

FICHE SIGNALÉTIQUE SUR LA MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ AU CANADA

12 avril 2021

Les travailleurs de la santé sont l'ossature du système de soins de santé

Pendant que les gouvernements mettent souvent l'accent sur les équipements et les infrastructures en santé, les soins dépendent toutefois des travailleurs de la santé. Sans ces personnes, les ventilateurs ne fonctionneraient pas, les tests ne se feraient pas, les vaccins ne seraient pas administrés, les médicaments ne seront pas fournis et les patients ne guériraient pas. Une dotation adéquate dans le secteur de la santé consolide le système de soins de santé et augmente la sécurité des patients. Dans chaque établissement de soins, répondre aux besoins en matière de dotation, améliorer les milieux de travail, et employer les travailleurs de façon adéquate, contribuent à de meilleurs résultats pour les patients.

Mettre l'accent, de façon explicite, sur les travailleurs de la santé doit être au cœur de la planification au sein du système de santé.

Il est malheureux de ne pas connaître l'identité autochtone ou raciale des travailleurs de la santé

Pour mieux apprécier jusqu'à quel point la main-d'œuvre en santé est le miroir de la population en général, nous devrions avoir des données clés sur la diversité, y compris l'identité autochtone ou raciale. Même si elles sont requises par la législation fédérale sur l'équité en matière d'emploi, ces données sont *malheureusement absentes* des données canadiennes sur les travailleurs de la santé. Comment pouvons-nous mesurer nos progrès par rapport aux appels à l'action lancés par la Commission de vérité et réconciliation afin d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtones? Nous devrions avoir une approche coordonnée relativement au développement de la main-d'œuvre autochtone en santé, et pour une « durée de vie », notamment soutien à l'étudiant et soutien en début de carrière, maintien en poste des travailleurs autochtones qualifiés au sein de la main-d'œuvre, et soutien en fin de carrière afin qu'ils puissent transmettre leurs connaissances uniques à la prochaine génération de soignants.

La racialisation de la main-d'œuvre en santé a des répercussions sur la santé de la population. Or, cela n'a pas été exploré totalement. Il n'y a pas de données complètes fondées sur la race de la main-d'œuvre en santé. Nous savons, de façon anecdotique, que les Noirs sont plus susceptibles de contracter la COVID-19 et d'en mourir. Cela se base sur le nombre disproportionné de décès chez les Noirs et les travailleurs de la santé de race noire ou racialisés. On observe une concentration de ces personnes aux échelons inférieurs de la main-d'œuvre en santé, particulièrement en soins de longue durée.

Le système de soins de santé est indispensable à la reprise économique

Notre système de soins de santé joue un rôle central dans l'ensemble de l'économie, et sera indispensable à la reprise économique. La main-d'œuvre en santé représente plus de 10 % des personnes ayant un emploi au Canada, et plus des deux tiers de toutes les dépenses de santé, soit près de 8 % du PIB total au Canada, non compris le coût de leur formation. Il est lamentable d'avoir si peu de données par rapport à cet important investissement dans le secteur de la santé publique.

Un système de soins de santé qui fonctionne bien, accompagné d'effectifs, de ressources et de soutiens adéquats, est sous-jacent à une économie saine et productive. La main-d'œuvre en santé est

composée majoritairement de femmes, et la reprise économique au Canada dépend énormément de la participation des femmes au sein de la main-d'œuvre.

Les travailleurs de la santé ont atteint un point de rupture

Les travailleurs de la santé et les décideurs du secteur de la santé sont brûlés, épuisés et à bout de souffle physiquement et mentalement. Le burn-out, et autres problèmes de santé mentale, déjà prévalents chez le personnel infirmier et les médecins avant la pandémie, ont augmenté de façon draconienne.

[Selon un sondage mené par Statistique Canada](#) auprès de 18 000 travailleurs de la santé, 70 % des travailleurs de la santé mentionnent une détérioration de leur santé mentale pendant la pandémie. Les résultats sont pires encore pour ceux et celles en contact direct avec des patients présentant un cas suspect ou confirmé de COVID-19. Journées de travail qui se prolongent, charges de travail non gérables, vacances annulées, et détresse morale ont été le lot des travailleurs de la santé. Pendant qu'ils ont pris soin des autres, ils ont eu peu d'occasion de bien prendre soin d'eux.

