pour projeter les besoins futurs en matière de soins de santé. Ces données peuvent être complétées par des données fournies par les sociétés de spécialités individuelles concernant les tendances de l'emploi et les besoins en soins de santé auxquels on ne peut répondre dans divers domaines de spécialisation.

1.2 Établir un observatoire pancanadien de ressources humaines en santé et des unités régionales à chacune des facultés de médecine du Canada et des institutions d'enseignement de la médecine aux cycles supérieurs.

Pour soutenir l'élaboration d'une stratégie nationale de collecte et de synthèse de données sur les besoins en soins de santé et les besoins en ressources médecins il est important d'établir un observatoire pancanadien de ressources humaines en santé et des unités régionales situées dans les facultés de médecine et les institutions d'enseignement de la médecine au niveau supérieur. L'enseignement de la médecine et la situation de l'emploi au Canada ont changé de façon significative au cours des dernières années. Les étudiants en médecine prennent des décisions de carrière très tôt dans le continuum de la formation médicale, ayant eu une exposition limitée à plus de 70 disciplines de spécialités et sous-spécialités et de médecine familiale du Collège royal. En conséquence, quand ces décisions sont prises, il est difficile de prédire la viabilité à long terme et les perspectives d'emploi d'une spécialité en particulier, ou de comprendre l'étalement des possibilités qu'offrent les différentes spécialités.

L'observatoire pancanadien examinerait de façon indépendante les données sanitaires tirées de diverses sources pour identifier les tendances importantes des RHS qui aideraient les étudiants en médecine et les résidents à prendre des décisions éclairées concernant leurs choix de spécialité, de sous-spécialité et de pratique. On aurait par exemple les structures de travail des médecins en période de diplomation, y compris les données sur l'emploi, et les données sur les médecins en voie de prendre leur retraite. L'observatoire travaillerait avec les ministères de la Santé à une échelle nationale pour recueillir des données sur les besoins locaux en soins de santé qui refléteraient les possibilités et les tendances d'emploi du moment dans divers domaines de spécialisation. Il ferait aussi en sorte que la gestion des nombres concernant les médecins se fasse au début du continuum de formation en médecine de sorte que le nombre annuel de postes dans les facultés de médecine et en résidence correspondent, qu'ils soient raisonnablement projetés et calculés, et qu'ils s'alignent avec les postes prévus dans toutes les spécialités. Cette information devrait être communiquée à tous les intervenants pertinents d'une façon robuste et standardisée.

1.3 Accélérer l'élaboration d'une stratégie pancanadienne de ressources humaines en santé qui met l'accent sur une collaboration fédérale/provinciale/territoriale.

Une stratégie nationale de collecte de données sur les besoins en soins de santé et les besoins en ressource médecins nécessite une planification nationale à multiples niveaux des ressources humaines en santé et une collaboration étroite entre les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec de nombreux intervenants dont les institutions d'enseignement, les organismes d'octroi de permis de pratique et d'accréditation, les groupes représentatifs des stagiaires et les autorités de réglementation de la santé. MRC réclame du gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, de se réengager dans la stratégie nationale de ressources humaines en santé telle qu'énoncée dans le cadre du CCPSSRH² en mettant un accent particulier sur la responsabilité d'aller de l'avant.ⁱ MRC reconnaît le travail actuellement en cours par le Conseil de la fédération et les principes directeurs sur la gestion des ressources humaines en santé telle que décrite dans le premier rapport de juillet 2012 du groupe de travail sur l'innovation en soins de santé du Conseil de la Fédération.ⁱⁱ MRC appuie l'appel à l'amélioration de l'échange d'information sur les ressources humaines en santé entre les provinces et les territoires. Cette amélioration aura pour résultat une prise de décision éclairée et une plus grande coordination et collaboration par les ministères gouvernementaux responsables de l'enseignement de la médecine et de la prestation des services de santé aux Canadiens.ⁱⁱⁱ

Principe 2

Une distribution ou allocation des postes de formation en résidence qui s'accorde avec les besoins de la population et la disponibilité des emplois.

Justificatif

La distribution ou allocation des postes de formation en résidence selon les besoins de la population et la disponibilité des emplois nécessite l'élaboration de standards nationaux d'allocation de postes de formation en résidence. L'allocation des postes de formation en résidence est un mécanisme essentiel de la désignation de la capacité de ressources humaines médecins. Les places de formation et, par extension les effectifs de médecins, devraient refléter à la fois les possibilités d'emploi pour les médecins et les besoins des patients en matière de soins de santé. Le système actuel d'allocation de la formation en résidence varie largement entre les provinces et les universités, et peut différer selon l'endroit et les besoins de la communauté. Au Québec, par exemple, chaque région de santé élabore un plan de ressources humaines en santé qui fixe des cibles pour les spécialités de médecins/médecins spécialistes en fonction des besoins de la population. Les autorités de santé dans d'autres provinces participent à des degrés divers à la détermination du financement des programmes de spécialisation en résidence et des lieux de formation.

