

Pratiques prometteuses pour la rétention du personnel soignant dans les communautés nordiques, rurales et éloignées

Vous cherchez des pratiques prometteuses utilisées dans les communautés nordiques, rurales et éloignées du Canada pour améliorer l'accès à des soins primaires en équipe, sécuritaires et de qualité? Cette pratique devrait vous intéresser.

Mise en œuvre d'un programme d'adjoints et d'adjointes au médecin pour favoriser la rétention au sein des Services de santé Ongomiizwin

Quelle est la pratique prometteuse?

Pour favoriser la rétention, les Services de santé Ongomiizwin ont adopté une stratégie clé d'intégration des adjoints et des adjointes aux équipes cliniques de sept communautés rurales et éloignées du Manitoba. Le programme d'adjoints et d'adjointes au médecin, financé par Services aux Autochtones Canada, a été mis en œuvre en 2020 pour fournir une capacité d'appoint critique et des soutiens aux prestataires et aux patients résidant et travaillant dans des communautés nordiques, rurales et éloignées.

Messages clés et éléments de la pratique prometteuse

- En 2020, les Services de santé Ongomiizwin (OHS) ont élaboré une solution innovante et progressive : l'intégration d'adjoints et d'adjointes au médecin (AM) aux équipes cliniques.
- Les OHS ont mis à l'essai le programme d'extension des services des médecins et effectué sa validation de principe de 2019 à 2022. En deux ans :
 - le programme d'AM est passé d'un à dix-neuf prestataires travaillant dans un hôpital et plusieurs établissements accessibles par avion;
 - les AM ont fourni plus de 10 000 heures de services cliniques aux communautés des Premières Nations les plus éloignées.
- Le programme a remporté l'adhésion massive et les éloges des collègues en santé et des patients.
- Les facteurs essentiels à la réussite comprenaient :
 - une collaboration étroite avec les principales parties prenantes (par exemple, le Collège des médecins et chirurgiens, les médecins, les infirmiers et infirmières et la direction);
 - un modèle intéressant de postes contractuels d'équivalent temps plein (ETP) flexibles;
 - l'utilisation de divers établissements;
 - la capacité de mettre en pratique toutes les compétences avec la supervision et le soutien de médecins de famille du Nord.

Contexte

OHS, servant le Nord du Manitoba et les régions Kivalliq, Qikiqtani et Kitikmeot du Nunavut, est un organisme de santé interprofessionnel robuste dirigé par une équipe de professionnels et professionnelles de la santé dont certains sont autochtones.

Les disparités en santé affectant les communautés des Premières Nations proviennent d'enjeux socio-politico-économiques historiques complexes encore présents et d'obstacles géographiques et logistiques qui appartiennent à un système de santé tout aussi ancien et complexe. La prestation de soins et de services aux communautés nordiques et éloignées des Premières Nations est difficile en raison des problèmes de recrutement et de rétention du personnel et d'obstacles structurels, systémiques et institutionnels à l'accès aux soins. La COVID-19 a exacerbé la pression sur ce système et a mis en évidence l'obsolescence des modèles de prestation exigeant de créer des approches innovantes. Par ailleurs, la pandémie mondiale a aggravé les pénuries déjà importantes en personnel infirmier ressenties dans l'ensemble du pays, particulièrement dans les communautés les plus éloignées et vulnérables. La pression accrue sur les soins de santé primaires exacerbe en outre les écarts des résultats en matière de santé entre les Premières Nations et le reste de la population.

Approche : intégration d'adjointes et d'adjoints au médecin

Pour s'attaquer à ces défis, le Manitoba a entre autres créé le programme pilote d'extension des services des médecins des Services de santé Ongomiizwin en 2020 afin d'intégrer des adjointes et des adjoints au médecin aux équipes de soins primaires de communautés rurales et éloignées de la province. Le programme a d'abord été financé par des fonds fédéraux pour la COVID-19 et par le soutien à titre gratuit de médecins de famille rémunérés par la province. Il est maintenant financé annuellement par Services aux Autochtones Canada.

