

POSTFACE : L'INCIDENCE DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR LA MAIN- D'OEUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

Mara Mihailescu, Jade Sim et Ivy Bourgeault

Postface : L'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada

La pandémie de COVID-19 a eu une incidence importante sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada. Étant donné que la plupart des chapitres de ce texte ont été préparés avant mars 2020, lorsque l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que la COVID-19 était une pandémie, ils n'abordent pas ce problème. Cette postface aborde certains des effets de la pandémie, y compris des exemples spécifiques de travailleurs de la santé touchés, en s'appuyant sur un aperçu international publié précédemment (Bourgeault et al., 2020).

PROTECTION DE LA MAIN-D'OEUVRE DE LA SANTÉ

ACCÈS AUX ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Un problème important que les travailleurs de la santé ont rencontré pendant la pandémie de COVID-19 a été l'accès à l'équipement de protection individuelle (EPI) qui peut réduire le risque d'exposition au virus. L'information sur les EPI fait partie du droit des travailleurs de la santé de connaître les environnements de travail dangereux, ainsi que leur droit de refuser de faire un travail dangereux (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers [FCSII], 2020a).

L'accès aux EPI varie selon les groupes de travailleurs de la santé et les provinces. Une enquête menée par l'Association canadienne des technologues en radiation médicale, par exemple, a révélé que près de 40 % des technologues en radiation médicale estimaient ne pas avoir un accès adéquat aux EPI et, parmi ce groupe, 60 % ont déclaré que d'autres professionnels de première ligne avaient un meilleur accès aux EPI (Gold, 2020).

Les travailleurs en soins de longue durée, les préposés aux bénéficiaires (PAB) et les nettoyeurs dans les hôpitaux n'ont pas été initialement pris en compte lors de la distribution d'EPI et ont par conséquent été exposés de façon disproportionnée au virus. Dans un établissement de soins de longue durée en Ontario, le personnel a signalé que seules les infirmières autorisées avaient accès aux masques N-95 pendant une éclipse, contrairement aux PAB et aux autres travailleurs (Ireton, 2020).



Ces situations mettent en évidence la dynamique du pouvoir existant au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada.

Il y a eu de nombreux appels à la transparence dans l'approvisionnement et la distribution des EPI de la part des syndicats et des associations professionnelles à travers le pays. Les La FCSII, par exemple, a publié une déclaration plaidant que le devoir de protéger les travailleurs de la santé et, par extension, leurs patients incombe aux ministères de la santé et aux employeurs dans le secteur de la santé (FCSII, 2020c).

Le Syndicat canadien de la fonction publique a également souligné le fait que les PAB ne peuvent pas travailler en toute sécurité sans avoir accès aux EPI (Fox, 2020).

Efforts pour améliorer l'accès à des EPI sécuritaires

Pour accroître l'accès des travailleurs essentiels aux EPI, le gouvernement du Canada a lancé un appel à l'action pour que les fabricants canadiens capables de le faire dirigent leur production vers les EPI ou les produits de désinfection et a lancé un plan fédéral pour mobiliser l'industrie manufacturière afin qu'elle produise des EPI (gouvernement du Canada, 2020c). Le plan fédéral comprenait le recadrage du Fonds stratégique pour l'innovation afin de soutenir la fabrication

d'EPI sur des projets de grande envergure, ainsi que d'accélérer la recherche et le développement liés à la COVID-19 par le biais du Conseil national de la recherche.

Le gouvernement a également adopté un arrêté d'urgence pour accélérer l'importation, la vente et la distribution d'EPI et d'instruments médicaux tels que les désinfectants, les blouses médicales, les visières et les masques médicaux (gouvernement du Canada, 2020d). En vertu de l'arrêté d'urgence, l'industrie et les professionnels de la santé pouvaient envoyer une demande au gouvernement fédéral pour recevoir des instruments médicaux en lien avec la COVID-19 (gouvernement du Canada, 2020a). Il s'agissait de favoriser la distribution équitable et uniforme des EPI, ainsi que de fournir une assurance de la qualité et des lignes directrices d'utilisation. Pour aider les distributeurs et les travailleurs de la santé à obtenir plus d'EPI, le gouvernement fédéral a lancé une base de données des instruments médicaux récemment autorisés mise à jour quotidiennement (gouvernement du Canada, 2020b). La base de données comprend également les instruments médicaux dont l'utilisation a été élargie pendant la COVID-19 et des produits dont l'utilisation n'est plus autorisée.

INFECTIONS ET DÉCÈS DUS À LA COVID-19 CHEZ LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

Dans de nombreux pays, il n'existe aucun registre officiel des cas d'infection et de décès chez les travailleurs de la santé. Amnesty Internationale (2020) a estimé qu'au 3 septembre 2020, environ 7000 travailleurs de la santé étaient morts de la COVID-19 dans le monde.

Au Canada, il y a eu peu de coordination dans la collecte des données jusqu'à la fin de juillet. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les travailleurs de la santé représentent 19,4 % des infections au Canada (ICIS, 2020). Santé publique Ontario (SPO) a signalé que plus de 80 % des travailleurs de la santé infectés

étaient des femmes et que 13 travailleurs de la santé étaient décédés de la COVID-19 à la suite d'une exposition en milieu de travail (SPO, 2020).