2 Un organisme pancanadien, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) fut créé en 2002 avec le mandat « d'offrir des conseils de politiques et de stratégie sur la planification, l'organisation et la prestation des services de santé, y compris les ressources humaines en santé. »

Étant donné la précieuse contribution des médecins diplômés à l'étranger (IMG) aux ressources humaines en santé et à la prestation de soins de santé au Canada, une fois qu'on leur a accordé l'admission au système canadien de formation de niveaux supérieurs, il devrait y avoir une intégration appropriée des IMG au système canadien d'enseignement de la médecine et de la formation.

Avec l'augmentation des inscriptions de premier niveau dans les facultés de médecine du Canada, il serait important de faire en sorte que les médecins canadiens diplômés puissent avoir toutes les possibilités de correspondre à un poste de deuxième cycle.³ Au sein de ce cadre, il devrait y avoir de la flexibilité dans l'allocation des postes en résidence, sur la base de spécialité, pour tenir compte des besoins de la population et de la disponibilité des emplois.

APPELS À L'ACTION

2.1 Allouer les postes de résidence sur la base des besoins de la population et de la capacité d'emploi par spécialité, ainsi qu'en regard des intérêts personnels et professionnels.

Le principe directeur pour l'allocation de postes de formation en résidence devrait être la préparation des médecins qui peuvent travailler de façon significative à l'amélioration de la santé du public canadien. La capacité de formation devrait privilégier les spécialités médicales où il y a un grand besoin non satisfait de soins de santé alors que, pareillement, les postes de formation de médecins devraient être contrôlés dans des spécialités qui offrent des possibilités d'emploi limitées. Les tâches des résidentes et autres personnes ayant à voir avec les soins aux patients peuvent devoir changer en réponse à l'allocation de postes en résidence qui sont en accord avec les besoins de la population et la capacité d'emploi. Par exemple, le nombre de stagiaires disponible pour couvrir les calendriers d'appels et autres responsabilités qui ont traditionnellement été partie de l'expérience de résidence va devoir être réévalué.

2.2 Réévaluer les allocations des postes en résidence sur une base régulière.

Les besoins de la population canadienne en matière de soins de santé sont en train de changer avec le vieillissement de la génération des « *baby-boomers* ». En même temps, beaucoup de médecins approchent de la retraite et changent leur pratique pour tenir compte de cette transition. L'augmentation du nombre de médecins canadiens diplômés et d'IMG qui viennent s'ajouter aux effectifs de médecins nécessite également une réévaluation périodique des postes en résidence pour faire en sorte que notre système de RHS s'adapte aux besoins évolutifs de soins de santé et aux changements dans les domaines de spécialisation où une capacité de formation est nécessaire. Beaucoup de résidences de spécialisation durent cinq ans ou plus; pendant ces années, les besoins de la population en matière de santé – et le nombre de médecins nécessaires pour répondre à ces besoins – peuvent changer.

2.3 Utiliser les bons critères pour déterminer la capacité de résidence, et non pas l'intérêt personnel des établissements (du personnel ou des administrateurs).

Une justification souvent mentionnée pour maintenir une capacité de résidence, c'est le besoin de l'établissement d'avoir des stagiaires pour couvrir les appels et offrir un spectre large de services médicaux. La réalité de la formation en résidence est que de nombreux centres universitaires se fient lourdement sur les résidents pour offrir une quantité importante de soins de santé à leurs établissements. Même si la prestation de services est une composante critique de la formation en résidence, la dépendance des services sur les

³ En 2003, MRC, de concert avec d'autres organismes médicaux nationaux, a appuyé les recommandations à l'effet que, à tout le moins, il devrait y avoir un rapport de 1:1,2 entre les étudiants en médecine entrant en formation en résidence et les postes de résidence. Cet énoncé de MRC est en voie de révision.

résidents peut être une mesure incitative artificielle de créer ou maintenir des postes, et un empêchement à une réévaluation appropriée des postes. Le désir des établissements de maintenir une telle couverture ne doit pas jouer un rôle majeur dans les décisions touchant l'allocation des postes en résidence.

2.4 Faciliter la transition vers le système des soins de santé pour les médecins diplômés à l'étranger (IMG) sélectionnés pour les postes de formation canadiens.

