

Agence de promotion et de recrutement de Professions Santé Ontario

Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences – Évaluation du programme

Novembre 2009

Résumé

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a admis l'existence de problèmes liés à l'accès, aux ressources et à la capacité dans l'ensemble du système de soins de santé et a élaboré un plan détaillé ayant les buts suivants :

1. réduire les périodes d'attente;
2. améliorer l'accès aux médecins, au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé;
3. garder la population ontarienne en santé.

Pour atteindre ces objectifs globaux, la Province a intégré certaines initiatives afin d'améliorer les secteurs ciblés du continuum de soins. Un des éléments clés de sa stratégie est l'état des ressources humaines en santé (RHS) par rapport au réseau. ProfessionsSantéOntario (PSO) est la stratégie que la Province a adoptée pour que la population ontarienne ait accès au nombre et aux types appropriés de fournisseurs de soins qualifiés et ce, autant aujourd'hui qu'à l'avenir. L'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (APR PSO), une initiative faisant partie de la stratégie de PSO, vise à accroître le nombre de professionnels de la santé qualifiés qui exercent en Ontario.

Les problèmes d'accès des services des urgences (SU) de l'Ontario découlent d'une foule de facteurs, comme les besoins des collectivités en matière de soins primaires, le nombre de patients qui attendent un niveau différent de soins et les défis à relever à l'égard des RHS pour répondre à la demande. Dans le cadre du Plan d'action pour les services des urgences (octobre 2006) du MSSLD, l'Ontario Medical Association (OMA) et le MSSLD ont lancé le Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences (Projet pilote PSSU). À titre de mesure provisoire de dernier recours, ce programme de suppléance dans les SU assure la permanence de médecins dans les quelque 20 hôpitaux ayant les besoins les plus extrêmes pour les aider à éviter toute fermeture imprévue de leur SU pendant la mise en oeuvre d'autres initiatives liées aux SU et d'autres solutions locales concernant les médecins.

Afin de tirer profit des travaux effectués jusqu'à maintenant et de veiller à ce que le programme évolue de façon à répondre aux besoins du réseau, l'APR PSO a demandé que le Projet pilote PSSU, qui fonctionne depuis environ trois ans, fasse l'objet d'une évaluation externe dans le cadre des progrès à accomplir pour créer un réseau de SU efficace et durable en Ontario.

Objectifs et portée de l'évaluation

L'étude visait à évaluer formellement le Projet pilote PSSU, à établir si ses objectifs ont été atteints et à déterminer son incidence ainsi que ses conséquences imprévues. L'évaluation comportait deux phases regroupant cinq étapes distinctes de réalisation et de collaboration avec l'APR PSO visant à atteindre ses objectifs liés au programme, ce qui a été fait en cinq mois. Grâce à cette approche, le processus d'évaluation a permis non seulement de réaliser les objectifs prévus du programme, mais aussi de formuler des recommandations réalisables et efficaces.

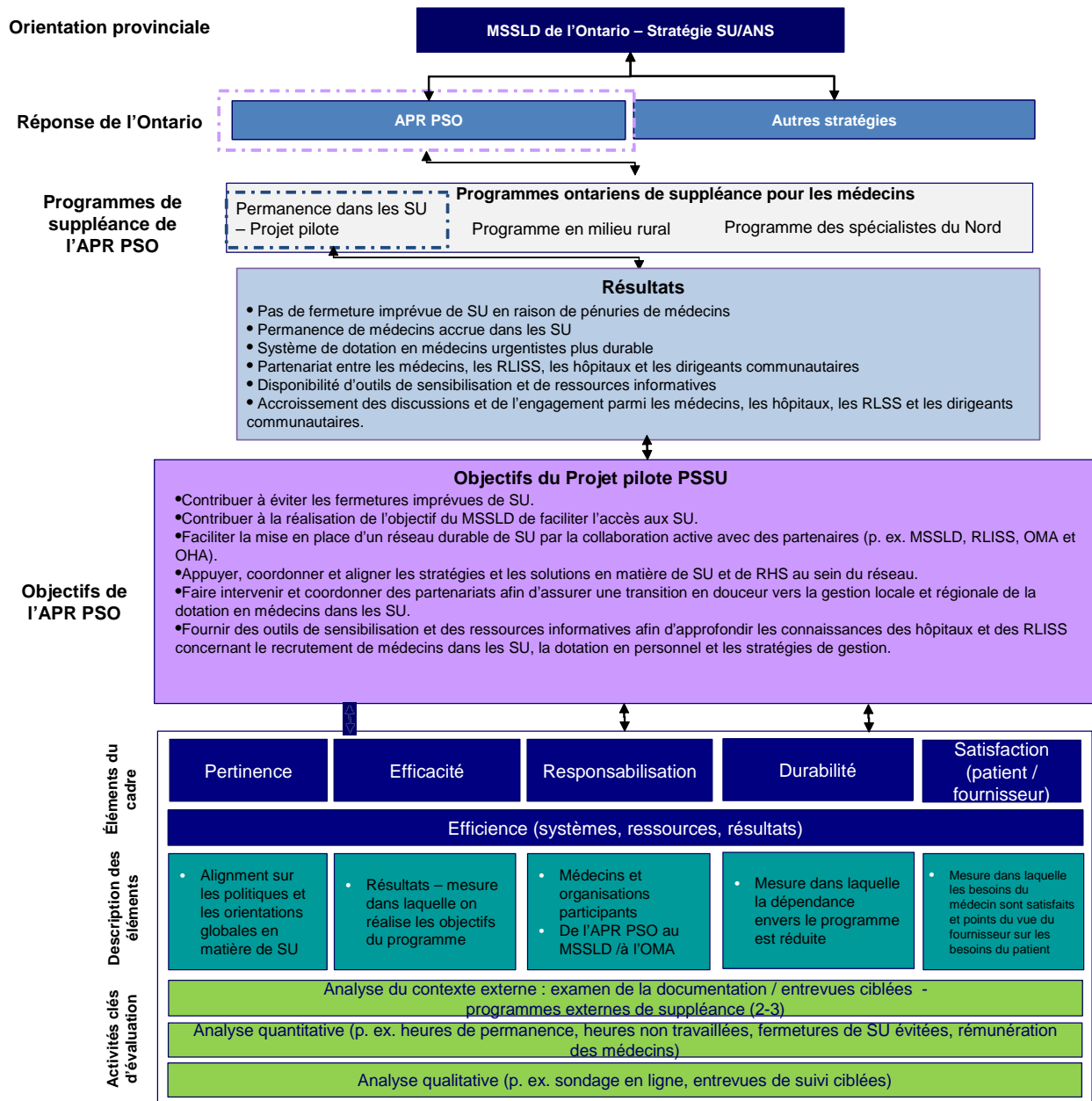
- **Phase 1** – Évaluation des services, des activités, des processus, des produits et des résultats du Projet pilote PSSU selon six éléments clés : pertinence, efficacité, responsabilisation, efficience, durabilité et satisfaction des patients et des fournisseurs.
- **Phase 2** – Évaluation des liens entre les programmes, les initiatives, les fournisseurs et les intervenants actuels du secteur des SU; détermination de la mesure dans laquelle le Projet pilote PSSU appuie et facilite les autres initiatives liées aux RHS et les autres programmes compris dans le cadre de travail provincial concernant les SU.