Les données sur les décès de travailleurs de la santé au Canada sont incohérentes. Alors que SPO a identifié 13 décès de travailleurs de la santé en Ontario seulement, l'ICIS a rapporté seulement 12 décès à l'échelle du pays et la FCSII a recueilli des informations sur 16 décès de travailleurs de la santé canadiens (SPO, 2020; FCSII, 2020b). Cet écart peut être lié en partie à qui est (et n'est pas) considéré comme un travailleur de la santé par ceux qui recueillent ces données. Les agents des services environnementaux et les agents de soutien administratif, par exemple, peuvent ne pas être inclus dans certains dénombrements des travailleurs de la santé, malgré leur rôle intégral dans le soutien aux patients et au système de santé dans son ensemble, en particulier pendant une pandémie.

En plus des questions sur l'exactitude des données, on manque également de données sociodémographiques, ce qui rend difficile de déterminer l'incidence de la race sur les taux d'infection et de mortalité liés à la COVID-19. Des preuves anecdotiques montrent clairement que les travailleurs de la santé appartenant à des groupes racialisés ont été les plus touchés par la COVID-19. Dans une page commémorative visuelle assemblée par le Réseau canadien des personnels de santé (RCPS), huit des 15 travailleurs de la santé commémorés en octobre 2020 étaient des travailleurs racialisés, dont la plupart travaillaient dans les soins de longue durée (RCPS, 2020). Cela cadre avec la recherche indiquant que de nombreux travailleurs racialisés sont dirigés vers les parties les plus précaires du système de santé, telles que les soins de longue durée, qui ont souvent des taux de rémunération plus bas, moins de congés de maladie et une moins bonne sécurité d'emploi (Sim, Gupta et Bourgeault, 2020).

LA COVID-19 ET LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ IMMIGRANTS/RÉFUGIÉS

Les données de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) indiquent que les immigrants et les réfugiés représentent un pourcentage important des travailleurs de la santé infectés par la COVID-19. Dans une étude comparant les taux d'infection chez les nouveaux arrivants en Ontario aux taux chez les résidents nés au Canada et de longue date, l'IRSS a constaté que 36 % des femmes dont le test s'était avéré positif étaient des travailleuses de la santé; de ces femmes, 45 % étaient des immigrantes ou des réfugiées (Guttmann et al., 2020).

Ces chiffres sont corrélés à la surreprésentation des immigrants travaillant dans les établissements de soins de longue durée. Dans les villes métropolitaines comme Vancouver et Calgary, plus de 70 % des aides-infirmiers, des aides-soignants et des associés au service de soins aux patients sont des immigrants (Turcotte et Savage, 2020).

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES DENTISTES

Par Jelena Atanackovic

La pandémie de COVID-19 et les mesures de distanciation sociale associées ont exacerbé le stress typique auquel sont confrontés les dentistes. Parmi les facteurs de stress supplémentaires, on compte l'obligation de fermer leur cabinet à plusieurs étapes des restrictions, le redéploiement dans d'autres secteurs du système de santé pour aider à lutter contre la pandémie et l'équipement de leur clinique en EPI coûteux. Pour contrer le stress des dentistes, il est recommandé d'accroître le mentorat par les pairs et les programmes de soutien qui emploient des approches proactives afin de soutenir la santé mentale et le bien-être.

SANTÉ ET SÉCURITÉ PSYCHOLOGIQUES DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

La sécurité des travailleurs de la santé va au-delà de leur sécurité physique, s'étendant à leur santé et à leur sécurité psychologiques. Le Groupe CSA définit un milieu de travail qui favorise la sécurité psychologique des employés comme « un environnement qui favorise le bien-être psychologique des travailleurs et qui s'efforce activement de prévenir les dommages à la santé psychologique des travailleurs, y compris les dommages causés par la négligence ou par l'imprudence ou les dommages délibérés » (Groupe CSA, 2018).

Les travailleurs de la santé sont déjà soumis à de nombreux facteurs qui affectent leur santé mentale, tels que des environnements de travail stressants et des préoccupations concernant leur sécurité, et ces facteurs ont été amplifiés pendant la pandémie. De lourdes charges de travail, combinées à l'isolement social et à la méfiance causée par le volume et par la nature contradictoire des informations émergentes, créent un environnement difficile pour les travailleurs de la santé. Beaucoup se sont sentis anxieux, débordés, impuissants, privés de sommeil et en danger. La détresse morale et l'épuisement professionnel ont particulièrement prévalu, un sondage récent indiquant que 47 % des travailleurs de la santé ont déclaré avoir besoin de soutien psychologique (McKinley, 2020).

Ressources en santé mentale pour les travailleurs de la santé

Conscients du besoin accru de services psychologiques parmi les travailleurs de la santé, les gouvernements et les organisations se sont efforcés d'accroître la disponibilité des services. Par exemple :

- Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a créé des lignes directrices pour la prestation de soutien psychologique aux travailleurs de la santé, y compris des stratégies visant à élaborer une intervention psychologique, à prévoir des interventions clés concernant les problèmes de santé mentale et à introduire des pratiques en matière de sécurité psychologique par l'intermédiaire des chefs d'équipe (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2020).

- La Société canadienne de psychologie a mis en œuvre un programme d'orientation pour relier les travailleurs de la santé de première ligne à des services de consultation gratuits partout au Canada (Société canadienne de psychologie, 2020).
- Le projet ECHO du Centre de toxicomanie et de santé mentale, un réseau de soutien virtuel visant à créer des liens entre les travailleurs de la santé et à les aider, a été adapté à la COVID-19 (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020).
- Le régime public d'assurance-maladie a été modifié afin d'inclure les travailleurs sociaux inscrits dans les services couverts en tant que praticiens de la santé mentale pendant la pandémie afin d'accroître la disponibilité des services de santé mentale (Christianson-Wood, 2020).