Plusieurs travailleurs ont déjà quitté le système de soins de santé et plusieurs autres quitteront dans la foulée de la pandémie. Nous observons déjà l'impact de la pandémie sur la viabilité des services de soins de santé. Selon un rapport de Statistique Canada, publié plus tôt cette année, le nombre de postes vacants dans le secteur de la santé et des services sociaux a [augmenté énormément pendant la pandémie et atteint 112 000](#), ce qui représente le taux le plus élevé de postes vacants parmi tous les secteurs.

Chez les infirmières et les infirmiers qui ont dispensé la majorité des soins directs pendant la pandémie, on observe, sur douze mois, une augmentation alarmante de presque 50 % des postes vacants. Ces postes sont vacants en partie parce que les infirmières quittent leur emploi. Le pourcentage d'infirmières et d'infirmiers ayant quitté leur emploi au Québec a augmenté de 43 % en 2020 comparativement à 2019, et on observe une dynamique similaire partout au pays. La convergence de ces facteurs va se traduire en désastre pour la future main-d'œuvre infirmière au Canada et pour les patients qui dépendent de ces personnes.

Cela peut être observé dans l'ensemble de la main-d'œuvre en santé.

Une action concrète signale clairement que nous accordons de l'importance à nos travailleurs de la santé et, sans mesures concrètes, nous pouvons nous attendre, dans un avenir rapproché, à un exode majeur de cette main-d'œuvre, une aggravation des délais d'attente déjà inacceptables, et une détérioration des résultats en santé.

Pendant que l'impact sur les travailleurs de la santé du Canada est mis à jour, les répercussions de la pandémie se feront sentir encore pendant plusieurs années et mèneront à l'érosion d'une main-d'œuvre déjà aux prises avec les pénuries pré-pandémiques.

La sécurité de la dotation est essentielle à un système de soins de santé optimal

Idéalement, le système de soins de santé répond aux besoins de la population en matière de santé, sur le plan national, régional et local, et harmonise ces besoins à l'éventail de compétences des fournisseurs de soins. La sécurité des soins dépend de la sécurité de la dotation, et cette dernière doit s'appuyer sur des données précises sur les besoins de la population et sur des données complètes et en temps opportun sur les membres de la main-d'œuvre qui dispensent les soins.

Des données robustes nous permettront de mieux comprendre qui prend soin des patients, le type de soins qu'ils dispensent, et les résultats à la fois des patients et des travailleurs de la santé. Des données complètes et intégrées sur la main-d'œuvre en santé nous permettront d'élaborer et de mettre en œuvre une approche collaborative fondée sur les équipes de soins, d'améliorer l'accès, l'expérience et les résultats, tout en diminuant les coûts.

Simplement dit, si nous voulons mieux harmoniser les services aux besoins et améliorer l'accès, nous devons commencer par connaître la capacité actuelle de la main-d'œuvre en santé. Alors seulement saurons-nous ce qu'il faut faire pour optimiser cette capacité afin de répondre aux besoins croissants de la population canadienne, pendant et après la pandémie.

Un système mal orienté

Soins actifs : Dans les hôpitaux, la pénurie de personnel infirmier, de médecins de certaines spécialités, et autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, rééducateurs de la parole et du langage, audiologistes, etc.), hante le Canada depuis des décennies. Les temps d'attente sont longs avant de voir un spécialiste. La pénurie de personnel infirmier a récemment motivé André Picard, journaliste spécialisé en santé, d'y faire référence en parlant de « blessure ouverte ». Cette pénurie de travailleurs de la santé a des répercussions pour les patients dans le monde réel : elle se traduit en long délais d'attente dans les urgences surpeuplées, et même en fermeture des urgences, en chirurgies retardées ou annulées, postes qui restent vacants, augmentation d'erreurs médicales évitables, et sorties de l'hôpital retardées. Pour les travailleurs de la santé, cela signifie charges de travail excessives, heures supplémentaires non rémunérées ou obligatoires, difficulté à obtenir des jours de vacances, congés de maladies en raison de stress et de burn-out, et un déclin généralisé de la satisfaction au travail. Tous ces facteurs, ajoutés au stress de la pandémie, pourraient vraiment initier un flot continu de départs précoces.