L'évaluation formelle visait le Projet pilote PSSU; il a été décidé qu'une évaluation de l'APR PSO dépasserait le mandat.

Méthodologie de l'évaluation

Cadre d'évaluation

Le cadre de travail fixé pour l'évaluation du Projet pilote PSSU intègre la vision provinciale relative à la santé ainsi que la vision et les buts globaux du Projet pilote, notamment l'examen des résultats du programme en ce qui concerne l'efficacité et l'efficience.



Pour que l'évaluation tienne compte des points de vue de tous les intervenants, nous avons utilisé diverses méthodes d'analyse quantitative et qualitative. Cette approche a permis à l'équipe d'évaluation d'obtenir la participation d'un grand éventail de groupes d'intérêt concernés ou qui influent sur l'efficacité du Projet pilote PSSU pour ce qui est de réaliser l'objectif de la Province consistant à maintenir la prestation de soins de qualité et l'accès à ceux-ci.

Données quantitatives

L'analyse consistait en un examen des renseignements obtenus du programme à l'égard du Projet pilote PSSU. Dans la mesure du possible, les tendances clés concernant ce qui suit ont été présentées :

- les fermetures de SU imprévues de dernière minute qui ont été évitées, selon le type de solution;
- les heures de suppléance en milieu hospitalier demandées d'urgence et reçues;
- les heures de permanence de médecins fournies;
- la durée pendant laquelle les hôpitaux étaient admissibles aux services du Projet pilote;
- les dépenses réelles et prévues du Projet pilote.

Données qualitatives

Un examen qualitatif du programme a été effectué en trois volets principaux :

- Examen de la documentation – intégration des renseignements généraux sur l'APR PSO et le Projet pilote PSSU.
- Sondage en ligne – administration d'un sondage électronique auprès de plus de 300 intervenants, dont 108 ont répondu.
- Entrevues avec des intervenants – entrevues de suivi ciblées avec un échantillon représentatif de 33 personnes.

Groupe consultatif

Le groupe consultatif, composé d'experts, faisait des commentaires. Le groupe, qui représentait un large éventail d'intervenants, a fourni des conseils et des observations à l'APR PSO par l'intermédiaire de l'équipe d'évaluation du Projet pilote PSSU et a mis à contribution son expertise en ce qui concerne la création d'un réseau de SU efficace et durable pour l'Ontario.

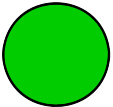
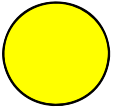
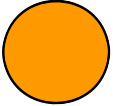
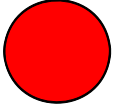
Analyse du contexte externe

Un des volets de l'évaluation consistait à examiner la documentation pertinente relative aux programmes actuels de suppléance dans les SU au Canada et à l'étranger, puis à décrire leurs paramètres, les principaux facteurs de succès et les leçons tirées. L'examen de la documentation et l'analyse du contexte externe ont révélé que parmi les autres programmes de suppléance qui affectent des médecins et d'autres ressources interdisciplinaires aux SU ayant des problèmes de dotation en personnel, aucun ne ressemble au Projet pilote PSSU.



