

L'ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Le présent rapport a été entrepris avec l'accord du conseil d'administration de l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS). Les membres du comité d'évaluation chargés du rapport ont été sélectionnés par l'ACSS eu égard à leurs compétences spécifiques et dans le souci d'obtenir un juste équilibre de leur expertise. Les opinions, les constatations et les conclusions formulées dans le présent document sont celles des auteurs, à savoir les membres du comité d'évaluation, et ne représentent pas nécessairement les points de vue des organisations auxquelles ces personnes sont affiliées ou qui les emploient, ni celles de Santé Canada.

Publié en format électronique uniquement, en français et en anglais. ISBN 978-1-9990034-7-0
ISBN 978-1-9990034-6-3 (pdf)

www.cahs-acss.ca

Le rapport peut être cité comme suit : Académie canadienne des sciences de la santé. (2023). *Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada : Pistes d'action futures*.
<https://cahs-acss.ca/evaluation-des-ressources-humaines-en-sante-rhs/>

Avis de non-responsabilité : À la connaissance de l'ACSS, les données et les renseignements provenant d'Internet qui sont mentionnés dans le présent rapport étaient exacts à la date de publication de celui-ci. Compte tenu du caractère évolutif d'Internet, l'accès aux ressources, aujourd'hui libre et sans frais, pourrait être par la suite restreint ou subordonné au paiement de frais. Par ailleurs, certains éléments sont susceptibles d'être déplacés à la suite de la réorganisation des menus et des pages des sites Web.

Le présent document a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.



Santé Health
Canada Canada

L'ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

L'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) fournit en temps utile des évaluations indépendantes qui éclairent l'élaboration des politiques et des pratiques visant à répondre aux préoccupations pressantes qui touchent la santé des Canadiennes et des Canadiens. L'ACSS contribue à concrétiser un changement en faveur d'un Canada en meilleure santé.

L'ACSS honore les Canadiennes et les Canadiens qui ont accompli de grandes réalisations au sein de la communauté universitaire des sciences de la santé. Fondée en 2004, l'ACSS compte aujourd'hui plus de 900 membres et nomme de nouveaux membres chaque année. L'organisme est géré par les membres et la direction du conseil d'administration, investis à titre bénévole.

L'Académie réunit les meilleurs scientifiques et chercheurs canadiens de toutes les disciplines de la santé et des sciences biomédicales qui sont issus d'universités, d'établissements de soins de santé et d'instituts de recherche de tout le pays, afin de répondre efficacement aux préoccupations majeures de la population canadienne en matière de santé. Ses membres collaborent avec d'autres spécialistes et consultent le public et les parties prenantes clés afin de se pencher sur les enjeux de santé les plus complexes qui se posent au Canada et de proposer des solutions stratégiques concrètes pour y remédier.

Depuis 2006, l'ACSS est d'un large éventail d'organisations publiques et privées représentant des patients et leur famille, des professionnels, des dirigeants du système de santé, des décideurs, ainsi que des fournisseurs de services et du secteur privé. Aux côtés d'autres entités, l'ACSS investit dans des évaluations rigoureuses et indépendantes qui traitent d'enjeux de santé importants et dont les résultats contribuent à façonner ses politiques et initiatives stratégiques.

REMERCIEMENTS

Les évaluations de l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) sont fondées sur la collaboration. L'orientation scientifique est assurée par un comité d'experts, tandis que la recherche, la rédaction, le processus de consultation et l'ensemble de la logistique sont gérés par le personnel, avec le soutien d'étudiants, de fournisseurs et de bénévoles. Dans le cadre du processus de consultation, un grand nombre de personnes, d'organisations et d'ordres de gouvernement fournissent une rétroaction essentielle. Les constatations sont ensuite examinées minutieusement par des pairs évaluateurs. L'ACSS reconnaît et salue le rôle clé joué par tous les participants.

STRUCTURE DES COMITÉS

L'ACSS a constitué des comités pour mener cette évaluation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada. Tous les comités étaient composés d'une diversité d'experts de l'ensemble du Canada. Nous vous invitons à consulter leurs biographies, disponibles sur [notre site Web](#).

Les membres des comités ont travaillé en étroite collaboration à étudier le corpus documentaire, à prendre en compte les contributions des participants au processus de consultation et à s'entretenir de la documentation se rapportant à la présente évaluation. L'intégralité de leurs activités a été menée en ligne, car cette évaluation s'est déroulée pendant la pandémie de COVID-19. Ils ont fait preuve d'un engagement remarquable en faveur de ce projet. L'ACSS apprécie vivement leur immense contribution.