Soins de longue durée : Pendant la pandémie, la performance du Canada dans le secteur des soins de longue durée a été catastrophique. Les résidents des foyers de soins représentent [près de 70 % des décès au Canada](#), ce qui est deux fois plus qu'aux États-Unis. Enquêtes après enquêtes, avant et pendant la pandémie, ciblent le manque de personnel comme principal facteur ayant contribué à la tragédie dans le secteur des soins de longue durée. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Canada avait seulement 1,3 infirmière et 2,3 aides aux soins par 100 résidents âgés de plus de 65 ans, [un ratio très inférieur à celui de la plupart des autres pays](#), y compris les États-Unis et l'Australie où les patients s'en sont mieux sortis.

En raison du manque de personnel, envenimé par la pandémie, certains résidents ont été négligés pendant la pandémie. [En raison de la pénurie de fournisseurs de soins, règlementés et à temps plein, dans ce secteur, les problèmes chroniques et complexes des résidents sont demeurés sans traitements, et la vulnérabilité des résidents à la COVID-19 a augmenté en raison de multiples comorbidités.](#) Les éclosions se sont propagées dans les établissements et des milliers de résidents sont décédés de la COVID-19 et d'autres maladies qui n'ont pas été traitées. Le groupe de soignants le plus touché par les infections et les décès liés à la COVID-19 sont les préposés aux bénéficiaires ou aides-soignants. Les infections chez les préposés aux bénéficiaires étaient liées aux facteurs suivants : piètres conditions de travail, manque d'accès aux EPI, formation et soutiens inadéquats relativement à l'utilisation des EPI, emplois précaires, bas salaires, et aucun congé de maladie et autre avantage social. Les préposés aux bénéficiaires représentent une portion importante de notre système de soins de santé et occupent un emploi en santé que nous connaissons à peine. Nous savons que nous avons

besoin de beaucoup plus de personnel dans le secteur des soins de longue durée mais l'absence *totale* de données disponibles sur les préposés aux bénéficiaires – qui dispensent la majorité des soins dans ces établissements – représente un défi important quand vient le temps de planifier la main-d'œuvre.

Santé publique : Après plusieurs années de sous-financement et de manque de personnel, la pandémie a suscité un intérêt pour la santé publique. De toute évidence, le Canada a été pris au dépourvu : nous n'avions pas assez de spécialistes et de personnel en santé publique pour gérer la pandémie. Le Canada doit continuer à investir dans la main-d'œuvre en santé publique pour que ce secteur ait suffisamment de spécialistes et autres travailleurs pouvant se charger de l'éducation du public, de la recherche des contacts, de l'immunisation et autres tâches nécessaires pour contenir les éclosions. Des mesures post-pandémie doivent être prises pour augmenter davantage la capacité au sein de la santé publique du Canada afin que nous puissions nous concentrer de façon proactive sur les déterminants de la santé, et nous assurer d'être préparés à la prochaine crise de santé publique potentiellement à nos portes. Une partie importante de cette préparation consistera à déterminer ce de quoi doit avoir l'air la main-d'œuvre en santé publique à partir de maintenant. Pour le faire, nous avons besoin de meilleures données sur la composition actuelle de cette main-d'œuvre.

Santé mentale : Après la pandémie, les soins pour les problèmes de santé mentale et de consommation de substances seront plus importants que jamais pour rebâtir collectivement le Canada. Les données se font encore plus rares pour plusieurs groupes essentiels de fournisseurs de soins dans le secteur de la santé mentale et de l'abus de substances. La santé mentale de la population canadienne a été mise au défi pendant la pandémie. [Selon de nouvelles données](#), la santé mentale et la consommation de substances seront des problèmes complexes et de longue durée que nous devons gérer. Si nous voulons augmenter, à long terme, la capacité dans ce secteur, nous avons besoin d'un portrait plus précis de la main-d'œuvre, au-delà des médecins et du personnel infirmier, afin de connaître les domaines d'expertise des différents fournisseurs de soins et savoir où ils travaillent. L'objectif est d'augmenter le nombre de services afin de mieux répondre aux nouveaux besoins de la population. Même si nous savions que notre système de soins de santé n'arrivait pas à offrir des services suffisants et adéquats avant la pandémie – moins de la moitié des personnes qui voulaient de l'aide pour améliorer leur santé mentale ont pu en recevoir – [sondages après sondages](#) précisent que la santé mentale de population canadienne va dépendre d'une plus grande main-d'œuvre dans ce secteur après la pandémie.