Les IMG qui ont été sélectionnés pour les postes de formation canadiens devraient recevoir de l'orientation et de la formation et avoir accès aux professeurs, en faculté et en clinique, dans les programmes de résidence, qui peuvent agir comme mentors et travailler avec les IMG. L'Association des psychiatres du Canada, par exemple, a élaboré un programme de mentorat formel à l'échelle nationale; une des composantes de ce programme et un programme de mentorat des IMG qui relie les psychiatres-mentors intéressés à des IMG qui sont dans des programmes canadiens de formation en psychiatrie.^{iv} Il est important d'avoir un soutien, formel ou informel, à la transition au sein de la résidence.

Principe 3

Un recrutement et une rétention des médecins qui en sont à la diplomation.

Justificatif

La façon dont les médecins qui obtiennent leur diplôme sont recrutés et retenus au sein d'une communauté est de la plus grande importance. Un nombre croissant de médecins spécialistes n'ont pas d'emploi à plein temps intéressant après avoir complété leur résidence. Beaucoup sont sans emploi ou doivent faire une formation supplémentaire qui comprend souvent des bourses de recherche additionnelles et/ou multiples. Toutefois, il n'y a pas de garantie qu'un supplément de formation garantisse un emploi futur dans une aire géographique particulière ou même à l'intérieur de leur spécialité. Ce fait a un impact direct sur la composition et la distribution des médecins à travers le pays et, au bout du compte, sur le degré auquel l'offre de médecins répond aux besoins de la société canadienne.

En plus, les stratégies de recrutement et de rétention voulant répondre aux besoins de soins des patients dans les régions rurales devraient être améliorées. Les expériences de formation en région rurale ou éloignée augmentent la probabilité que des résidents choisissent de pratiquer dans une telle région après l'obtention de leur diplôme, parce que l'exposition à un nouveau milieu pendant la formation établit de la familiarité et de l'intérêt.^{v,vi} Un environnement de lieu de travail clinique encourageant et positif – où on est déjà sensibilisé aux ressources disponibles, on a établi des relations avec des collègues, on connaît bien la population des patients et on a acquis une connaissance pratique des sentiers communs qui traversent le système médical local – facilite la transition de la formation à la pratique.

Le fait d'être bien accueilli dans un nouveau site ou une nouvelle communauté pendant une période de temps prolongée pendant la formation permet aux stagiaires d'établir les racines et les relations qui peuvent influencer leurs décisions dans le long terme. L'École de médecine du Nord de l'Ontario, par exemple, éla-

bore et propose un modèle innovateur d'enseignement de la médecine distribué qui est à base communautaire et redevable socialement aux communautés du Nord de l'Ontario. Des mesures d'incitation analogues doivent être mises en place pour attirer des stagiaires en spécialités vers d'autres régions où le besoin existe. Pour faire l'usage maximum des habiletés des nouveaux médecins et répondre aux demandes des patients, il faut des niveaux appropriés d'investissements dans l'infrastructure de ressources humaines en santé comme des salles d'opération, des institutions de soins à long terme, des institutions de soins chroniques et des cliniques communautaires.

APPELS À L'ACTION

3.1 Établir un programme national de recrutement et de jumelage d'emplois.

Un programme national coordonné de recrutement et de jumelage d'emplois – par exemple, le service Transition into Practice de MRC à l'intention des résidents – serait une façon uniforme et fiable de communiquer les occasions d'emploi comme médecins à travers le Canada aux nouveaux diplômés et à ceux qui songent à un changement de carrière. Des rapports récents suggèrent que dans le recrutement des médecins, les préférences des hôpitaux et des médecins peuvent être divergentes, particulièrement quand on donne à des médecins ayant plus d'ancienneté le contrôle sur le recrutement de nouveaux médecins.^{vii,4} Une ressource ou base de données nationale pourrait identifier, coordonner et collecter des occasions d'emploi régionaux et spécifiques à une spécialité par le biais d'organismes nationaux de spécialités ou d'organisations de recruteurs de RHS, comme la *Canadian Association of Staff Physician Recruiters*.

3.2 Améliorer le milieu de travail dans les régions rurales de façon à attirer et retenir de nouveaux médecins dans des communautés locales.

MRC croit qu'un soutien professionnel et académique est essentiel pour les médecins en régions rurales et qu'il contribue fortement à la rétention des médecins, à des styles de vie saine et à des attitudes positives vis-à-vis de la population des patients. Pour les résidents, un environnement accueillant, avec des précepteurs enthousiastes, un accès adéquat à des ressources en ligne, une exposition suffisante à une gamme de problèmes cliniques et de spécialités, du logement approprié, des possibilités pour le stagiaire et son/sa partenaire ou sa famille de s'intégrer dans une nouvelle communauté, et une orientation à une nouvelle région, voilà seulement quelques facteurs qui contribuent à une expérience académique positive. On devrait considérer ce qui suit :

- Consolider les services dans des districts plus grands pour permettre des groupes de pratique élargis et contribuer à diminuer l'isolement professionnel.
- Améliorer les réseaux de laboratoires et de référence à des spécialistes pour améliorer le soutien clinique et diminuer le stress et le risque d'épuisement professionnel.
- Améliorer le soutien académique par des moyens comme les conférences de télémédecine (par exemple, les visites générales).
- Améliorer l'accès au soutien de bibliothèque et augmenter la disponibilité des occasions d'éducation permanente en médecine.