De toute évidence, d'autres autorités sanitaires utilisent des programmes de suppléance pour régler les problèmes de ressources humaines (RH) de leurs SU. Toutefois, les modes de prestation peuvent différer légèrement, car le besoin le plus impérieux semble être lié à la pénurie de RHS dans les régions rurales et éloignées.

Conclusions de la phase 1

Dans chaque volet de l'évaluation, nous avons classé nos conclusions et nos résultats comme suit :

Vert		Répond très bien aux critères
Jaune		Répond modérément aux critères / Quelques améliorations nécessaires
Orange		Répond quelque peu aux critères / Améliorations importantes nécessaires
Rouge		Ne répond pas aux critères / Problèmes critiques à régler

Voici un sommaire des conclusions globales de l'évaluation du programme :

Élément du cadre	Critères d'évaluation	Cote	Principaux points
Satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> Du point de vue des médecins, répond aux besoins des patients Du point de vue des hôpitaux et des RLISS, répond aux besoins des patients et des médecins Répond aux besoins et aux attentes des médecins (p.ex. moral, qualité vie-travail) Conséquences imprévues ou négatives 	 Répond très bien aux critères	<ul style="list-style-type: none"> Les hôpitaux indiquent que la qualité des médecins du Projet pilote est égale ou supérieure à celle des autres programmes de suppléance. 91 % des médecins du Projet pilote sont satisfaits de leur expérience. <ul style="list-style-type: none"> Cependant, ils ne sont pas satisfaits des options de contrat à court terme.
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> Atteint les buts visés et les objectifs à court, à moyen et à long terme A une incidence sur la permanence de médecins dans les SU de tous les hôpitaux, y compris des résultats positifs et négatifs, des conséquences imprévues, etc. Les processus de recrutement créent le bassin de médecins le plus approprié Les partenaires contribuent à l'efficacité du programme 	 Répond modérément aux critères / Quelques améliorations nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des intervenants disent que le Projet pilote est efficace pour gérer les crises et aider à éviter les fermetures imprévues de SU. Depuis le lancement, 16 hôpitaux ont réduit leur dépendance envers le Projet pilote et ont cessé de l'utiliser. Puisque le Projet pilote a réalisé son mandat de base et que les frais de suppléance par heure et par fermeture évitée sont demeurés stables au cours des deux dernières années, le programme est efficient sur ce plan. Ressentiment général des groupes de médecins locaux - conséquence imprévue liée à la disparité de la rémunération.
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> Contribue à la réalisation des priorités du MSSLD et des RLISS liées aux RHS des SU et est aligné sur les objectifs de politiques globaux 	 Répond modérément aux critères / Quelques améliorations nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> La fourniture de médecins et l'accès facilité aux programmes du ministère figurent parmi les services du Projet pilote les plus appréciés. Sentiment partagé en ce qui concerne l'alignement sur les buts régionaux et provinciaux. Les renseignements et les outils du Projet pilote ne sont pas utiles aux établissements ayant des stratégies avancées ni aux hôpitaux en milieu rural.
Durabilité	<ul style="list-style-type: none"> Facilite le transfert aux RLISS et au palier local de la gestion de la dotation en personnel de SU Les paramètres d'admissibilité et les critères d'évaluation sont alignés sur les objectifs et s'adaptent aux besoins changeants Favorise l'autonomie par rapport au programme 	 Répond quelque peu aux critères / Améliorations importantes nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> La mise en place du programme collectif des RLISS représente une étape positive qui contribuera à la gestion locale des questions de dotation en personnel; cependant, les services actuels ne favorisent pas une dépendance moindre envers le Projet pilote. Certains intervenants estiment que l'admissibilité des hôpitaux est limitée et qu'on n'accorde pas le même poids aux hôpitaux de niveau 2 qui ont des problèmes de permanence de médecins. Le modèle provincial ne permettra peut-être pas de régler les questions locales ou régionales.
Responsabilisation	<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes appropriés pour tenir responsables les médecins, les groupes de médecins et les hôpitaux de respecter les paramètres du programme Remplit son obligation redditionnelle envers le MSSLD et l'OMA 	 Ne répond pas aux critères / Problèmes critiques à régler	<ul style="list-style-type: none"> Absence d'un processus transparent et complet d'évaluation des médecins du Projet pilote. Perception selon laquelle les indicateurs de rendement ne sont pas largement communiqués au MSSLD et à l'OMA. Absence de clarté concernant la politique de déplacement et d'hébergement – certaines dépenses déraisonnables déclarées aux hôpitaux.

Pour chaque élément du cadre d'évaluation, l'équipe d'évaluation a proposé des options. Certaines s'excluent mutuellement : il s'agissait d'offrir diverses options sur lesquelles se fonderaient les

orientations stratégiques que le Projet pilote PSSU pourrait adopter, y compris la question de savoir s'il convient de poursuivre le Projet pilote.

Il est difficile de présenter une analyse définitive et quantifiable de l'efficacité du Projet pilote PSSU. Bien que d'autres programmes de suppléance privés fournissent des services semblables à ceux du Projet pilote en Ontario, les renseignements relatifs à leurs coûts d'exploitation ne relèvent pas du domaine public. Toutefois, il faut mentionner que le programme a été efficace dans la mesure où il a réussi à remplir son mandat de base, soit la prévention des fermetures imprévues de SU, et, ce faisant, il a aidé de nombreux hôpitaux de la province à servir leur collectivité. L'efficacité du Projet pilote se mesure par les niveaux élevés de satisfaction des hôpitaux clients et des médecins à qui il fait appel, comme l'indique l'évaluation. En outre, même confronté à une demande croissante d'heures de permanence de médecins, le programme a pu continuer à offrir ses services tout en maintenant ses coûts, comme en témoigne le coût relativement stable des heures de permanence fournies par les médecins.

