



Comité permanent de la santé de la Chambre des communes

Avis du Réseau canadien des personnels de santé sur la situation des personnels de santé du Canada

Le 7 mars 2022

Le Réseau canadien des personnels de santé (RCPS) est vivement intéressé par les délibérations actuelles du Comité permanent de la santé (HESA) sur les personnels de santé du Canada. Nous sommes un réseau pancanadien d'échange de connaissances composé de chercheurs, de décideurs et d'autres utilisateurs de connaissances, qui se consacre depuis plus de dix ans à apporter les meilleures données probantes aux décideurs et aux responsables des politiques relatives aux personnels de santé.

L'importance des personnels de santé au Canada

Les professionnels de santé sont essentiels à une société saine et productive. Par leurs efforts de prévention et les soins qu'ils prodiguent, les professionnels de santé sauvent des patients, prolongent leur vie et améliorent leur qualité de vie. Des systèmes de soins de santé dotés d'un personnel adéquat et fonctionnant bien sont synonymes de travailleurs en bonne santé, de productivité élevée et d'une économie forte. Au Canada, les personnels de santé représentent plus de 10 % de tous les emplois et plus des deux tiers de toutes les dépenses en soins de santé, qui se sont élevées à 175 milliards de dollars en 2019, soit près de 8 % du PIB total du Canada¹. Compte tenu de ces éléments, tous les ordres de gouvernement jouent un rôle important dans l'élaboration de politiques judicieuses, la planification stratégique des personnels de santé et la gérance du système de santé.

Des défis de longue date exacerbés par la pandémie

Bien que la pandémie de COVID-19 ait accentué nos préoccupations, bon nombre des problèmes rencontrés par les personnels de santé sont antérieurs à la pandémie. La pandémie a mis en évidence l'absence de réponses claires aux questions les plus fondamentales concernant les travailleurs de la santé au Canada. Que savons-nous de l'étendue de leur travail et de la manière dont ils coordonnent leurs activités? Dans quelle mesure reflètent-ils la diversité du Canada sur le plan de l'identité autochtone ou raciale et de la langue de travail? Comment les recruter, les former et les retenir là où l'on a le plus besoin d'eux? Nous ne savons même pas combien de prestataires de soins de santé travaillent dans des secteurs essentiels, comme les soins à domicile, les soins de longue durée et les soins de santé mentale.

En effet, le Canada accuse un retard par rapport aux pays comparables de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui concerne les données sur les effectifs de santé, l'infrastructure de données et l'analyse numérique². Alors que d'autres pays de l'OCDE offrent un soutien à l'échelle nationale pour la prise de décisions fondées sur des données probantes, la planification des effectifs de santé au Canada est ponctuelle, sporadique et cloisonnée par profession et par administration, ce qui entraîne des coûts, des inefficacités et des risques importants³. En outre, le Canada n'est pas prêt à s'attaquer à cette situation et à aller de l'avant en se fondant sur des recherches et des données probantes solides. En effet, la recherche sur les personnels de santé reçoit moins de trois

pour cent des fonds consacrés à la recherche sur les services et les politiques de santé, et moins d'un pour cent de tous les fonds nationaux de recherche sur la santé⁴. La pandémie a mis en évidence les conséquences de ce sous-financement, révélant des lacunes importantes dans nos connaissances et entraînant des risques critiques que les planificateurs doivent gérer pendant une crise sanitaire⁵.

Nous constatons déjà les répercussions de la pandémie sur la viabilité des services de soins de santé. La pandémie a exacerbé les pénuries critiques de personnel et a ainsi entraîné des charges de travail excessives qui sont le résultat direct d'une planification inadéquate. Selon Statistique Canada, le nombre de postes vacants dans le secteur des soins de santé et des services sociaux a augmenté de façon spectaculaire pendant la pandémie pour atteindre 112 000 postes⁶, soit le taux de vacance le plus élevé de tous les secteurs. L'épuisement professionnel et d'autres problèmes de santé mentale, déjà répandus chez le personnel infirmier et les médecins avant la pandémie, n'ont fait que croître en raison des problèmes de santé et de sécurité et des charges de travail insoutenables⁷. Les professionnels de santé ont dû affronter des journées de plus de 16 heures, ont vu leurs congés annulés et ont subi un redéploiement forcé. Bien qu'ils prennent soin des autres, il n'y a eu ni dotation en personnel adéquate ni politique publique en leur faveur pour leur apporter le soutien et les soins dont ils ont besoin. Si aucune action politique d'envergure n'est lancée pour indiquer à tous les travailleurs de la santé combien leur contribution est importante, nous pouvons nous attendre à un exode des personnels de santé au Canada et à une exacerbation dramatique des temps d'attente inacceptables et des piètres résultats de santé qui en découlent. Nous savons qu'il ne peut y avoir des soins sûrs et de qualité pour les patients s'il n'y a pas de conditions de travail sûres et de qualité pour les professionnels de santé⁸.