Grâce à ces initiatives et à d'autres, de nombreux travailleurs dans le secteur de la santé mentale ont été mobilisés pour aider à apporter du soutien psychologique pendant la pandémie. À mesure que la demande pour ces services augmente, il est essentiel que les plans visant à élargir l'accès à ceux-ci pendant la pandémie de COVID-19 maintiennent les conditions en milieu de travail qui favorisent la sécurité psychologique des employés pour tous les travailleurs de la santé.

ACCROISSEMENT DE LA CAPACITÉ DE MOBILISATION

Dans une situation de pandémie, la capacité normale d'un système de santé peut s'avérer insuffisante pour répondre aux besoins, de sorte qu'une capacité de mobilisation supplémentaire peut être nécessaire. La capacité de mobilisation est définie par le U.S. Department of Health and Human Services comme « la capacité d'évaluer et de soigner un volume grandement accru de patients, un volume qui met à mal ou qui dépasse la capacité opérationnelle normale [qui]... peut s'étendre au-delà des soins directs aux patients et comprendre des tâches telles que des études de laboratoire approfondies ou des enquêtes épidémiologiques » (Assistant Secretary for Preparedness and Response, 2012).

Plusieurs stratégies ont été mises en place dans plusieurs provinces et territoires afin d'accroître la capacité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé en augmentant le nombre de travailleurs disponibles. Il s'agissait notamment du recrutement actif, de l'inscription et de l'octroi de permis d'urgence, de l'assouplissement des critères d'inscription et d'octroi de permis, de la réintégration des retraités et de l'accélération du processus pour les nouveaux diplômés. Ces stratégies aident également à remédier à la perte de travailleurs de la santé due aux infections et aux exigences en matière de quarantaine.

CAPACITÉ ACCRUE GRÂCE À L'OCTROI DE PERMIS ET À LA RÉGLEMENTATION

L'assouplissement des critères d'inscription et d'octroi de permis est une mesure ayant permis aux autorités d'accroître rapidement la capacité du système de santé. Toutes les professions ont établi des procédures d'inscription et d'octroi de permis d'urgence, y compris une catégorie temporaire et conditionnelle d'inscription permettant à certains travailleurs d'intégrer ou de réintégrer la main-d'œuvre sans satisfaire aux exigences habituelles.

Dans certaines provinces, comme en Alberta, les stagiaires en médecine diplômés qui avaient terminé leur formation et étaient admissibles à passer les examens menant au permis étaient autorisés à demander l'exercice indépendant de leurs activités sur un registre provisoire sans restrictions en matière d'exercice (College of Physicians and Surgeons of Alberta, 2020). Ce type de dispositions était également nécessaire en raison de l'annulation ou du report de nombreux examens et cours de perfectionnement professionnel.

De nombreux travailleurs retraités ont rejoint les associations au début de la pandémie pour leur offrir du soutien et leur demander de quelles façons ils pouvaient les aider. Ces travailleurs avaient la formation et l'expérience nécessaires pour réintégrer rapidement la main-d'œuvre et donner des soins dans leur champ d'exercice. En Nouvelle-Écosse, par exemple, les médecins qui avaient pris leur retraite au cours des trois dernières années pouvaient demander un permis restreint et retourner au travail (College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, 2020).

En fin de compte, la flexibilité d'octroi des permis et les changements de réglementation ont permis d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé prêts à réagir à la pandémie. Bon nombre de ces changements étaient temporaires, mais ils restent encore à être renversés à mesure que la pandémie avance et que l'urgence de santé publique demeure en vigueur.

FLEXIBILITÉ ACCRUE DE LA MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ : CHAMP ET EMPLACEMENT

La capacité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé dépend non seulement du nombre de travailleurs au sein du système, mais aussi de leur travail, de la façon dont ils le font et de l'endroit où ils le font. En réaction à la pandémie, les travailleurs de la santé ont connu des changements à la fois dans leur champ d'exercice et dans leurs lieux de travail.

Changements dans le champ d'exercice

Le champ d'exercice désigne les rôles, les fonctions, les tâches, les activités, les compétences professionnelles, les normes de pratique et les exigences en matière d'accès à la profession et d'inscription d'une profession particulière. Plusieurs travailleurs de la santé ont vu leur champ d'exercice changer pour mieux réagir à la pandémie.

Les modifications apportées par le gouvernement de l'Alberta ont donné aux infirmières et infirmiers praticiens la possibilité de travailler comme prestataires de soins primaires dans les foyers de soins de longue durée. Ce champ élargi comprenait l'évaluation des résidents, la prescription de médicaments et la prestation des soins de suivi. La Nurse Practitioner Association of Alberta travaille avec les Services de santé de l'Alberta pour pérenniser ce changement (Nurse Practitioner Association of Alberta, 2020).

Également en Alberta, les orthophonistes ont reçu une formation supplémentaire et ont été invités à effectuer des écouvillonnages nasopharyngés pour le dépistage de la COVID-19, ce qui dépasse le champ d'exercice typique de ces professionnels (Alberta College of Speech Language Pathologists and Audiologists, 2020).

La suppression ou l'assouplissement des exigences en matière d'éducation a également permis des changements rapides dans les champs d'exercice et les tâches. Par exemple, le British Columbia College of Nursing Professionals a commencé à autoriser les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés à effectuer des écouvillonnages nasopharyngés pour le dépistage de la COVID-19 sans les exigences supplémentaires habituelles en matière d'éducation (British Columbia College of Nursing Professionals, 2020).

Passage rapide aux soins virtuels

Les soins virtuels n'ont pas été créés pendant la pandémie de COVID-19, mais ils sont devenus l'une des stratégies les plus répandues pour permettre aux travailleurs de la santé de fournir des soins tout en maintenant la distanciation physique. Cela a été particulièrement crucial dans les premières étapes, lorsque les consignes sur le retour au travail sécuritaire

EN QUOI CONSISTENT LES SOINS VIRTUELS?