Conclusions de la phase 2

À la phase 2, l'analyse de l'état actuel du Projet pilote PSSU visait à déterminer son rôle par rapport aux autres programmes, initiatives et fournisseurs du secteur des SU, ainsi que la mesure dans laquelle il appuie les autres initiatives liées aux RHS et les autres programmes compris dans le cadre de travail provincial en matière de SU. La phase 2 se fonde sur les conclusions de la phase 1 pour déterminer les voies dans lesquelles le Projet pilote devrait s'engager afin de mieux répondre aux besoins variables du milieu des RH des SU.

Un examen poussé des principales stratégies liées aux SU qu'on applique présentement en Ontario pour améliorer l'accès et la qualité des services d'urgence indique clairement que d'autres programmes et organismes provinciaux contribuent à la réalisation des buts globaux, notamment :

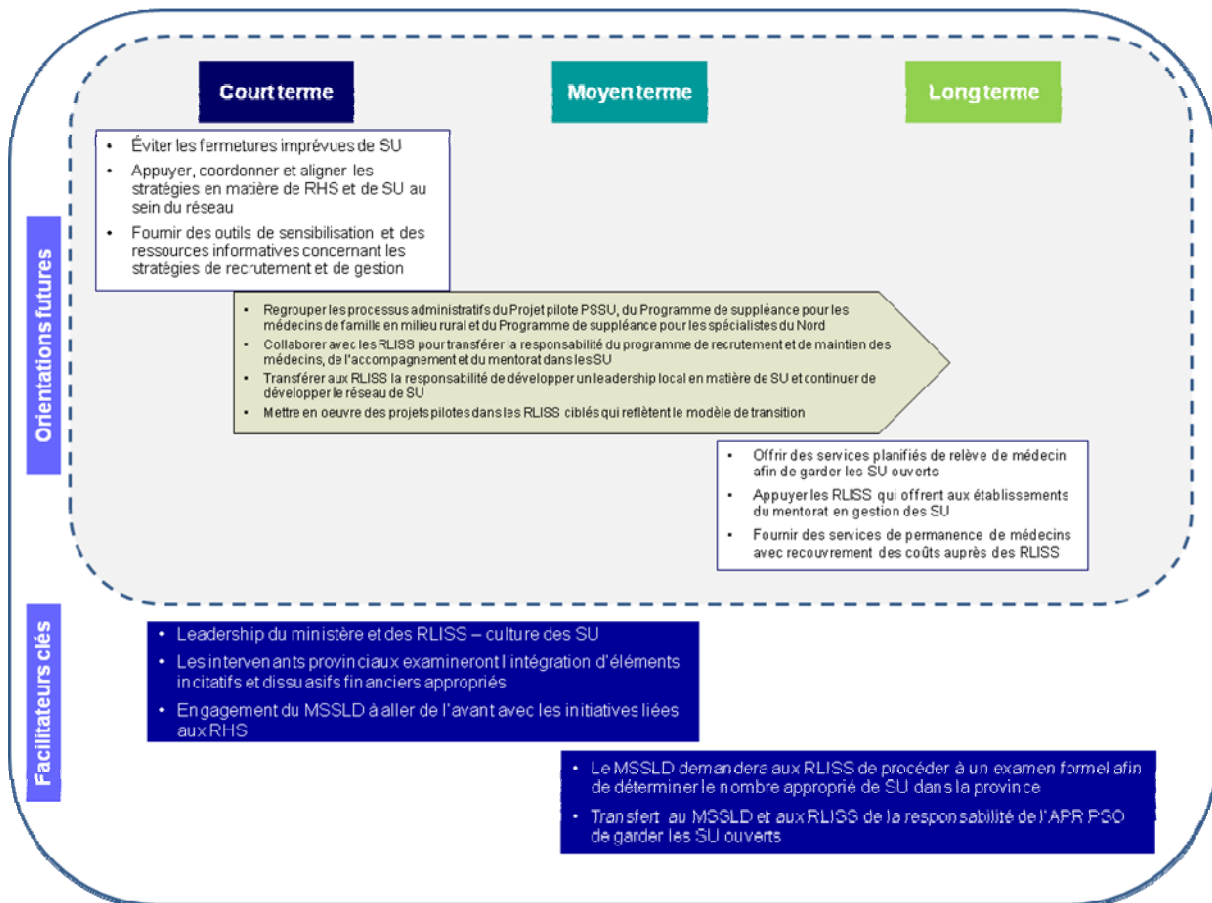
- améliorer l'accès aux SU;
- accroître la durabilité des SU;
- appuyer le recrutement et le maintien des RHS (médecins);
- réduire l'encombrement des SU;
- favoriser l'intégration d'autres fournisseurs de soins de santé;
- éviter les admissions aux SU;
- améliorer la qualité de la prestation des services d'urgence.