4 Le Dr Robert Bear, ancien professeur de la University of Toronto, qui travaille maintenant comme consultant en soins de santé, note que « dans beaucoup de spécialités, le revenu annuel d'un médecin d'hôpital dépend du nombre de collègues avec lesquels il ou elle partage des patients – plus il y a de médecins dans un service, moins chacun gagne, par le biais de la facturation du gouvernement. La conséquence est que, même dans les services où il pourrait y avoir de la place pour embaucher, certains choisissent de ne pas le faire. »

- Améliorer l'environnement de pratique grâce à un accès à des ressources en ligne, à une exposition suffisante à une gamme de problèmes cliniques et de spécialités, à du logement approprié, à des occasions pour le stagiaire et son/sa partenaire ou sa famille de s'intégrer dans une nouvelle communauté et une orientation dans une nouvelle région et vers des précepteurs.
- Développer des programmes attrayants de suppléance et des groupes cliniques plus grands pour offrir une couverture à la grandeur de la province.

3.3 Élaborer des stratégies innovatrices pour répondre aux besoins de soins des patients dans les régions rurales.

Encourager les médecins résidents à acquérir une formation dans des régions rurales ou éloignées ou dans des domaines sous-desservis désignés pourrait recruter plus de médecins vers ces régions, à long terme. On devrait considérer les points suivants :

- Offrir des mesures qui incitent les résidents à chercher une exposition clinique dans des domaines qui ont besoin de services médicaux particuliers. Une compensation non salariale (comme du logement et un accès à des commodités pendant le stage loin de chez soi) améliorera considérablement le potentiel de développement personnel et l'attrait d'ensemble de la pratique dans des domaines sous-desservis.
- Les résidents qui travaillent dans des régions rurales, éloignées et sous-desservies pourraient représenter un bassin de postes dans le jumelage CaRMS, qui est séparé de ceux qui sont désignés pour les nouveaux diplômés canadiens.
- Offrir des mesures incitatives pour des sites ruraux et éloignés afin de chercher des résidents et des médecins dans les spécialités particulières qui répondront aux besoins locaux en matière de soins de santé. Parmi les façons innovatrices d'attirer de nouveaux médecins, on pourrait mentionner le travail avec des groupes particuliers de spécialités pour annoncer les places, ou financer le voyage pour présenter les médecins à la communauté et à la pratique et leur faire connaître les systèmes de soutien qui existent là pour leur famille.

3.4 Investir dans l'infrastructure des soins de santé, comme les salles d'opération et du soutien au personnel, afin de mieux répondre aux demandes des patients et de faire l'usage maximum des compétences des nouveaux médecins.

Il faut de l'investissement dans une variété de milieux de soins de santé comme l'urgence de l'hôpital et les salles d'opération, les institutions de soins à long terme, les services de soins chroniques et les cliniques communautaires pour améliorer l'accès des patients aux soins, maintenant et à l'avenir, ainsi que pour attirer, retenir et accommoder de nouveaux stagiaires, médecins et travailleurs des soins de santé. Bien que les améliorations aux soins de santé publique et la distribution de ressources humaines en santé puissent être réalisées par le biais d'un développement adéquat de l'infrastructure, la conception des soins de santé joue aussi un rôle critique. Un accent sur les soins préventifs axés sur la communauté produira une utilisation plus efficace des ressources et minimisera le recours à des soins de réanimation aigus très coûteux en argent et en personnel.

Principe 4

De l'orientation professionnelle tout au long de la formation en médecine.

Justificatif

Selon le sondage national de MRC de 2012 auprès des résidents, 42,3 % des résidents n'étaient pas satisfaits des ressources d'orientation professionnelle disponibles à l'intérieur de leur programme, tandis que 35,3 % l'étaient. En plus, 31 % des résidents ont dit ne pas avoir de mentor, formel ou informel. La norme d'accréditation B3.6 dit que « le comité du programme de résidence soit établir et maintenir des mécanismes par lesquels les résidents reçoivent de l'orientation professionnelle continue ».viii Bien que l'orientation professionnelle soit traitée de diverses façons dans différents programmes de résidence, le processus devrait être uniforme et structuré. Le mentorat est une composante clé de l'éducation, de la formation et du développement professionnel des médecins résidents. Les résidents considèrent souvent les mentors comme des ressources essentielles de conseils et d'encadrement en ce qui a trait aux sujets qui se situent hors du programme d'étude régulier, et notamment de la recherche, de la planification de carrière, du réseautage, du maintien d'un équilibre sain entre le travail et la vie, ainsi que de la transition vers la pratique. Le mentorat, comme élément de l'orientation professionnelle, est universellement important pour les résidents.