Les soins virtuels sont « toutes les interactions entre les patients et/ou les membres de leur cercle de soins se produisant à distance, utilisant toutes les formes de communication ou de technologie de l'information, dans le but de faciliter ou de maximiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients » (Jamieson et al., 2015). Ils peuvent être réalisés par l'entremise de n'importe quelle technologie, y compris par téléphone ou par vidéoconférence, et peuvent être synchrones ou asynchrones. Les soins virtuels optimisent la sécurité des patients et des fournisseurs pendant la pandémie en limitant l'exposition et le potentiel de transmission virale (Gadzinski, Gore, Ellimoottil, Odisho et Watts, 2020).

n'existaient pas. De nombreux travailleurs comptaient également sur les soins virtuels pour continuer à gérer leur entreprise et rester financièrement viables lorsque leur bureau a fermé au début de la pandémie.

La flexibilité réglementaire permettant l'inclusion des soins virtuels dans les champs d'exercice des praticiens a permis à de nombreux travailleurs de la santé qui n'avaient pas été autorisés auparavant à fournir des soins virtuels ou de la télésanté de travailler dans ce nouveau contexte.

La flexibilité de l'octroi de permis en ce qui a trait au lieu de prestation des soins a également permis que les soins virtuels dépassent les frontières des provinces et des territoires. Par exemple, pour maintenir la continuité des soins, les conseils de psychologie et d'ergothérapie de Terre-Neuve-et-Labrador ont autorisé la télésanté et les services virtuels par des praticiens de l'extérieur de la province pour les clients qui avaient temporairement

déménagé à Terre-Neuve-et-Labrador en raison de la COVID-19 (Newfoundland and Labrador Psychology Board, 2020; Newfoundland and Labrador Occupational Therapy Board, 2020).

Le financement des soins virtuels, tant pour les outils qui ont permis aux professionnels de les prodiguer que pour les services en tant que tel, a aussi grandement facilité leur adoption par les professionnels. Pour les médecins, de nouvelles politiques de paiement et de nouveaux codes de facturation propres aux visites virtuelles étaient nécessaires pour soutenir ce changement. À l'Île-du-Prince-Édouard, le Health PEI One Island Health System a mis à jour ses codes de facturation pour tenir compte des soins virtuels pour les visites limitées en cabinet, des conseils en promotion de la santé, de la psychothérapie, des entrevues diagnostiques et thérapeutiques, des consultations, des visites de suivi gériatrique et des visites postnatales (Health PEI, 2020a). La facturation des visites de soins virtuelles doit également être reconnue par l'assureur du patient; de nombreuses entreprises l'ont acceptée, notamment Sunlife Canada Life, Manuvie, Desjardins, Green Shield, Alberta Blue Cross, Pacific Blue Cross et Croix Bleue Medavie.

De nombreuses provinces, comme l'Île-du-Prince-Édouard et la Colombie-Britannique, ont également acheté des permis pour les travailleurs de la santé afin de soutenir les soins virtuels aux patients pendant la pandémie de COVID-19 (Health PEI, 2020b; Provincial Health Services Authority, 2020). Certaines plateformes offraient des permis gratuits aux travailleurs de la santé par l'intermédiaire de leurs associations provinciales en partenariat avec les gouvernements provinciaux. Un exemple est *Zoom for Healthcare*, une plateforme de vidéoconférence virtuelle sécurisée et basée sur le Web pour les patients et les travailleurs qui est conforme aux réglementations canadiennes en matière de protection de la vie privée (Health PEI, 2020b).

CHIROPRATICIENS ET TÉLÉSANTÉ : ÉTUDE DE CAS

Avant la pandémie, les chiropraticiens au Canada n'offraient pas de télésanté ou de visites virtuelles, comptant uniquement sur

les visites et les consultations en personne. Mais pour ceux qui exerçaient la chiropratique dans les régions où les soins en personne n'étaient pas autorisés ou étaient sévèrement limités une fois la pandémie déclarée, il était essentiel de passer aux soins virtuels. En offrant des visites de télésanté, ils pouvaient aider les patients ayant des besoins en soins neuromusculosquelettiques émergents ou aigus, leur permettant potentiellement de gérer la douleur et d'éviter une visite en personne chez un chiropraticien ou aux urgences de l'hôpital, ce qui aurait entraîné un plus grand risque d'exposition à la COVID-19 (Association chiropratique canadienne, 2020). Pour appuyer ce virage, l'Association chiropratique canadienne a offert aux chiropraticiens Virtual Chiro Care, un logiciel de télésanté adapté aux soins chiropratiques et conforme à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de l'Ontario et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPE)* du gouvernement fédéral

Déploiements de personnel

La capacité du système de santé peut également être ajustée en déplaçant les travailleurs, soit au sein de la même organisation, soit dans une autre organisation et même dans certains cas, dans une autre province ou un autre territoire. Dans les deux cas, un travailleur peut conserver son champ d'exercice ou étendre ses activités à de nouveaux domaines.

Le déplacement de travailleurs de la santé au sein d'une organisation est plus facile, car ils sont déjà payés par cette organisation. Le manque de transférabilité du financement complique le déploiement des travailleurs dans une autre organisation. En plus de l'autorisation rapide et provisoire évoquée précédemment, les organismes d'attribution du droit d'exercice ont également facilité l'expansion de la capacité du système de santé en augmentant la flexibilité des champs d'exercice autorisés, ce qui a permis un déploiement au sein des organisations et entre celles-ci. Au début de la pandémie, de nombreux travailleurs se sont portés volontaires pour être redéployés dans d'autres régions où les besoins en main-d'œuvre dans le secteur de la santé étaient plus importants; cependant, ce n'est pas considéré comme viable à long terme.