L'examen des divers mandats et objectifs révèle que certains programmes offrent des services semblables. Inversement, peu de programmes visent à aider le réseau à :

- améliorer l'utilisation des ressources existantes liées aux SU;
- prévoir des fonctions d'accompagnement ou de mentorat dans les SU;
- sensibiliser les intervenants aux moyens de gérer les SU de façon efficace et efficiente;
- harmoniser les programmes d'incitatifs à l'intention des médecins, comme les initiatives concernant les soins primaires.

Vision globale pour l'avenir

Sur la base des initiatives actuelles et futures concernant les SU, on a déterminé que le Projet pilote PSSU a la possibilité d'évoluer de son état actuel de programme à un modèle provincial qui pourrait répondre aux besoins du réseau en matière de RH. Le schéma suivant illustre la transition proposée à l'état futur du Projet pilote :



Même si le principal objectif du Projet pilote PSSU est d'offrir un appui de dernier recours, l'APR PSO continuera de surveiller les besoins des SU confrontés à des circonstances inattendues, comme le départ imprévu d'un médecin de sa collectivité. Cela diffère des autres problèmes de recrutement et de maintien des RH et l'APR PSO continuera à fournir une aide de durée limitée dans ces cas spéciaux. Cependant, il faut prendre note que le mandat futur envisagé, soit la fourniture de services de relève, ne pourra pas être pleinement rempli tant que les SU de la province ne disposeront pas d'un effectif suffisant par rapport aux besoins de leur collectivité.

Compte tenu, d'une part, des conclusions sur l'état actuel tirées par suite de la phase 1 et, d'autre part, de la vision concernant l'évolution future du Projet pilote PSSU et de l'harmonisation opérationnelle globale envisagée à la phase 2, nous avons présenté des propositions visant non seulement à renforcer les mérites du programme, mais également à permettre au Projet pilote de faire la transition à une fonction qui répondra mieux aux besoins futurs des SU en matière de RH.

Cadre décisionnel pour l'évaluation des recommandations

Le cadre suivant nous a guidés dans l'élaboration de recommandations appropriées permettant de répondre efficacement aux besoins actuels et futurs liés aux objectifs du programme. Le cadre décisionnel favorisera :

- ***l'alignement des décisions administratives et financières*** sur les buts et les objectifs de l'APR PSO et du Projet pilote PSSU;
- la communication des options futures au MSSLD et à l'OMA grâce à ***une approche collaborative coordonnée*** des fournisseurs de services de santé et des partenaires provinciaux en matière de planification;
- un processus décisionnel ***équitable, transparent et fondé sur des données probantes***;
- l'établissement de ***critères compréhensibles et objectifs*** pour l'évaluation des propositions et des options.

Bien que le Projet pilote PSSU ait rempli son mandat en gardant les SU ouverts, la durabilité globale du réseau ne s'est pas améliorée suffisamment, comme en témoigne la demande des hôpitaux qui croît tous les ans. Par conséquent, chaque recommandation vise à appuyer éventuellement la durabilité du réseau de santé.

Pour illustrer les coûts de haut niveau relatifs de chaque option, nous attribuons les cotes suivantes :

Neutre sur le plan des ressources	---
Peu de ressources requises	+
Ressources modérées requises	++
Ressources importantes requises	+++

Les recommandations sont énoncées ci-dessous et classées selon leur réalisation à court, à moyen ou à long terme.

Recommandations à court terme	Ressources requises
Accroître la diffusion du mandat du Projet pilote PSSU.	---
Déterminer la durée et les paramètres appropriés des contrats des médecins.	---
Officialiser l'orientation fournie par chaque hôpital aux médecins du Projet pilote.	+
Déterminer les mesures de rendement qui guideront l'orientation des politiques de l'APR PSO et du MSSLD.	+
Élaborer un cadre de responsabilisation formel qui énoncera plus précisément les responsabilités de l'APR PSO envers le MSSLD à l'égard du Projet pilote.	+
Effectuer un sondage annuel sur la satisfaction des hôpitaux et des médecins à l'égard du Projet pilote.	++
Mettre en oeuvre un processus formel d'évaluation des médecins.	++
Favoriser l'échange d'information entre les hôpitaux et les médecins.	++
Accroître le soutien pour le programme collectif des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ou une solution semblable axée sur les RLISS.	+
Redéfinir les mesures et les indicateurs clés.	++
Envisager d'aligner l'admissibilité des hôpitaux au Projet pilote sur l'indice de ruralité de l'Ontario.	++
Revoir le contenu et la prestation des conseils, des soutiens et des guides de dotation relatifs aux RHS.	++
Mettre en oeuvre un processus plus formel pour les établissements du Projet pilote dont la date de cessation prévue dans le cadre du programme est imminente.	++
Déterminer un processus (et ses responsables) pour surveiller les engagements des médecins du Projet pilote en ce qui concerne leurs quarts de travail dans leur hôpital d'attache <i>OU</i> éliminer l'exigence.	+ ou ---
Préciser formellement la politique relative aux déplacements.	---