APPELS À L'ACTION

4.1 Établir des structures de mentorat formel et informel à même les programmes de résidence et dans le cadre des programmes d'études en résidence à tous les postes d'enseignement de la médecine aux niveaux supérieurs.

Le Collège royal a formellement adopté le Cadre des compétences CanMEDS en 1996. Ce cadre, qui décrit les connaissances essentielles, les compétences et les capacités des médecins spécialistes, et qui est orienté vers des résultats de santé et de soins de santé optimaux, est devenu une pierre d'angle de l'enseignement de la médecine au niveau supérieur au Canada.^x Le mentorat est une composante intégrale du cadre. Le fait que l'obstacle le plus fréquemment cité au mentorat efficace est la perception du manque de temps causé par l'augmentation des responsabilités cliniques, des travaux de recherche et des tâches administratives^x dit bien l'importance de la création d'un environnement de travail qui favorise le mentorat.^{xi} Pour réussir, les programmes de mentorat doivent créer une culture de mentorat qui est appuyée à la fois par le corps enseignant et par l'administration.

4.2 Inclure l'orientation professionnelle comme composante du mentorat à même les programmes de résidence.

Le mentorat et l'exposition à des mentors dans toutes les disciplines sont critique au succès des résidents dans l'environnement académique compétitif de la médecine moderne. Le mentorat vient en aide à trois domaines de développement : professionnel, personnel et éducatif. L'orientation professionnelle est un des aspects du mentorat qui englobe l'ensemble des trois domaines, alors qu'il soutient le résident et son développement personnel et professionnel pour qu'il devienne un médecin compatissant et sûr de lui. L'orientation professionnelle, en tant qu'élément du mentorat, devrait :

- Mettre en rapport les médecins qui prennent la voie de la retraite et les nouveaux médecins diplômés.
- Offrir de l'information sur la portée de la pratique, y compris la pratique communautaire, la formation postdoctorale dans des sous-spécialités et la médecine universitaire ainsi que le style de vie et la satisfaction de carrière.
- Offrir un encadrement sur les transitions au sein de la résidence (de débutant à supérieur, ou lors d'un changement de programmes) et la transition de la résidence à la pratique indépendante.
- Offrir un encadrement concernant les possibilités et les difficultés présentes au sein des domaines d'intérêt du résident.
- Décrire les objectifs et les étapes que le résident doit réussir en préparation de la pratique, les examens et l'obtention du permis de pratique : information sur l'emploi et les différentes voies de carrières, options de formation plus avancée, établissement d'un réseau de conseillers possibles, exposition à la recherche et à d'autres possibilités, perspectives d'une variété de domaines de spécialisation et de lieux de formation, et identification des domaines de points forts.
- Accompagner les résidents comme mentors pendant le processus de transition de carrière. Le soutien aux transferts de programmes supposerait un mentorat pendant que les résidents passent à travers des transitions de carrières.

4.3 Promouvoir des services d'orientation professionnelle tout au long du cycle de vie d'un stagiaire.

Les étudiants en médecine sont forcés de faire des choix de carrière à bonne heure dans leur formation. Ces choix auront un gros impact pour des années à venir alors qu'ils progressent à travers leur formation en résidence et dans la pratique de la médecine. En offrant aux étudiants en médecine des conseils de mentorat et une orientation professionnelle qui comprennent de l'information sur où il y a des besoins et où il est le plus probable qu'on trouve des possibilités d'emploi, les étudiants en médecine seront mieux équipés pour faire des choix éclairés concernant leur formation et leur carrière.

Principe 5

Une promotion de la responsabilité sociale par le biais de changements au programme d'études formel et de l'édification d'une culture.

Justificatif

La responsabilité sociale se trouve au cœur de la médecine et au centre du système public de soins de santé du Canada. Une approche de qualité, centrée sur le patient, à l'égard des soins de santé est l'un des objectifs premiers de l'enseignement de la médecine et de l'environnement de formation, et cette culture de préoccupation sociale a été reproduite par les organisations d'enseignement de la médecine et les institutions de formation à travers le pays. L'Association des facultés de médecine du Canada, qui représente

la totalité des 17 facultés de médecine du Canada, a emboîté le pas au mandat de responsabilité sociale de l'Organisation mondiale de la santé.^{xii} Le mandat déclare que les écoles de médecine ont une « obligation d'orienter leurs activités d'enseignement, de recherche et de services à aborder les préoccupations de santé prioritaires de la communauté, de la région et/ou du pays qu'elles ont le mandat de desservir. Les préoccupations de santé prioritaires doivent être définies conjointement par les gouvernements, les organismes de soins de santé, les professionnels de la santé et le public. »^{xiii}