Les travailleurs qui sont réaffectés d'une unité de leur organisation à une autre peuvent continuer à offrir le même type de soins dans une autre unité ou leur champ d'exercice peut changer. Au Centre universitaire de santé McGill, le personnel a été transféré dans la nouvelle unité dédiée à la COVID-19, un espace de recherche converti pour augmenter la capacité à recevoir des patients atteints de la COVID-19. Certains médecins ont été réaffectés à cette unité à partir de spécialités moins critiques, telles que la dermatologie, et ont élargi leur champ d'exercice pour offrir des soins au chevet des patients. Les inhalothérapeutes et les infirmières et infirmiers ont également été redéployés dans la nouvelle unité (Centre universitaire de santé McGill, 2020).

Les travailleurs déployés à l'extérieur de leur organisation là où les besoins sont plus grands peuvent également continuer à fournir le même type de soins ou élargir leur champ d'exercice pour fournir un autre type de soins. De nombreux physiothérapeutes canadiens ont exprimé leur volonté de se redéployer à l'extérieur de leur organisation et de leur champ d'exercice pour aider le système de santé pendant la pandémie. L'Association canadienne de physiothérapie a déclaré que les physiothérapeutes sont réglementés, formés et capables d'intervenir dans de nombreux domaines, y compris les soins de physiothérapie respiratoire, les blessures post-traumatiques et les affections neurologiques. Leurs services dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée peuvent aider les patients à rentrer chez eux et à libérer des lits d'hôpital (Ris et Dalle-Vedove, 2020).

L'élargissement des champs d'exercice des travailleurs de la santé peut être influencé par plusieurs obstacles et facilitateurs au niveau du système, de l'organisation et de l'exercice de la profession (Nelson et al., 2014).

L'élimination des obstacles réglementaires et la mise à disposition de fonds pour l'élargissement des lieux et des champs d'exercice ont été des facteurs importants permettant la continuité des soins pendant la pandémie.

CONCLUSION

Cette postface souligne certains aspects de l'incidence de la pandémie sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada et les façons dont les travailleurs de la santé se sont montrés à la hauteur de l'occasion pour répondre solidairement à ces défis dans tout le pays. À mesure que la pandémie évolue, le système de santé passera de la gestion de crise à une réflexion approfondie sur le soutien à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pendant la pandémie et dans l'avenir.

ACRONYMES

FCSII Fédération canadienne des syndicats
d'infirmières et d'infirmiers RCPS Réseau canadien des
personnels santé ICIS Institut canadien d'information
sur la santé IRSS Institut de recherche en services
de santé SPO Santé publique Ontario
LPRPDE *Loi sur la protection des renseignements
personnels et les documents électroniques*
EPI Équipement de protection
individuel PAB Préposé aux bénéficiaires

RÉFÉRENCES

- Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (2020). Informations et mises à jour sur la pandémie de COVID-19. Extrait le 22 octobre 2020 de <https://www.acslpa.ca/covid-19-pandemic-information>
- Amnistie Internationale. (3 septembre 2020). New Amnesty analysis 7000 health workers have died from COVID-19. Extrait le 30 octobre 2020 de <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/amnesty-analysis-7000-health-workers-have-died-from-covid19>
- Assistant Secretary for Preparedness and Response. (2012). What is medical surge? Extrait de <https://www.phe.gov/Preparedness/planning/mscc/handbook/chapter1/Pages/whatismedicalsurge.aspx>
- Bourgeault, I. L., Maier, C. B., Dieleman, M., Ball, J., MacKenzie, A., Nancarrow, S., ... et Sidat, M. (2020). The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-8.
- Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2020). Supporting the psychosocial well-being of health care providers during the novel coronavirus (COVID-19) pandemic [PDF]. Extrait le 30 octobre 2020 de <http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19-Psychosocial-Supports-HCW.pdf>
- British Columbia College of Nursing Professionals. (2020). BCCNP temporarily removes additional education requirement for LPNs to perform nasopharyngeal swabs. Extrait le 22 octobre 2020 de <https://www.bccnp.ca/bccnp/Announcements/Pages/Announcement.aspx?AnnouncementID=141>
- L'Association chiropratique canadienne. (2020). COVID-19 telehealth: Best practice guide. Extrait le 22 octobre 2020 de <https://www.chiropractic.ca/telehealth-resources>
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (2020a). COVID-19 – le droit de SAVOIR, le droit de PARTICIPER et le droit de REFUSER – Le droit de chaque travailleur, y compris les travailleurs de la santé. Extrait le 30 octobre 2020 de <https://fcsii.ca/covid-19-le-droit-de-savoir-participer-refuser/>
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (2020b). En souvenir des travailleurs de la santé canadiens morts de la COVID-19. Extrait le 12 novembre 2020 de <https://fcsii.ca/covid-souvenir/>
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (2020c). La nécessité d'être transparent par rapport aux EPI pour protéger les travailleurs de la santé. Extrait de <https://fcsii.ca/la-necessite-detre-transparent-par-rapport-aux-epi-pour-protoger-les-travailleurs-de-la-sante>
- Réseau canadien des personnels de santé. (2020). COVID-19: Canadian healthcare worker memorial. Extrait le 12 novembre 2020 de <https://www.hhr-rhs.ca/en/covid-19/covid-19-canadian-health-worker-memorial.html>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2020). Nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé au Canada. Retrieved from <https://www.cihi.ca/fr/nombre-de-cas-et-de-deces-lies-a-la-covid-19-chez-les-travailleurs-de-la-sante-au-canada>
- Association canadienne de psychologie. (2020). La psychologie peut aider à faire face à la COVID-19. Les psychologues redonnent aux fournisseurs de services de première ligne. Extrait de <https://cpa.ca/fr/coronavirus/psychservices>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2020). ECHO Coping with COVID. Extrait le 30 octobre 2020 de <https://camh.echoontario.ca/echo-coping-with-covid>
- Christianson-Wood, J. (2020). Social work inclusion: Public Service Health Care Plan [PDF]. Extrait le 30 octobre 2020 de https://www.casw-acts.ca/sites/default/files/attachments/PSHCP_Briefing.pdf