Recommandations à moyen terme	Ressources requises
Rationaliser les buts du Projet pilote pour qu'il se concentre sur son mandat principal, soit garder les SU ouverts (accompagnement de transition, mentorat, soutien lié aux RHS, etc. pour les RLISS).	++
Élaborer des critères ciblés à l'intention des établissements du Projet pilote qui présentent une nouvelle demande de participation.	---
Mettre en oeuvre des mécanismes de recouvrement des coûts pour inciter les hôpitaux à ne plus dépendre du programme.	+
Tenir compte de l'indice de ruralité dans la rémunération des médecins du Projet pilote.	++
Recommandations à long terme	Ressources requises
Diffuser l'information sur la transition du Projet pilote à la prestation de services de relève.	++
Continuer à soutenir les services de suppléance sur une base restreinte.	---

Puisque le Projet pilote PSSU ne peut pas atteindre ses buts à long terme si les SU ne disposent pas d'effectifs complets au niveau local ou régional, certaines conditions préalables doivent être réalisées pour que la mise en oeuvre de ces recommandations soit réussie et qu'il en découle une amélioration du réseau de SU de l'Ontario :

- Les responsabilités liées aux stratégies de recrutement et de maintien des RHS, à l'accompagnement et au mentorat devraient être transférées aux RLISS, qui sont bien placés pour élaborer des stratégies pratiques adaptées aux caractéristiques particulières de leur région. Plusieurs RLISS se sont engagés dans ce processus avec une planification collaborative et l'intégration de recruteurs permanents. Toutefois, il faut réaffecter les ressources et les fonds provinciaux aux RLISS pour accroître la capacité, renforcer les liens, développer la responsabilisation au niveau local et favoriser le leadership à l'échelle locale et régionale.
- Les intervenants provinciaux doivent déterminer les éléments incitatifs et dissuasifs qui ont un effet favorable sur les SU, mais qui sont également efficaces dans l'ensemble du continuum des soins de santé. Le MSSLD devrait examiner l'alignement des divers incitatifs à l'intention des médecins pour comprendre les conséquences imprévues qui se sont manifestées ces dernières années. Selon l'opinion générale, la planification à l'égard des médecins des SU diffère de celle liée aux autres groupes de médecins. Par conséquent, il faut désormais tenir compte de la spécificité de ce groupe pour élaborer des stratégies fructueuses.
- Afin de déterminer la « bonne » capacité permettant d'assurer la prestation de soins de qualité et l'accès à ceux-ci, il faudrait réaliser une étude provinciale pour établir les besoins des diverses régions de la province en matière de ressources et de distribution.
- La culture des intervenants doit changer de façon que les responsables du MSSLD et des RLISS, de concert avec les leaders des cliniques locales, déterminent les meilleurs moyens de faire des SU un milieu de travail attirant.
- Les stratégies en matière de RHS devraient prévoir une intégration accrue des autres professionnels des soins de santé, comme le personnel infirmier praticien et le personnel adjoint aux médecins, pour réduire le volume de travail des médecins des SU, une pratique considérée comme exemplaire dans d'autres pays.
- Les RLISS doivent encadrer leurs hôpitaux et leurs cliniciens dans la promotion de programmes non traditionnels visant à répondre à la demande de médecins suppléants. En particulier, dans le cas des hôpitaux qui utilisent régulièrement les services du Projet pilote PSSU par comparaison aux autres hôpitaux de la province, il faut effectuer prioritairement une évaluation ciblée des facteurs spécifiques qui les touchent afin de régler ces problèmes liés aux SU d'un point de vue systémique.

Conclusion

Les résultats obtenus pour chaque élément du cadre d'évaluation font ressortir que le Projet pilote PSSU a rempli son mandat et a contribué à maintenir les SU ouverts dans l'ensemble de la province. Un des résultats intéressants du programme est l'acquisition, par les établissements du Projet pilote, d'outils et de connaissances leur permettant de gérer de manière efficace et proactive leurs pénuries de médecins au lieu de recourir immédiatement au programme pour obtenir une aide en matière de suppléance.

Cependant, le Projet pilote PSSU a eu des conséquences imprévues qui sont perçues comme nuisibles pour certains intervenants. Dans l'ensemble, on a exprimé un ressentiment découlant de la disparité de la rémunération associée à la suppléance dans le cadre du Projet pilote. Si le programme se poursuit à l'avenir, les hôpitaux et le MSSLD devront déterminer ensemble s'il existe une solution à ce problème.

On souligne également que le Projet pilote PSSU n'a pas été aussi efficace dans la réalisation de son objectif consistant à accroître la capacité du réseau à gérer la dotation en personnel des SU et les initiatives de recrutement à long terme au niveau de chaque hôpital. Selon les résultats de la phase 2, il est possible pour le programme de collaborer plus étroitement avec les autres programmes et services liés aux SU afin de mieux concentrer les efforts globaux du réseau sur l'accroissement des effectifs des SU. Outre le fait qu'on s'attend à ce que les initiatives mises en oeuvre dans le cadre du Plan d'action pour les services des urgences permettent de maintenir un bassin suffisant de RH qui répondra à la demande de services dans les SU, le Projet pilote aura la possibilité de changer son mandat actuel pour devenir un programme plus approprié qui répondra mieux aux besoins de la province en ce qui concerne les RH et le réseau.

Que faut-il faire?