De 2020 à 2023, OHS a mis à l'essai le programme d'extension des services des médecins et effectué sa validation de principe. En seulement deux ans, le programme est passé d'un à dix-neuf prestataires travaillant dans un hôpital et dans plusieurs établissements accessibles par avion. Les collègues en santé et les patients l'ont largement plébiscité.

Participation

Des cadres médicaux, des AM responsables de cliniques, des responsables administratifs, des membres du personnel des équipes juridiques, des finances et des ressources humaines, l'organisme de réglementation (Collège des médecins et des chirurgiens du Manitoba) et les bailleurs de fonds du programme (Services aux Autochtones Canada).

Résultats (comment savons-nous que la rétention s'améliore?)

L'impact du déploiement d'adjointes et d'adjoints au médecin et la rétention n'ont pas fait l'objet d'une évaluation complète, mais les économies d'échelle, les améliorations du système et les résultats cliniques sont actuellement évalués. Des données montrent que l'intégration d'AM a eu des retombées positives durables sur la rétention dans les communautés nordiques, rurales

et éloignées. Par exemple, les premières données de base recueillies pendant deux ans ont montré :

- une amélioration du flux de travail du personnel infirmier et des médecins; et des modèles innovants et révisés de prestation de soins et de service en équipe;
- un meilleur soutien du personnel infirmier avec plus de médecins disponibles sur place et des collègues supplémentaires pour prendre en charge la hausse du fardeau lié aux maladies et des besoins des postes de soins infirmiers;
- la possibilité pour les médecins et le personnel infirmier de transférer de nombreux besoins en soins primaires et chroniques de la patientèle aux AM, ce qui libère de l'attention pour les cas complexes et les soins intensifs;
- une capacité d'appoint critique offerte par les AM pendant les pénuries de personnel extrêmes, particulièrement en été;
- une réduction de la charge de travail des médecins et du personnel infirmier, qui étaient ainsi mieux épaulés;
- une extension interdisciplinaire efficace des services dans les postes de soins infirmiers et les hôpitaux.

En plus d'avoir des retombées positives sur la rétention, les AM peuvent améliorer l'accès aux soins pour les personnes vivant dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. Voici d'autres résultats potentiellement associés à l'amélioration de l'accès à des soins primaires sûrs :

- En deux ans, les AM ont fourni plus de 10 000 heures additionnelles de services cliniques à nos communautés des Premières Nations les plus éloignées.
- L'intégration des AM a accru la polyvalence et rapproché les disciplines classiques des soins infirmiers et de la médecine.
- La prestation de services en soins primaires et en soins actifs pour les communautés des Premières Nations éloignées et mal servies s'est améliorée.

D'autres avantages comprennent le passage à une approche de soins en équipe plus multidisciplinaire et holistique dans la communauté et la réduction du cloisonnement dans les parcours de formation en appuyant des centres de formation pour les futurs et futures AM. Le modèle d'AM est une ressource précieuse qui réduit les iniquités en santé, contribue à lutter contre les obstacles à l'accessibilité et favorise des améliorations en équipe en soins primaires. Des normes élevées de soins médicaux d'excellence adaptés à la culture ont été définies, avec un pilier de mentorat entre AM.

Que pense le personnel?

- « C'est évident que nos postes de soins infirmiers n'auraient pas pu rester ouverts pendant les jours fériés sans l'assistance des adjointes et adjoints au médecin. »
(Infirmière gestionnaire de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, DGSPNI)

- « Le partage de la charge de travail clinique a beaucoup soulagé les médecins et le personnel infirmier. Je suis incapable d'imaginer un avenir sans AM. » (Infirmier régional de la DGSPNI)
- « Il n'a pas été facile de définir un nouveau rôle et un nouveau champ d'exercice dans un environnement multiorganisme, mais le temps et l'énergie investis tout au long du processus d'intégration et de mentorat ont porté leurs fruits. Les AM se sentent soutenus et ont tout pour réussir dans un environnement clinique complexe. »