College of Physicians and Surgeons of Alberta. (2020). How CPSA is dealing with your postponed resident exams. Extrait le 22 octobre 2020 de <https://mailchi.mp/cpsa/how-cpsa-is-dealing-with-cancelled-exams-364151>

College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. (2020). Restricted licences for recently retired physicians – limited to pandemic response as directed by NSHA and IWK Licensing. Extrait le 22 octobre 2020, de <https://cpsns.ns.ca/restricted-licences-for-recently-retired-physicians-covid-19>

Groupe CSA. (2018). Psychological health and safety in the workplace: Prevention, promotion, and guidance to staged implementation. Extrait de https://store.csagroup.org/ccrz-productdetails?viewstate=-detailview&cartid=&sku=can/csa-z1003-13/bnq_9700-803/2013&iscsrfow=true&portaluser=&store=&cclcl=en_us

Fox, C. (21 septembre 2020). Unions call on Ontario government to protect long-term care homes from second wave of COVID-19. *CTV News*. Extrait de <https://toronto.ctvnews.ca>

Gadzinski, A. J., Gore, J. L., Ellimoottil, C., Odisho, A. Y. et Watts, K. L. (2020). Implementing telemedicine in response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Urology*, 204(1), 14-16. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000001033>

Gold, I. (2020). Opinion: Why are we choosing who is protected? Extrait le 12 novembre 2020 de <https://www.healthing.ca/diseases-and-conditions/coronavirus/opinion-why-are-we-choosing-which-frontline-workers-get-ppe>

Gouvernement du Canada. (2020a). Demandes relatives aux instruments médicaux visés par l'Arrêté d'urgence pour leur utilisation à l'égard de la COVID-19 : Ligne directrice. Extrait le 30 octobre 2020 de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/annonces/arrete-urgence-importation-vente-instruments-medicaux-covid-19/document-applications-dispositifs-medicaux.html>

Gouvernement du Canada. (2020b). Instruments médicaux autorisés pour les utilisations liées à la COVID-19 : Liste d'instruments médicaux autorisés autres que les instruments de dépistage. Extrait le 30 octobre 2020 de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/instruments-medicaux/autorises/autres.html>

Gouvernement du Canada. (2020c). Call to action: Canadian manufacturers needed to help combat COVID-19. Extrait le 30 septembre 2020 de <https://www.canada.ca/en/services/business/maintain-growimprovebusiness/manufacturers-needed.html>

Gouvernement du Canada. (2020d). Équipement de protection individuelle contre la COVID-19 : Aperçu. Extrait le 30 octobre 2020 de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/instruments-medicaux/equipement-protection-individuelle/apercu.html>

Guttman, A., Gandhi, S., Wanigaratne, S., Lu, H., Ferreira-Legere, L., Paul, J., ... et Schull, M. (2020). COVID-19 in immigrants, refugees and other newcomers in Ontario: Characteristics of those tested and those confirmed positive, as of June 13, 2020. Extrait de <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-in-Immigrants-Refugees-and-Other-Newcomers-in-Ontario>

Health PEI. (2020a). Updated: Temporary billing instructions for care during COVID-19 pandemic [PDF]. Extrait le 22 octobre 2020 de <https://mspei.org/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-16-Memo-Virtual-Codes-April-16.pdf>

Health PEI. (2020b). Zoom for Healthcare: Virtual care solution for health-care providers. Extrait le 22 octobre 2020 de <https://src.healthpei.ca/virtual-care>

Ireton, J. (22 septembre 2020). Staff battling deadly COVID-19 outbreak at Ottawa nursing home say they lack PPE. *CBC News*. Extrait de <https://www.cbc.ca/news>

Jamieson, T., Wallace, R., Armstrong, K., Agarwal, P., Griffin, B., Wong, I., et Bhatia, S. (2015). Virtual care: A framework for a patient-centric system [PDF]. Retrouvé de https://www.womenscollegehospital.ca/assets/pdf/wihv/WIHV_VirtualHealthSymposium.pdf

Centre universitaire de santé McGill. (2020). Sortir de leur zone de confort pour travailler dans une toute nouvelle unité Covid. Extrait le 22 octobre 2020 de <https://cusc.ca/nouvelles-et-histoires/articles/sortir-de-leur-zone-de-confort-pour-diriger-une-toute-nouvelle>

McKinley, S. (17 avril 2020). Canadian health workers on COVID-19 front line say they need mental health support, poll indicates. *Toronto Star*. Extrait de <https://www.thestar.com>

Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., ... et Sketris, I. (2014). Optimizing scopes of practice new models of care for a new health care system. Extrait de <http://www.caahs-acss.ca>

Newfoundland and Labrador Occupational Therapy Board. (2020). COVID-19 temporary provisional license for cross jurisdictional telepractice. Extrait de www.nlotb.ca

Newfoundland and Labrador Psychology Board. (2020). Psychological services by out of province practitioners to clients temporarily relocated to Newfoundland and Labrador due to COVID-19 pandemic. Extrait de <https://nlpsychboard.ca/registrants/telepsychology-documents>