Les coprésidents ont assuré la direction globale de l'évaluation :

Marcia Anderson, M.D., MPH, FRCPC (septembre 2022 à avril 2023)

Harrison Applin, Ph. D., IA, FACS (mars à août 2022)

Ivy Bourgeault, Ph. D., MACSS

Luigi Lepanto, M.D., MSc, FRCPC

Christopher S. Simpson, M.D., FRCPC, FACC, FHRS, FCCS, MACSS

Le comité d'évaluation, dirigé par les coprésidents, a élaboré le rapport d'évaluation :

Cecilia Benoit, Ph. D., MACSS

Jessica Campanelli

Marion Crowe, GCSPN, DFAA, APAA

Suzanne Dupuis-Blanchard, Ph. D., IA

Mélanie Lavoie-Tremblay, MSc, Ph. D.

Michael MacEntee, LDSRCSI, Ph. D., FRCDC, MACSS

Linda McGillis Hall, Ph. D., IA, MACSS, FAAN, AICIE, FACS

Ingrid Sketris, Pharm. D., MAP (administration des services de santé), MACSS

Arthur Sweetman, Ph. D.

Rao Tadepalli, M.D.

Kue Young, C.M., M.D., MSc, FRCPC, D. Phil., MACSS

Un **comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé** a conseillé le comité d'évaluation sur la meilleure façon de prendre en compte le point de vue et l'expérience spécifiques des communautés des Premières Nations, métisses et inuites dans le contexte d'une évaluation pancanadienne :

Présidente : Marcia Anderson, M.D., MPH, FRCPC
Cecilia Benoit, Ph. D., MACSS
Marion Crowe, GCSPN, DFAA, APAA
Alisha Julien Reid, sage-femme mi'kmaq
Brenda Restoule, Ph. D., Psych. c.
Nel Weiman, M.D., FRCPC

Trois groupes de travail se sont penchés sur les principaux domaines d'action prioritaires afin d'éclairer les travaux du comité d'évaluation :

Déploiement et prestation des services

Président : Luigi Lepanto, M.D., MSc, FRCPC
Raisa Deber, Ph. D., MACSS
Carl Ardy Dubois, Ph. D.
Suzanne Dupuis-Blanchard, Ph. D., IA
Brian Hodges, M.D., Ph. D., FRCPC, MACSS
Lorelei Lingard, Ph. D., MACSS
Sarah Newbery, M.D.
Ingrid Sketris, Pharm. D., MAP (administration des services de santé), MACSS
Marie-Andrée Ulysse, inf., MSc (Admin)
Kue Young, C.M., M.D., MSc, FRCPC, D. Phil., MACSS

Soutien et maintien des effectifs

Président : Christopher S. Simpson, M.D., FRCPC, FACC, FHRS, FCCS, MACSS
Marcia Finlayson, Ph. D., Erg. Aut., MACSS
Kevin Kelloway, Ph. D.
Mélanie Lavoie-Tremblay, MSc, Ph. D.
Linda McGillis Hall, Ph. D., IA, MACSS, FAAN, AICIE, FACS
Kwame McKenzie, M.D.
Brenda Restoule, Ph. D., Psych. c.
Christian Rochefort, MSc, Ph. D.
Rao Tadepalli, M.D.
Sunita Vohra, M.D., MSc, FRCPC, MACSS

Planification et développement

Présidente : Ivy Bourgeault, Ph. D., MACSS
Jessica Campanelli
Eileen Hutton, SFA, Ph. D., D. Sc. (HC), MACSS
Ngozi Ikeji, M.D.
Judy Linton, Ph. D., CGC
Michael MacEntee, LDSRCSI, Ph. D., MACSS, FCRCDC
Geneviève Moineau, M.D., FRCPC
Gigi Osler, MD, FRCSC ICD.D (mars à octobre 2022)
Arthur Sweetman, Ph. D.
Jeffrey Wichtel, B. Sc. V., Ph. D., ACT

PERSONNEL ET SOUTIEN

Une équipe a facilité le travail des membres des comités et a géré le processus de consultation. Tous les membres de cette équipe, dont la composition a varié au cours de l'évaluation, ont apporté des contributions essentielles.