Soins primaires : Nous savons qu'avant la pandémie plusieurs personnes au Canada (environ 5 millions selon Statistique Canada) n'avaient pas de fournisseur régulier de soins primaires. Généralement, ce fournisseur est un médecin de famille, mais d'autres professionnels, par exemple, infirmières praticiennes, pharmaciens ou autres professionnels de la santé, aussi jouent un rôle important particulièrement dans le cadre des nouvelles pratiques interprofessionnelles. Selon [l'Enquête internationale de 2020 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé menée auprès de la population générale de 11 pays](#), les personnes au Canada sont moins susceptibles d'avoir une source régulière de soins comparativement aux autres pays du Commonwealth. Même pour les personnes qui ont accès à un médecin de famille, le Canada se classe sous la norme nationale pour l'accès en temps opportun. Les résultats du Canada étaient parmi les pires pour obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant [lorsque la personne était malade], et pour obtenir un rendez-vous pour des soins offerts après les heures régulières de travail. Par conséquent, plusieurs ont mentionné avoir été à l'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités ailleurs. Par

rapport aux délais d'attente pour les salles d'urgence, le Canada affiche les pires résultats parmi tous les autres pays participants. Pendant la pandémie, plusieurs personnes sans fournisseur attitré de soins primaires hésitaient à se rendre à l'urgence même si leur santé se détériorait, et les problèmes de santé n'étaient donc pas traités. Lorsque ces personnes vont finalement chercher de l'aide, elles sont plus malades, ont besoin d'un plus grand nombre d'interventions, et cela se traduit en séjours plus longs et plus coûteux dans les établissements de soins actifs. Notre système de soins primaires doit être mis à niveau afin de surmonter ces nouveaux défis. Pour le faire, nous avons besoin de recueillir des données précises permettant d'éclairer la planification de la main-d'œuvre, notamment celle constituée des médecins de famille et autres fournisseurs de soins qui œuvrent dans le secteur des soins primaires.

Après la pandémie, les soins primaires seront plus importants que jamais au Canada pour arriver à gérer [les répercussions à long terme de la COVID-19, \(y compris les maladies chroniques, les maladies mentales et le burn-out négligés depuis longtemps\) et se préparer aux menaces futures à la santé publique. Nous devons aussi mettre en place, dans l'ensemble du Canada, des infrastructures numériques qui permettront d'avoir un système intégré de soins primaires, y compris la surveillance des maladies infectieuses. Malheureusement, ce que nous avons observé est une hausse importante de grandes entreprises à but lucratif offrant des soins virtuels sans rendez-vous. Cela signifie des soins épisodiques, sans continuité et sans lien au reste du système de soins primaires. Les études ont démontré que la continuité des soins donne de meilleurs résultats en santé et diminue la dépendance aux services hospitaliers. Les infrastructures numériques qui permettraient la continuité et l'intégralité des soins primaires seraient basées sur les nouvelles données sur la main-d'œuvre en santé, et ce sont ces données pour lesquelles nous demandons le soutien du gouvernement fédéral.](#)