Nurse Practitioner Association of Alberta. (2020). Nurse practitioners now permitted to work autonomously in long-term care facilities. Extrait le 22 octobre 2020 de <https://albertanps.com/nurse-practitioners-now-permitted-to-work-autonomously-in-long-term-care-facilities>

Provincial Health Services Authority. (2020). Zoom for Healthcare. Extrait le 22 octobre 2020 de <http://www.phsa.ca/health-professionals/professional-resources/office-of-virtual-health/covid-19-virtual-health-toolkit/zoom-for-healthcare#FAQs>

Santé publique Ontario. (2020). Enhanced epidemiological summary: COVID-19 in health care workers in Ontario. Extrait le 30 octobre 2020 de <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/07/covid-19-epi-health-care-workers-ontario.pdf?la=en#:~:text=13 deaths have been reported,delay for deaths in iPHIS>

Ris, V., et Dalle-Vedove, S. (2020). Physiotherapy support letter [PDF]. Extrait le 22 octobre 2020 de https://physiotherapy.ca/sites/default/files/qc_physio_support_letter_041620.pdf

Sim, J., Gupta, N. et Bourgeault, I. (3 septembre 2020). Health-worker deaths from COVID-19 not just about the numbers. *Toronto Star*. Extrait de <https://www.thestar.com>

Turcotte, M., et Savage, K. (2020). La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires. Extrait le 6 septembre 2020 de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-fra.htm>

REMERCIEMENTS

Remerciements

Nous tenons à souligner les contributions de plusieurs réviseurs de chapitres provenant d'organismes universitaires et de professionnels de la santé :

Owen Adams

Tracey Adams

Zubin Austin Lesley

Bainbridge Mary

Bartram Alan Batt

Andrea Baumann

Michael Brennan

Heather Boon

Janet Cooper Janet

Craik

Paul Geneau

Jacqui Gingras

Mark Given Quynh

Doan Sherilyn

Houle Claire

Johnson Dennis

Kendel Shawn

Knight Mike

Landry Karen

Lawford Lisa Little

Ondina Love

Debbie Maclellan

Maria Mathews

Justin Mausz Nancy

McBride Renee

McPhee Sam Mikail

Catherine Morley

Stephanie Mullen-Kavanagh Christine

Nielsen

Costa Papadopoulos Pierre

Poirier

Sheri Price Barbara

Robinson Kris

Robinson Linda

Silas Seema

Sindwani Steve

Slade

Colin Stone Kellie

Thiessen Sajjev

Thomas Chris

Topham

John Tzountzouris

Ruth Wolfe

Linda Woodhouse Jamshid

Zehtab-Jadid

COLLABORATEURS SCIENTIFIQUES

Collaborateurs scientifiques

Stephanie Aboueid, M.Sc., RD est diététicienne agréée et chercheuse en systèmes de santé. Elle fait son doctorat en santé publique et systèmes de santé à l'Université de Waterloo. Elle a travaillé dans des établissements de soins primaires et tertiaires où elle a apporté des soins nutritionnels axés sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Ivy Lynn Bourgeault, Ph.D., est professeure à École d'études sociologiques et anthropologiques de l'Université d'Ottawa et titulaire de la Chaire de recherche de l'Université sur le genre, la diversité et les professions. Elle dirige le Réseau canadien des personnels de santé depuis 2011.

Kristen Burrows est adjointe au médecin certifiée au Canada et vice-doyenne du programme de formation des adjoints au médecin de McMaster. Elle a récemment obtenu un doctorat en méthodologie de la recherche en santé à l'Université McMaster. Il portait sur l'intégration des adjointes et adjoints au médecin en Ontario.

Madison Brydges est une candidate au doctorat en études de la santé à l'Université McMaster et travaille comme paramédicale en Ontario. À travers un objectif sociologique, elle étudie le rôle des paramédicaux dans les soins de santé.

Caroline Chamberland-Rowe est candidate au doctorat en gestion des systèmes de santé à l'Université d'Ottawa et boursière d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé des IRSC. Elle collabore avec le Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né de Champlain et elle est responsable des soins de maternité pour le Réseau canadien des personnels de santé.

Karen Cohen, Ph.D., est psychologue agréée en Ontario et présidente-directrice générale de la Société canadienne de psychologie. Elle est diplômée de l'Université McGill (B.A.) et de l'Université de Windsor (M.A., Ph.D.). Elle a effectué un postdoctorat en psychologie de la réadaptation et en neuropsychologie au Centre de réadaptation d'Ottawa.

Christine Covell, IA, Ph.D., a été professeure adjointe à la University of Alberta School of Nursing et est une ancienne boursière postdoctorale des IRSC au Réseau canadien des personnels de santé.

Chantal Demers, BSc, GDip, a coordonné le Réseau canadien des personnels de santé (RCPS) et a codirigé son groupe thématique sur la gouvernance et la réglementation. Elle possède plus d'une décennie d'expérience dans la recherche, les politiques et la pratique de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Elizabeth M. Fitzpatrick, Ph.D., est professeure d'audiologie et d'orthophonie à l'Université d'Ottawa et scientifique principale à l'Institut de recherche du CHEO. Avant de se diriger vers la recherche universitaire, elle a travaillé cliniquement pendant 20 ans comme audiologiste et en thérapie d'apprentissage oral.

Sharon Fotheringham a obtenu sa maîtrise ès sciences à McGill en 1972 et a travaillé dans divers milieux hospitaliers et scolaires avant de terminer sa carrière en tant que directrice de l'orthophonie et des normes au sein de l'association professionnelle nationale Speech and Audiology Canada en 2011.