Principaux facteurs de réussite

- Mobilisation importante des médecins, qui ont offert du mentorat aux AM et leur expertise pour faciliter l'intégration.
- Équipe de direction solide, dirigée par un membre des AM, et composée de cliniciens et de mentors en exercice.
- Utilisation d'un modèle attirant de postes contractuels avec des occasions d'emploi flexibles comme des ETP et des établissements variables.
- Possibilité pour les AM avec une grande expérience de mettre en pratique des compétences avancées avec la supervision et le soutien de médecins de famille du Nord. Capacité d'offrir des niveaux d'autonomie élevés aux AM avec la supervision et le soutien de médecins à distance.
- Mentorat individualisé et ciblé par des AM expérimentés pour assurer la continuité et la stabilité ainsi que des modes de pratique adaptés à la culture.
- Collaboration avec le Collège des médecins et des chirurgiens du Manitoba pour formaliser et simplifier les processus d'intégration, de documentation et d'évaluation périodique. Création du niveau de compétence cinq pour représenter au mieux les modèles de pratique nordiques.
- Facteurs d'intégration solides : relations entre les médecins, les AM, OHS et le Collège des médecins et des chirurgiens du Manitoba et mentorat des nouvelles recrues par des AM pour transmettre en continu des normes de pratiques de soins rigoureuses et du contenu clinique ciblé.

Grands défis

- Intégration des AM particulièrement complexe demandant beaucoup de temps et de travail et de bien connaître la pratique des AM et les politiques du Collège des médecins et des chirurgiens du Manitoba.
- Relation forte avec les médecins essentielle.
- Compréhension des forces et des faiblesses de chaque médecin nécessaire pour affecter chaque AM à l'établissement et au milieu de travail appropriés.
- Perception erronée des AM comme des personnes remplaçant les médecins ou le personnel infirmier.
- Singularité de la profession d'AM : nombreuses possibilités quand les personnes sont recrutées avec soin, que leur candidature est vérifiée et qu'elles sont utilisées de façon optimale.

- Il existe quatre programmes de formation d'AM au Canada comportant 65 places au total, dont 15 au Manitoba. Le contenu et les objectifs des modèles de formation et du programme, la durée et les thèmes principaux ne sont pas uniformes.
- La priorité a été accordée aux personnes diplômées du Manitoba pour réduire les frais de déplacement et tirer parti de leur connaissance des principes cliniques locaux.

Prochaines étapes

- Poursuite de la demande de financement stable aux gouvernements provincial et fédéral.
- Transition de l'étape du projet à un programme avec des structures claires.
- Évolution du projet au programme accompagnée par un cadre de leadership restructuré déléguant les tâches administratives afin d'assurer la mise en place de soutiens adéquats pour un succès durable.
- Collaboration avec des partenaires en formation des AM pour élargir l'offre d'enseignement.
- Vision pour l'avenir : élaboration d'un programme de stages de formation multidisciplinaire à microaccréditations centré sur des thèmes en santé des Autochtones et sur la pratique médicale dans le Nord.
- Démarche de modernisation des modèles de prestation avec des prestataires de service pour les fonder sur des équipes interprofessionnelles.
- Rémunération des médecins pour le préceptorat à distance.
- Conception et mise en œuvre d'un cadre d'évaluation.
- Peaufinage d'aspects du continuum de l'intégration et du recrutement; la courbe d'apprentissage des premières années a orienté l'élaboration de nouveaux documents et processus. L'expansion et l'évolution du projet ont mis en lumière la nécessité d'évaluer la pérennité et le succès.

Coût

Le budget de fonctionnement annuel de 2,2 millions de dollars couvre les frais administratifs, le coût des déplacements et les salaires d'environ 9 ETP d'AM. Le plan stratégique quinquennal prévoit d'avoir un ou une AM dans chaque site clinique, soit 28,8 ETP. Le programme d'AM est financé par nos partenaires fédéraux de Services aux Autochtones Canada et est mis en œuvre via des ententes de service avec les Services de santé Ongomiizwin.

Pour en savoir plus

Pour en savoir plus sur le modèle d'adjoints et d'adjointes au médecin au sein des Services de santé Ongomiizwin, écrivez à Melanie Mackinnon : melanie.mackinnon@umanitoba.ca.