Les répercussions de la pandémie sur la santé mentale et la toxicomanie sont déjà importantes; elles se manifesteront de manière différée et seront complexes et durables⁹. Pourtant, de nouvelles recherches menées au Canada révèlent une diminution générale de la capacité du personnel de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances, en plus des lacunes et des inégalités liées au financement public qui sont antérieures à la pandémie¹⁰. Aux États-Unis, des données solides sur le personnel de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances permettent d'appuyer la planification du système, et de nouveaux investissements fédéraux importants visant à accroître la dotation en personnel de ce secteur viennent d'être annoncés^{11, 12}.

Les obstacles auxquels sont confrontés les professionnels de santé formés à l'étranger en raison de la réglementation et des exigences en matière d'autorisation d'exercer constituent un autre problème de longue date¹³. Les professionnels de santé formés à l'étranger sont régulièrement sous-utilisés et déqualifiés, et le financement des programmes de transition destinés à faciliter leur intégration reste précaire¹⁴. Il est remarquable de constater que 45 % des immigrants récents travaillant comme aides-soignants sont titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme supérieur, et que les deux tiers de ces travailleurs ont un diplôme en soins infirmiers¹⁵. Pourtant, là encore, nous manquons de données de base sur leur nombre et leur disponibilité.

Sans données essentielles sur les personnels de santé, nous continuerons à prendre des décisions dans l'obscurité, avec des renseignements incomplets, trompeurs et non standardisés, déconnectés de l'expérience réelle de ceux qui se trouvent sur le lieu de soins. Tant que les obstacles à une planification efficace des personnels de santé ne seront pas levés grâce à des données sur le personnel de santé de meilleure qualité et plus accessibles, nous verrons perdurer la planification non adaptée aux besoins de la population, le déploiement inefficace des travailleurs de la santé, la mauvaise répartition des services, ainsi que les inégalités. Cette situation entraîne un gaspillage important de ressources financières et humaines.

Nous pouvons et devons faire mieux.

Un ensemble de solutions prometteuses à envisager¹⁶

Le temps est venu pour le gouvernement fédéral de prendre l'initiative en soutenant les provinces, les territoires, les régions et les programmes de formation avec des données et des outils de prise de décision améliorés et inclusifs. Ces outils sont nécessaires pour prendre des décisions éclairées en matière de personnel, optimiser les contributions des effectifs disponibles et rendre les lieux de travail plus sûrs. Les efforts devraient se concentrer sur trois éléments clés qui amélioreront l'infrastructure des données, soutiendront la création de connaissances et éclaireront les activités décisionnelles :

- une norme minimale de données et une meilleure collecte de données sur les personnels de santé par toutes les parties prenantes;
- des outils d'aide à la décision plus opportuns, plus accessibles, plus interactifs et mieux adaptés aux besoins;
- le renforcement des capacités pour l'analyse des données relatives aux personnels de santé, la conception d'outils numériques, l'analyse des politiques et la science de la gestion.

Cette vision nécessite le leadership du gouvernement fédéral et des ressources pour créer un organisme de coordination qui soutiendra la collecte de données précises, normalisées et plus complètes. Ces données permettront ensuite l'analyse par profession, secteur et administration, avec des liens vers les renseignements pertinents sur les patients, l'utilisation des soins de santé et les données sur les résultats, pour une planification plus stratégique et plus adaptée à tous les niveaux.