Brenda Gamble, Ph.D., est professeure agrégée à la Faculté des sciences de la santé de l'Ontario Tech University. Elle a débuté sa carrière en tant que technologue de laboratoire médical. Ses intérêts de recherche comprennent les travailleurs de la santé connexes, la pratique interprofessionnelle et l'éducation.

Isabelle Giroux, Ph.D., est diététiste et économiste familiale inscrite. Elle est professeure titulaire à l'École des sciences de la nutrition et vice-doyenne aux affaires académiques, étudiantes et professionnelles à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

Mark Given est technologue en radiation médicale certifié en technologie radiologique et en IRM. Il est aussi directeur de la pratique professionnelle et de la recherche de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale, responsable de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, des initiatives de pratique avancée et du développement du leadership.

Brian Glebezon, DC, BA, MHSc, PhD (candidat) est membre du corps professoral du Canadian Chiropractic Memorial College depuis 1994, où il enseigne la technique, la formation clinique, le vieillissement en santé et la jurisprudence. Il a siégé à l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario (OCO) entre 2007 et 2016 et à l'Association chiropratique de l'Ontario en 2016.

Lindsay Hedden, Ph.D., est professeure adjointe à la Faculté des sciences de la santé de l'Université Simon Fraser et directrice scientifique adjointe du BC Academic Health Science Network. Ses recherches portent sur l'accessibilité aux soins primaires et la planification de la main-d'œuvre.

Billie Jane Hermosura est diététicienne et candidate au doctorat à l'Université d'Ottawa. Ses recherches portent sur la formation axée sur les compétences, en particulier le développement du leadership dans les professions de la santé.

Yvonne James, M.A., est candidate au doctorat à l'Université d'Ottawa à l'Institute of Feminist and Gender Studies. Yvonne a entrepris plusieurs projets de recherche sur les questions concernant la main-d'œuvre en santé buccodentaire, en particulier dans une perspective genrée.

Ian W. Jones, MPAS, PA-C, CCPA et DFAAPA est professeur adjoint et directeur du programme de maîtrise d'adjoint au médecin de l'Université du Manitoba. Il possède de l'expérience en tant que paramédical en soins intensifs et en tant qu'AM canadien et américain.

Christine Kelly, Ph.D., est professeure adjointe au Département des sciences de la santé communautaire et chercheuse affiliée au Centre on Aging de l'Université du Manitoba.

Josée Lagacé, Ph.D., est actuellement professeure agrégée à l'Université d'Ottawa où ses activités de recherche portent sur la perception de la parole dans le bruit. Grâce à son enseignement et à son mentorat, Josée aime inspirer les étudiants qui entrent dans les professions d'audiologiste et d'orthophoniste.

Karen Lawford, M.R., M.A., Ph.D., est professeure adjointe au Department of Gender Studies de l'Université Queen's. Elle est sage-femme inscrite (Ontario) et sage-femme autochtone (Première Nation de Lac Seul, traité 3).

Myuri Manogaran, Ph.D., est analyste des politiques à la Division des systèmes de soins de santé de Santé Canada. Elle est enseignante à l'Université d'Ottawa et chercheuse invitée à l'Ontario Tech University.

Emily McMorris, MPH, est diplômée de l'École interdisciplinaire des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. Elle a poursuivi son programme de maîtrise en santé publique à l'Université de Toronto et travaille maintenant en santé publique locale.

Raha Mirshahi est candidate à la maîtrise à l'École d'affaires publiques et internationales de l'Université d'Ottawa et associée de recherche au Réseau canadien des personnels de santé. Raha a obtenu son baccalauréat en sciences sociales spécialisé en études internationales et en langues vivantes de l'Université d'Ottawa.

Elena Neiterman, Ph.D., est chargée de cours et adjointe à l'enseignement à l'École de santé publique et des systèmes de santé de l'Université de Waterloo.

Sarah L. Newell, Ph.D., est chercheuse interdisciplinaire en santé qui détient actuellement une bourse de recherche postdoctorale au Département de géographie, d'environnement et de géomatique de l'Université d'Ottawa.

Sameer Ratti, MA, MSc est ergothérapeute et travaille actuellement à Victoria en Colombie-Britannique, où il aide les adultes atteints de douleur chronique. Il est également titulaire d'une maîtrise en linguistique et s'intéresse aux sciences et aux troubles de la communication.

Shamel Rolle Sands, IA, est infirmière autorisée, infirmière éducatrice et gestionnaire certifiée bahamienne, qui poursuit actuellement un doctorat en soins infirmiers. Ses travaux de thèse portent sur les questions relatives à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé aux Bahamas.

Emily Rowland M.Sc., BScN (c) (Ph.D. (c) est doctorante et étudiante en sciences infirmières à la Dalla Lana School of Public Health et à la Bloomberg School of Nursing de l'Université de Toronto.

Sara Torres, Ph.D., est professeure adjointe à l'École de travail social de l'Université Laurentienne. Elle a plus de 17 ans d'expérience dans la recherche et la sensibilisation auprès de populations multiculturelles et difficiles à atteindre.

Meredith Vanstone, Ph.D., est professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université McMaster et membre du Centre for Health Economics and Policy Analysis de McMaster.

Michael C Vout DD, a représenté la profession de denturologiste à l'échelle provinciale, nationale et internationale, notamment à titre de président de l'Association des denturologistes du Canada de 2008 à 2014. Michael est le représentant actuel de l'ADC à la Commission on Accreditation for Denturism, siège au comité de rédaction de la FID et fait partie du groupe de travail technique de l'ADC et des SSNA.