Outre un plan de communication complet visant à préciser les buts officiels et les contraintes du Projet pilote PSSU sous la direction du MSSLD, les RLISS, en se fondant sur la réussite du programme collectif des RLISS, doivent encadrer leurs hôpitaux et leurs cliniciens dans la promotion de programmes non traditionnels visant à répondre à la demande de médecins suppléants. En particulier, dans le cas des hôpitaux qui utilisent régulièrement les services du Projet pilote par comparaison aux autres hôpitaux de la province, il faut effectuer prioritairement une évaluation ciblée des facteurs spécifiques qui les touchent afin de régler ces problèmes liés aux SU d'un point de vue systémique.

Par ailleurs, la culture des intervenants doit changer de façon que les cliniciens se responsabilisent à l'égard de leur SU. Pour ce faire, il faut que les responsables du MSSLD et des RLISS, de concert avec les leaders des cliniques locales, adoptent cette culture collégiale et favorisent la création d'un milieu de travail attirant pour les cliniciens. En outre, la Province peut utiliser le Programme de partenariats communautaires de l'APR PSO pour établir des liens entre les intervenants et les initiatives et les pratiques exemplaires de leur RLISS. Dans le cadre de la stratégie, la Province commencera par intégrer un modèle robuste d'accompagnement et de mentorat que les RLISS pourront développer.

À titre d'intervenant clé associé au Projet pilote PSSU, l'OMA devrait participer à la planification à court, à moyen et à long terme à l'égard des buts et des incidences concernant les médecins, selon le résultat de négociations avec le MSSLD.

À mesure que le réseau de santé évoluera pour répondre aux besoins futurs de la population, l'APR PSO continuera d'évaluer l'efficacité et la pertinence du Projet pilote PSSU ainsi que son alignement sur les priorités du MSSLD, des RLISS et des collectivités. Toutefois, dans ce contexte, il faut accepter qu'une collaboration accrue à l'échelle du réseau est nécessaire. L'APR PSO et ses autres partenaires du réseau doivent collaborer pour élaborer des solutions réalisables axées sur l'optimisation des ressources cliniques dans l'ensemble du continuum des soins de santé. L'APR PSO ne peut pas réaliser pleinement ses objectifs et son potentiel sans la collaboration active des autres intervenants.

A. Stratégies à moyen terme

Un examen des initiatives provinciales liées aux SU et des organismes pertinents révèle que la prestation des services en matière de RHS est fragmentée parmi les organismes. Tant qu'il n'y aura pas d'approche coordonnée visant à faciliter le recrutement d'effectifs complets pour les SU, y compris un mélange de médecins et d'autres cliniciens, la Province aura du mal à diminuer la dépendance envers le Projet pilote PSSU et les autres ressources de suppléance. C'est pourquoi il faut aussi transférer aux RLISS les responsabilités associées aux stratégies de recrutement et de maintien des RHS, à l'accompagnement et au mentorat. Guidés par le leadership d'un organisme directeur, les RLISS seront mieux en mesure d'élaborer des stratégies pratiques adaptées aux caractéristiques particulières de leur région. Plusieurs RLISS se sont engagés dans ce processus avec une planification collaborative et l'intégration de recruteurs permanents. Toutefois, il faut réaffecter les ressources et les fonds provinciaux aux RLISS pour accroître la capacité, renforcer les liens, développer la responsabilisation au niveau local et favoriser le leadership à l'échelle locale et régionale. L'APR PSO devrait transférer les responsabilités appropriées en matière de RHS aux RLISS, mais continuer de jouer un rôle de soutien dans ce domaine en fournissant des conseils au besoin.

Que faut-il faire?

Outre les responsabilités et la coordination des fonctions liées aux RHS, les intervenants provinciaux doivent déterminer les éléments incitatifs et dissuasifs qui ont un effet favorable sur les SU, mais qui sont également efficaces dans l'ensemble du continuum des soins de santé. Tous les intervenants ont mentionné des problèmes associés à la disparité de la rémunération au cours de l'évaluation formelle du Projet pilote PSSU, car il s'agit d'une question multifactorielle qui touche plusieurs secteurs. On peut régler en partie le problème de la rémunération au moyen d'une approche à plusieurs niveaux selon laquelle des incitatifs de rendement sont fournis aux hôpitaux, aux groupes régionaux et aux RLISS, ces incitatifs augmentant d'un niveau à l'autre. Comme les RLISS disposeront de fonds accrus pour récompenser le rendement supérieur, ils seront mieux placés pour continuer à assumer la responsabilité des initiatives en matière de RHS.

Le MSSLD doit aller de l'avant en ce qui concerne les initiatives en matière de RHS qui sont en cours ou prévues. Selon l'opinion générale, la planification à l'égard des médecins des SU diffère de celle liée aux autres groupes de médecins. Par exemple, les médecins des SU ont en général des quarts de travail indésirables dans leur horaire régulier et jouent le rôle de bouche-trou pour tous les programmes cliniques. Par conséquent, il faut désormais tenir compte de la spécificité de ce groupe pour élaborer des stratégies fructueuses. De plus, les stratégies en matière de RHS devraient prévoir une intégration accrue des autres professionnels des soins de santé (comme le personnel infirmier praticien et le personnel adjoint aux médecins) à titre de prolongements du médecin permettant de réduire le volume de travail des médecins des SU, une pratique considérée comme exemplaire dans d'autres pays.