Voici deux recommandations pour l'infrastructure des données et le renforcement des capacités, qui sont des priorités immédiates :

1. Le gouvernement fédéral devrait lancer une initiative visant à améliorer les données normalisées sur les personnels de santé, conçue spécialement pour la planification stratégique et les outils décisionnels connexes en vue d'une planification ciblée, par le biais d'une entente de contribution spécialement affectée avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
2. Le gouvernement fédéral devrait investir dans un fonds ciblé administré par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) afin de créer un investissement stratégique au profit de la formation dans la recherche sur les personnels de santé ainsi qu'une initiative phare complémentaire pour financer des projets de recherche intégrés dans l'ensemble des instituts scientifiques existants. Ces fonds contribueraient à répondre au besoin parallèle de renforcer la capacité en ressources humaines pour l'analyse des données relatives aux personnels de santé.

À partir de ces deux éléments de base nécessaires mais insuffisants, une organisation nationale de coordination des personnels de santé pourrait être créée selon l'une des trois options suivantes :

- 3.1. Le gouvernement fédéral pourrait créer une agence spécialisée dont le mandat serait d'améliorer l'infrastructure de données existante et les outils d'aide à la décision pour la planification stratégique, les politiques et la gestion dans tout le Canada.
- 3.2. Par le biais d'une entente de contribution, le gouvernement fédéral pourrait soutenir la création d'un organisme autonome sans but lucratif – un partenariat pour les personnels de santé – qui serait chargé de gérer une stratégie renouvelée, de fournir de l'information sur le marché du travail dans le domaine de la santé, de donner de la formation et d'assurer la gestion des ressources humaines



dans le secteur de la santé, notamment en contribuant au recrutement et au maintien en poste.

3.3. Le gouvernement fédéral pourrait soutenir la création d'un secrétariat solide, transparent et accessible pour disposer d'un conseil sur les personnels de santé. Il pourrait ainsi améliorer les infrastructures de données et de prise de décisions et dédier un financement à la création de connaissances, ce qui éclairerait les politiques et la prise de décisions et permettrait aux intervenants de collaborer sur des sujets d'intérêt commun.

Des modèles pour ce type d'organismes de coordination existent déjà au Canada et sont en place dans presque tous les pays de l'OCDE auxquels le Canada se compare.

En plus de bâtir un système de santé plus robuste pour le rétablissement du Canada après la pandémie, ces actions s'harmoniseraient avec la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (2016). Cette stratégie encourage tous les pays à se doter d'ici 2030 de mécanismes institutionnels permettant de piloter et de coordonner efficacement un programme intersectoriel relatif aux personnels de santé, ainsi que de mécanismes établis pour l'échange de données relatives aux personnels de santé par le biais de comptes nationaux des personnels de santé. Les efforts actuels visant à harmoniser la réglementation visant les praticiens de santé dans toutes les administrations canadiennes, notamment par le biais d'un enregistrement pancanadien, accéléreraient la capacité de recueillir et de communiquer les données sur les effectifs^{17, 18}.

En raison de l'importance des personnels de santé pour l'économie du Canada et la reprise en cas de pandémie, la mise en place de l'infrastructure nécessaire exige un investissement assez important et soutenu pendant au moins dix ans. Le maintien du statu quo devrait être reconnu comme l'option la plus coûteuse.

En conclusion, comme nous l'avons déclaré dans un appel à l'action ouvert signé par plus de 60 organisations de soins de santé et 300 experts des personnels de santé, « les travailleurs de la santé du Canada ont été là pour nous pendant toute la pandémie de COVID-19. Il est temps pour nous d'être là pour eux. Nous demandons au gouvernement du Canada d'offrir un soutien aux travailleurs de la santé en faisant immédiatement des investissements substantiels pour améliorer l'infrastructure des données dont ont besoin les provinces, les territoires et les régions, ainsi que les programmes de formation, pour mieux planifier et soutenir la main-d'œuvre du secteur de la santé. »

Qui est le RCPS?