Le comité de responsabilité sociale du collège de médecine de la *University of Saskatchewan* a élaboré le modèle CARE (*Clinical activity, Advocacy, Research, Education and Training*) comme outil de guidage des initiatives de responsabilité sociale.^{xiv} Le but de cette initiative vise à aligner le programme d'enseignement de la médecine, les activités cliniques, l'intercession, la recherche, l'éducation et les efforts de formation de façon à ce qu'ils soient plus délicats aux besoins changeants des soins de santé communautaires. Elle encourage également les apprenants à être plus conscients de leur responsabilité sociale quand ils se penchent sur les préoccupations prioritaires de leur communauté en matière de santé et plus conscients de leur responsabilité professionnelle de contribuer à répondre à ces besoins. D'autres institutions d'enseignement de la médecine ont mis en place des programmes similaires, comme l'Université McGill, l'Université d'Ottawa, la *University of Manitoba*, la *University of Alberta*, l'École de médecine du Nord de l'Ontario et la *University of British Columbia*.^{xv}

Bien que les facultés de médecine aient fait de grands progrès en intégrant les déterminants sociaux de la santé dans les programmes d'études formels, il y a une culture répandue en enseignement de la santé, qui socialise les apprenants à certaines valeurs qui ne sont pas explicitement enseignées. Ce « programme d'enseignement caché » fait la promotion de la sous-spécialisation et de la pratique dans un centre universitaire comme la seule voie pour les meilleurs et les plus brillants apprentis médecins.^{xvi} Cependant, l'enseignement de la médecine a besoin d'habiliter les apprenants à pratiquer en réponse aux besoins de la population. Il devrait aussi inculquer une culture de responsabilité sociale qui encourage les apprenants à chercher les occasions de mieux servir la société. Un changement dans la culture, visant à embrasser la valeur d'une pratique générale à base communautaire, est le meilleur moyen de réduire le fardeau de la maladie et d'assurer une santé à long terme plutôt que des soins de réanimation pour la population canadienne.

L'enseignement de la médecine au niveau supérieur et les médecins résidents ont un rôle central à jouer dans l'adhésion au mandat de responsabilité sociale des facultés de médecine et en s'attaquant aux inégalités en santé et à la mauvaise distribution des médecins. Ce mandat est inhérent aux cadres CanMEDS et CanMEDS-FM dans le rôle de promoteur de la santé,⁵ qui englobe une large gamme de compétences qui aident les médecins « à reconnaître leur devoir et leur capacité d'améliorer la santé globale de leurs patients et de la société qu'ils desservent. »^{xvii} Il est important que ce rôle et les compétences qui y sont associées soient pleinement reconnus et valorisés dans la formation médicale de niveau supérieur.

APPELS À L'ACTION

5.1 Intégrer des rotations régulières dans la communauté et dans des endroits ruraux et éloignés, avec des occasions d'exposition à des modèles de population et de santé publique dans ces environnements-là.

Les rotations devraient inclure une exposition à la santé autochtone, aux soins primaires, aux régions urbaines et rurales sous-desservies, aux populations d'immigrants et à la santé mondiale. Un des résultats de l'apprentissage devrait être de donner aux résidents une perception accrue de ces réalités sociales et de

5 Définition (promoteur de la santé) : comme promoteurs de la santé, les médecins utilisent leur expertise et leur influence pour promouvoir la santé et le bien-être des patients individuels, des communautés et des populations. (CanMEDS, 2005)

valoriser le rôle du promoteur de la santé et sa responsabilité sociale. Un deuxième résultat serait de fournir aux stagiaires une large perspective sur les soins de santé et la qualité de la santé de sorte que leurs choix concernant leur sous-spécialité et les endroits de pratique reflètent les besoins de la population.

5.2 Élargir le mandat de la responsabilité sociale afin d'accentuer la responsabilité des apprenants de faire des choix de carrière basés sur des besoins sociétaux, mettant en œuvre par là un changement dans l'environnement culturel de la médecine.

Cette action devrait inclure un enseignement fondé sur la preuve et portant sur les besoins de la population et des médecins. L'actuel « programme d'étude caché » qui incarne la sous-spécialisation et la pratique des soins tertiaires doit céder la place à une culture qui habilite les apprenants à offrir des services de généralistes à large base et des services de soins de santé primaires. Cet environnement culturel doit être flexible, de façon à répondre aux schémas changeants dans la dimension démographique du patient et du médecin, et devrait être édifié sur le principe que les apprenants s'efforcent de pratiquer dans le but de desservir les besoins de la population.

Principe 6

Une planification de succession et une transition des pratiques de médecins prenant leur retraite.