Outre les divers programmes et modèles de financement lancés par la Province, le MSSLD devrait examiner l'harmonisation des divers incitatifs à l'intention des médecins pour comprendre les conséquences imprévues qui se sont manifestées ces dernières années. Avant que des décisions concernant la rémunération appropriée des médecins du Projet pilote PSSU soient prises, un groupe d'intervenants représentatif comprenant des représentants du MSSLD, de l'OMA, des RLISS, des hôpitaux, des collectivités et des médecins devrait évaluer les aspects liés au financement de l'ensemble du continuum des soins de santé.

Pour que le modèle proposé du Projet pilote PSSU soit adopté dans la province, nous suggérons pour commencer une approche consistant à lancer des initiatives pilotes permettant de transférer les responsabilités en matière de RHS de l'APR PSO à certains RLISS choisis. En mettant le modèle à l'essai dans des régions ciblées où le leadership est fort, on peut augmenter les probabilités de réussite. Nous proposons de mettre en oeuvre ces initiatives pilotes d'une manière progressive afin d'ouvrir la voie pour les autres RLISS qui adopteront une approche à plusieurs étapes.

B. Stratégie à long terme

Une fois les éléments à court et à moyen terme en place, les hôpitaux seront plus en mesure de gérer leurs problèmes en matière de RHS. Cela permettra au Projet pilote PSSU d'abandonner son mandat de base actuel, qui consiste à offrir un soutien en matière de suppléance à un petit nombre d'hôpitaux, et de jouer son nouveau rôle, soit fournir des services de relève aux nombreux hôpitaux qui en ont besoin. À cette étape, les SU disposeront de l'aide, de l'encadrement et des outils locaux requis pour gérer de façon proactive leurs absences prévues. Toutefois, il demeurera nécessaire d'offrir des services de relève planifiés aux SU, particulièrement aux établissements en milieu rural et éloigné.

Malgré la spécialisation future du Projet pilote à l'égard des services de relève, l'APR PSO continuera de surveiller les besoins des SU confrontés à des circonstances inattendues, comme le départ imprévu d'un médecin de sa collectivité. Ce genre de situation diffère des autres problèmes de recrutement et de maintien des ressources humaines et l'APR PSO continuera à fournir des services de suppléance de durée limitée dans ces cas spéciaux. Tandis que le MSSLD, les RLISS et les hôpitaux élaborent une solution à l'échelle du réseau au problème de l'accès rapide aux services des SU dans l'ensemble de la province, l'APR PSO doit déterminer les aspects opérationnels et financiers du futur programme.

La réalisation du but visé appuiera les stratégies globales de recrutement et de maintien des médecins et améliorera l'harmonisation avec les autres programmes de suppléance de l'APR PSO.

Que faut-il faire?

Les buts à long terme du Projet pilote PSSU ne peuvent être réalisés si les SU ne disposent pas d'effectifs complets au niveau local ou régional. Les stratégies à moyen terme permettront aux RLISS d'accroître la capacité interne, jetant les bases du succès futur du Projet pilote dans son nouveau rôle. Cela facilitera le transfert progressif des responsabilités liées à l'ouverture ininterrompue des SU de l'APR PSO aux RLISS et au MSSLD.

La stratégie consistant à fournir à la fois des services de suppléance et de relève aux hôpitaux qui en ont besoin nécessitera des fonds additionnels. Par conséquent, à mesure que l'APR PSO s'approchera de ce but final, en collaboration avec les autres intervenants, il sera essentiel d'évaluer l'équilibre entre ces services et de faire en sorte que le Projet pilote PSSU continue de fonctionner comme une solution efficiente. Les résultats financiers influenceront non seulement sur l'équilibre, mais aussi sur les besoins de la majorité des collectivités de la province.

Afin de déterminer la « bonne » capacité permettant d'assurer des soins de qualité et l'accès à ceux-ci, il faudrait réaliser une étude provinciale pour établir les besoins des diverses régions de la province en matière de ressources et de distribution liées aux SU. Étant donné les stratégies de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences et d'accès aux différents niveaux de soins qui sont en cours, la prestation de services d'urgence dans l'ensemble du continuum, par exemple au moyen d'initiatives liées aux soins primaires ou de fournisseurs non traditionnels de soins de santé, pourrait influencer sur le nombre de SU requis ou sur les types de ressources nécessaires pour fournir ces services. Par conséquent, lorsque la Province commencera à constater les avantages d'un réseau intégré, une évaluation complète de la capacité en matière de SU pourrait être opportune et confirmer que l'APR PSO peut passer à un rôle lié en grande partie aux services de relève sans compromettre les activités des SU et, en fin de compte, les soins fournis aux patients.

Parallèlement à l'évaluation de la capacité en matière de SU dans l'ensemble de la province, les RLISS continueront à améliorer l'intégration des services cliniques et l'optimisation des ressources en élaborant leurs plans de services cliniques. À mesure que les RLISS se transformeront en réseaux de santé plus intégrés, cela permettra de mieux planifier les RHS au niveau régional et de planifier de façon proactive en prévoyant les pénuries futures.

Avec le plan de haut niveau prévoyant la transition du Projet pilote PSSU en harmonie avec les stratégies provinciales visant à améliorer la qualité des soins d'urgence et l'accès à ceux-ci, les options pertinentes de la phase 1 qui contribuent à la réalisation des buts à court, à moyen et à long terme du programme deviennent plus évidentes dans l'établissement de la priorité des recommandations finales.