Créé en 2011, le [RCPS](#) s'est donné pour mission d'être la source d'information canadienne sur les personnels de santé en rendant les données accessibles et utiles à l'appui d'une meilleure prise de décisions dans le système de santé. Notre vision est la suivante : un processus décisionnel ouvert, transparent, fondé sur des données probantes pour appuyer les travailleurs, les patients et les systèmes de santé. Nous sommes organisés par *secteur* – soins primaires, santé mentale, soins aux personnes âgées et maternité – et par *thème* – planification, équité, gouvernance, mobilité, interprofessionnalisme et environnements de travail sains. Nous accordons de l'importance à la collaboration dans le cadre de partenariats, au soutien de la prise de décisions sur la base des données disponibles, à la promotion de l'égalité d'accès, à la diversité des participants et à l'inclusion de points de vue différents. Nous sommes également attachés à la diffusion efficace de données de haute qualité sur les personnels de santé auprès d'un large éventail d'utilisateurs et au renforcement des capacités en sciences des personnels de santé.

Sources citées

- ¹ Source : Estimations établies selon les données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2019.
- ² I. Bourgeault, S. Simkin et C. Chamberland-Rowe, « [Poor Health Workforce Planning is Costly, Risky and Inequitable](#) », *CMAJ*, vol. 191, n° 42, 21 octobre 2019, p. E1147-E1148.
- ³ I. Bourgeault, C. Chamberland-Rowe, S. Simkin et S. Slade, *A Proposed Vision to Enhance CIHI's Contribution to More Data Driven and Evidence-Informed Health Workforce Planning in Canada: Final Report*, 31 mars 2020.
- ⁴ [Recherche sur les services et les politiques de la santé : Vision et stratégie pour l'ensemble du Canada 2014-2019](#), Institut des services et des politiques de la santé des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPS des IRSC), 2014, p. 1-36.
- ⁵ I. Bourgeault, S. Simkin et C. Chamberland-Rowe, « [Crisis Underscores that Health Workers are Backbone of Health System](#) », *Hill Times*, 7 avril 2020.
- ⁶ T. McMahon, [Nursing Job Vacancies are Soaring across Canada \(Les postes vacants en soins infirmiers montent en flèche partout au Canada\): Tens of Thousands of Nursing Jobs Remain Unfilled across the Country as Hospitals Scramble to Find Workers amid a Pandemic](#), Eastern Workforce Innovation Board, 9 février 2021.
- ⁷ [Healthy Professional Worker Partnership: Preliminary Comparative Findings](#), 2021.
- ⁸ Charte de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), [Health worker safety: a priority for patient safety](#), septembre 2020.
- ⁹ [COVID-19 et santé mentale : Réponses stratégiques et enjeux émergents – Analyse préliminaire](#).
- ¹⁰ [Trajectoire de recherche : santé mentale et politiques de santé](#), hhr-rhs.ca.
- ¹¹ [Workforce Projections](#), hrsa.gov.
- ¹² [President Biden to Announce Strategy to Address Our National Mental Health Crisis, As Part of Unity Agenda](#).
- ¹³ V. Esses, J. McRae, N. Alboim, N. Brown, C. Friesen, L. Hamilton, A. Lacassagne, A. Macklin et M. Walton-Roberts, *Soutenir la résilience et la relance du Canada face à la COVID-19 grâce à des politiques et programmes d'immigration solides*, Société royale du Canada, 2021, 103 p.
- ¹⁴ E. Neiterman, I.L. Bourgeault, J. Peters, V. Esses, E. Dever, R. Gropper, C. Nielsen, J. Kelland et P. Sattler, « Best Practices in Bridging Education: Multiple Case Study Evaluation of Postsecondary Bridging Programs for Internationally Educated Health Professionals », *Journal of Allied Health*, vol. 47, n° 1, 2018, p. 23-28.
- ¹⁵ M. Turcotte et K. Savage, [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](#), Statistique Canada, 2020.
- ¹⁶ I. Bourgeault, « [A path to improved health workforce planning, policy and management in Canada](#) », Université de Calgary, School of Public Policy, vol. 14:39, décembre 2021.
- ¹⁷ S. Sweatman, F. McDonald et R. Grewal, « Pan-Canadian licensure: Without having to change the constitution », *Health Law in Canada*, vol. 42, n° 3, 2022, p. 82-91.
- ¹⁸ K. Leslie, C. Demers, R. Steinecke et I.L. Bourgeault, « Pan-Canadian registration and licensure of health professionals: A path approach emerging from a Best Brains Exchange policy dialogue », *Healthcare Policy*, 2022, sous presse.