Justificatif

La planification des RHS (médecins) doit tenir compte à la fois de l'offre de nouveaux médecins et du départ des médecins déjà en pratique. Comme l'ensemble des effectifs canadiens, celui des médecins prend de l'âge. Jusqu'à la moitié des années 1990, il y a eu une tendance importante, au Canada, vers une retraite anticipée, mais, en 1997, la tendance s'est inversée.^{xviii} Approximativement 1 médecin canadien sur 10 a 65 ans ou plus et, même si l'intensité de leur pratique clinique diminue, beaucoup de ces médecins continuent à travailler après avoir atteint l'âge traditionnel de la retraite.^{xix, 6} Le départ à la retraite des médecins est donc difficile à suivre parce que les données sur les intentions de retraite ou de réduction de leur charge de travail exprimées par les médecins eux-mêmes ne sont pas des indicateurs particulièrement forts de leur comportement futur.^{xx, 7, 8} En plus, le marché du travail des médecins n'est pas en contraction. Entre 2007 et 2011, la croissance du nombre des médecins a été trois fois plus forte que celle de la population à cause d'une augmentation significative dans les inscriptions aux facultés de médecine et du nombre de nouveaux médecins arrivant sur le marché du travail.^{xxi} Ces tendances, ainsi que le faible taux d'attrition, font qu'il est nécessaire de mettre en œuvre des stratégies permettant une planification de succession appropriée et la transition vers la retraite.

6 Sur la base de la *Scott's Medical Database*, « sur une période de deux décennies, la proportion des médecins de 55 ans et plus a augmenté de 25,4 % à 33,2 % en 2007... à l'inverse, la proportion de ceux qui avaient moins de 35 ans est tombée de 21,9 %, en 1987, à 9,8 %, en 2007 » (Statistique Canada, 2011).

7 Le *National Physician Survey* de 2007 et 2010 demandait aux médecins s'ils avaient l'intention de prendre leur retraite dans les 2 années subséquentes. Le sondage a montré que 6,2 % (2007)⁷ et 7,2 % (2010)⁷ des médecins de famille ou des généralistes et 6,5 % (2007) et 7,5 % (2010) des spécialistes le souhaitaient. Ces chiffres n'étaient pas corroborés par la *Scott's Medical Database* ou par les données du fichier maître de l'AMC, qui montraient tous les deux des taux de retraite réels substantiellement plus bas : 0,54 % par année (2005-2007) et 0,79 % par année (2005-2007), respectivement.^{7,7}

8 En supposant un taux de retraite annuel d'environ 3,5 % (basé sur le Sondage national auprès des médecins de 2007 et 2010), on aurait une prise de retraite de 2 538 médecins ; mais, en utilisant la *Scott's Medical Database* ou le fichier maître de l'AMC, on aurait 392 ou 573 médecins qui prendraient leur retraite, respectivement.

APPELS À L'ACTION

6.1 Jumeler des médecins qui s'approchent de la retraite avec de nouveaux médecins diplômés qui peuvent éventuellement accepter la pratique.

Une stratégie qu'on devrait considérer, c'est un programme qui identifie les médecins qui approchent de la retraite et qui les associe, comme mentors, à de nouveaux diplômés, lesquels qui peuvent éventuellement accepter la pratique. Ce programme comblerait le fossé, en particulier pour les communautés qui sont forcées de s'en remettre à un petit nombre de médecins pour avoir des services de santé globaux. Le partenariat présenterait le nouveau diplômé à la communauté et, puisque l'intensité et la portée de la pratique clinique changent à mesure que le médecin s'approche de la retraite,⁹ il adoucirait, pour les patients, la transition vers un nouveau praticien.

6.2 Développer des données longitudinales robustes sur la prise de retraite des médecins.

Parce que les médecins réduisent leur pratique à mesure qu'ils prennent de l'âge, il est important d'estimer l'impact de la transition vers la retraite pour déterminer les modèles de pratique futurs et les besoins en ressources médecins. Toutefois, l'intégration des données présente des difficultés dans tout modèle de prévision. Alors que plus de médecins passent de l'honoraire à l'acte à d'autres régimes de financement, l'information de facturation offrira beaucoup moins de données granulaires sur les modèles de pratique des médecins individuels. À l'avenir, il sera important de considérer plusieurs facteurs qui auront un impact sur ce déséquilibre apparent dans l'approvisionnement en médecins, et notamment :

- les différents modèles de pratique des nouveaux médecins
- les différents modèles de pratique des médecins âgés
- la division entre le modèle urbain et le modèle rural/éloigné
- la pratique de médecine familiale comparée aux postes de spécialistes de niveau supérieur
- la contribution des médecins âgés à l'administration, à l'enseignement et à la recherche.