Soins à domicile : La plupart des gériatres sont d'accord pour dire que les soins à domicile dispensés par des équipes sont essentiels si nous voulons un système intégré de soins continus permettant aux aînés de quitter l'hôpital et d'éviter de se retrouver dans des établissements de soins de longue durée. On savait, avant la pandémie que [un \(1\) nouveau résident sur neuf \(9\) dans un établissement de soins de longue durée](#) n'avait pas besoin d'être là. Si les ressources étaient disponibles dans la collectivité, ces résidents pourraient demeurer chez eux. Des soins intégrés à domicile relèvent de la logique pour de nombreuses raisons : les aînés veulent rester chez eux, c'est moins coûteux que les soins de longue durée en établissement, cela réduit les visites à l'hôpital, réduit le fardeau sur les épaules des aidants familiaux, et peut permettre de dispenser des soins urgents la journée même, ainsi que des soins palliatifs. Il est de plus en plus impératif d'offrir un soutien adéquat aux soins à domicile en adoptant une approche fondée sur les équipes interprofessionnelles comprenant médecins, infirmières praticiennes, infirmières autorisées, infirmières psychiatriques autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, diététiciens et aides au service de soins personnels. Toutefois, comme c'est le cas pour les soins de longue durée, il faut des données supplémentaires pour élaborer une stratégie de planification de la main-d'œuvre dans le secteur des soins à domicile, et permettre de déterminer le nombre optimal et la compétence collective des travailleurs de la santé nécessaires pour répondre à la demande actuelle et future.

Soins buccodentaires : Les effets de la santé buccodentaire sur la santé en général sont bien documentés. Or, plusieurs maladies buccodentaires non traitées, mais très évitables, représentent un fardeau pour le système de soins de santé du Canada. Pour de nombreuses populations vulnérables, l'accès à des soins buccodentaires préventifs est demeuré un besoin pendant la pandémie. Lorsqu'il

s'agit d'optimiser les stratégies ciblant la main-d'œuvre dispensant ces soins afin d'en favoriser l'accès partout au pays, il est vital d'investir dans les données sur cette main-d'œuvre. Dans ce secteur, une main-d'œuvre solide, composée de dentistes, hygiénistes dentaires, et assistantes dentaires signifie l'intégration des soins dentaires aux autres secteurs de soins, notamment soins primaires, soins de longue durée et soins à domicile. Cela signifie aussi une main-d'œuvre recevant un soutien par l'entremise de stratégies en matière de santé physique et mentale car nous savons que la pandémie a eu un impact sur la santé physique et psychologique de tous les professionnels en santé buccodentaire car cette main-d'œuvre est [parmi la plus à risque en raison de l'exposition prolongée à des patients sans masque pendant qu'ils administrent les soins dentaux et buccaux à proximité de ces patients](#). Comme ils font aussi des interventions médicales générant des aérosols, la force de la main-d'œuvre en santé buccodentaire se fonde sur les plus récentes données, les connaissances et les compétences nécessaires pour assurer le succès des mesures de contrôle et de prévention des infections. Même si nous mettons seulement quelques points en relief, il y a de nombreuses autres façons de créer une main-d'œuvre solide dans ce secteur au Canada, et elles dépendent toutes d'une planification basée sur des données solides.

Soins de réadaptation : Comprendre la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation est essentiel si nous voulons répondre aux besoins actuels des personnes du Canada qui se présentent après un séjour prolongé aux soins intensifs, celles qui ont des comorbidités persistantes liées à la COVID-19 ou qui ont besoin de soins de réadaptation en raison d'interventions médicales annulées ou retardées. De meilleures données sur la main-d'œuvre, et une planification fondée sur les données probantes et le champ d'activités, peuvent faciliter le recrutement ciblé et le maintien en poste des fournisseurs de soins de réadaptation, déterminer les ratios qui favorisent les résultats de santé et le mieux-être des patients, et se traduire en soins dispensés à coût économique dans le cadre de budgets restreints et de besoins grandissants.

Le recours, de façon optimale, à la main-d'œuvre en réadaptation, notamment physiothérapeutes, ergothérapeutes, rééducateurs de la parole et du langage, audiologistes et personnel de soutien aux services de réadaptation, peut aider à alléger la pression sur les hôpitaux en retardant l'admission et la réadmission, et aider à gérer le flot des patients à l'hôpital en assurant que les patients seront en mains sûres lorsqu'ils recevront leur congé de l'hôpital. Ces personnes sont essentielles à la planification post-pandémie car elles pourront aider à gérer l'arrivée des patients présentant des maladies chroniques, et répondre aux besoins complexes en matière de santé physique et psychologique après la pandémie.