⁹ Le Dr Raymond Pong, auteur de l'étude *Putting Away the Stethoscope for Good? Toward a New Perspective on Physician Retirement* de 2011, de l'Institut canadien d'information sur la santé. Le Dr Pong note : « Dans les effectifs des médecins, la retraite n'est pas un événement soudain. Nous voyons plutôt une transition vers la retraite, alors que les médecins acceptent de moins en moins de travail et choisissent soigneusement le travail qu'ils acceptent. C'est un processus qui peut s'étendre sur des mois et, dans certains cas, des années. »

Références

- i Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR). A framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-eng.pdf (accessed Apr. 29, 2013).
- ii Council of the Federation. From Innovation to Action: First report of the Health Care Innovation Working Group. 2012. Available: <http://www.councilofthefederation.ca/pdfs/Health%20Innovation%20Report-E-WEB.pdf> (accessed Apr. 29, 2013)
- iii Ibid.
- iv Canadian Psychiatric Association. Orienting international medical graduates to psychiatry residency training in Canada. Ottawa: CPA; 2010. Available: <http://www.cpa-apc.org/cpa-guide-en/index.html?pageNumber=18> (accessed Apr. 27, 2013).
- v Denz-Penhey H, Shannon S, Murdoch CJ, Newbury JW. Do benefits accrue from longer rotations for students in Rural Clinical Schools? *Rural Remote Health* 2005; Apr-Jun;5(2):414.
- vi Eley D, Baker P. Does recruitment lead to retention? Rural Clinical School training experiences and subsequent intern choices. *Rural Remote Health* 2006; Jan-Mar;6(1):511.
- vii Dempsey, A. Health-care checkup: Why can't newly graduated specialist doctors in Canada find jobs? *Toronto Star* Nov. 15, 2012.
- viii The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, College of Family Physicians of Canada. General Standards Applicable to All Residency Programs, B Standards. 2007, revised 2011.
- vix The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2005 Framework. 2005. Available: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_e.pdf (accessed Apr. 26, 2013).
- x Norby SM, Karniski LP, Schmidt DW, Kohan DE. Mentoring for subspecialty training program directors: An unrecognized, unmet need? *J Grad Med Educ* [online]. 2010 Jun;2(2):206-9.
- xi Donovan A. Views of radiology program directors on the role of mentorship in the training of radiology residents. *Am J Roentgenology* [online]. 2010 Mar;194(3):704-8.
- xii The Future of Medical Education Postgraduate Project. Health Disparities, Social Accountability and Postgraduate Medical Education. A paper commissioned as part of the environmental scan for the Future of Medical Education in Canada Postgraduate Project. Available: http://www.afmc.ca/pdf/fmec/01_Jamieson_Health%20Disparity.pdf (accessed Apr. 27, 2013).
- xiii Boelen C, Heck JE. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. World Health Organization, Geneva. Available: <http://www.medicine.usask.ca/leadership/social-accountability/pdfs%20and%20powerpoint/WHO%20Original%20Article%20on%20SA%201995.pdf#WHO%20SA%20Definition> (accessed Apr. 27, 2013).
- xiv University of Saskatchewan. Division of Social Accountability. Available: <http://www.medicine.usask.ca/leadership/social-accountability/> (accessed Apr. 27, 2013).
- xv Dalhousie University Social Accountability and Global Health Committee Report to the Dean of Medicine for the Curriculum Renewal Project. 2009. Available: <http://symposium.medicine.dal.ca/documents/SocAccReportFinal.pdf> (accessed Apr. 29, 2013).
- xvi Mahood SC. Medical education. Beware the hidden curriculum. *Can Fam Physician* 2011;57:983-5.
- xvii The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2005 Framework. Available: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework> (accessed Apr. 27, 2013).
- xviii Carrière Y, Galarneau D. Delayed retirement: A new trend. Component of Statistics Canada Catalogue no. 75-001-X Perspectives on Labour and Income: Oct. 26, 2011.
- xix Pong RW. Putting Away the Stethoscope for Good? Toward a New Perspective on Physician Retirement. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2011.
- xx Buske, L. Canadian Collaborative Centre for Physician Resources: Bulletin, Best Laid Plans – Results of National Physician Survey Cohort Analysis. 2012. Available: http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Policy_Advocacy/Policy_Research/Best%20Laid%20Plans%20-%20Cohort%20paper%20July%202012.pdf Buske (accessed Apr. 29, 2013)
- xxi Canadian Institute for Health Information. Supply, distribution and migration of Canadian physicians 2011. Ottawa: CIHI; 2012.



222, rue Queen, bureau 402, Ottawa ON K1P 5V9
Téléphone : 613-234-6448 | Télécopieur : 613-234-5292 | info@residentdoctors.ca

residentdoctors.ca