Le **personnel** a conçu et mis en œuvre le processus et a élaboré des ressources :

Serge Buy, directeur général
Sonya Kupka, directrice de projet
Denise DuBois, Erg. Aut. (Ont.), Ph. D., rédactrice scientifique principale
Ann-Sylvia Brooker, MSc, Ph. D., chercheuse scientifique principale
Paul Metzak, Ph. D., rédacteur scientifique
Ruby Sambhi, MSc, Ph. D., rédactrice scientifique
Ashka Shah, M.D., BSc, chercheuse
Allison McPhee, administratrice de projet et coordinatrice des communications

Les personnes suivantes ont **soutenu** le travail de l'équipe de projet :

Alina Chen, étudiante de cycle supérieur
Alain El Hofi, bibliothécaire, Université d'Ottawa
Alisson Haché-Chiasson, étudiante de cycle supérieur
Dorelle Hinton, rédactrice nomade
Janice Linton, bibliothécaire de liaison pour la santé des Autochtones, Université du Manitoba
Erik Lockhart, Lockhart Facilitation Inc.
Leah Margetson, étudiante de cycle supérieur
Rachel Olson et Erin Tomkins, The Firelight Group
Ahsan Sadiq, Environics
Mario Scaffardi, Mario Scaffardi Design
Mathilde Thériault, étudiante de cycle supérieur
Francine Watkins, Francine Watkins Translation Services Inc.

Les membres des comités et les **animateurs des discussions en petits groupes** suivants ont appuyé le processus de consultation :

Sioban Nelson, IA, Ph. D., FAAN, MACSS

Dennis Kendel, M.D., FCMF

Kathleen (Kate) Leslie, Ph. D., J.D., IA

Greg Nasmith, M.A., D.N.

Louise Nasmith, MDCM, M. Éd., FCMF, FRCPSC (Hon), MACSS

Margaret Walton-Roberts, Ph. D.

PAIRS ÉVALUATEURS

Un groupe de pairs évaluateurs a formulé des observations sur l'objectivité et la qualité d'une ébauche du rapport d'évaluation. Leurs commentaires, qui demeureront confidentiels, ont été pleinement pris en considération par le comité, et bon nombre de leurs suggestions ont été intégrées au rapport. Ces pairs n'ont pas été appelés à entériner les conclusions et n'ont pas eu accès à la version finale du rapport avant sa publication.

Andrea Baumann, Ph. D., FAAN, C.M., MACSS

Carol P. Herbert, C.M., M.D., D. Sc. (Hon), CCMF, FCMF, MACSS, FRACGP (Hon)

Linda Johnston, Ph. D., FEANS, MACSS, FAAN

Linda Rabeneck, M.D., MPH, FRCPC, MACSS

Margaret Steele, M.D., FRCPC, M. Éd., DFCPA, CCPE, MACSS

MESSAGE DU PRÉSIDENT DE L'ACSS



Au nom de l'Académie canadienne des sciences de la santé, j'ai le plaisir d'annoncer la publication du rapport *Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada : Pistes d'action futures*. Cette évaluation complète offre aux décideurs une vue d'ensemble des données stratégiques à prendre en compte afin de s'assurer que la capacité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada est adéquate, non seulement pour fournir les services de santé nécessaires, mais aussi pour répondre rapidement aux nouvelles préoccupations en matière de santé publique.

L'ACSS tient à remercier sincèrement les coprésidents du comité d'évaluation pour leur esprit collaboratif et leurs contributions capitales tout au long de ce processus, ainsi que l'ensemble des membres du comité d'évaluation, du comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des trois groupes de travail. L'expertise plurielle de ces 30 acteurs a permis d'orienter l'évaluation de cette question d'une grande complexité.

Nous remercions en outre les nombreuses personnes et organisations à travers le pays, ainsi que les ordres de gouvernement du Canada, qui ont apporté leur éclairage, fait part de renseignements utiles et formulé leur rétroaction afin de garantir la pertinence des politiques et pratiques principales à l'égard de la population canadienne.

Je souhaite également saluer le travail des pairs évaluateurs qui ont exercé leur œil critique et fourni des commentaires très utiles sur la version préliminaire du présent rapport, et faire part de ma gratitude aux membres du Comité d'évaluation et affaires scientifiques de l'ACSS qui ont supervisé ce processus d'examen, ainsi que la sélection initiale des membres du comité. Dans le cadre de cette évaluation, nous avons mobilisé de nombreux autres membres de l'ACSS qui ont fait preuve d'une remarquable volonté de nourrir la discussion en vue de cerner des solutions concrètes aux problématiques majeures qui touchent la santé des Canadiennes et des Canadiens.

Serge Buy, notre directeur général, a endossé le rôle de conseiller stratégique tout au long de cette évaluation, et permis ainsi à l'ACSS de mener à bien ce travail important en s'appuyant sur une équipe solide, placée sous la houlette de la directrice de projet Sonya Kupka. Nous adressons nos remerciements à tous les membres du personnel pour la détermination et le dévouement dont ils ont fait preuve.

Enfin, je tiens à mettre à l'honneur Santé Canada. C'est une chance que le gouvernement canadien valorise et soutienne l'élaboration de politiques étayées par des données probantes, l'une des missions principales de l'ACSS. Nous sommes fiers de mettre notre expertise et notre expérience au service de ce travail et nous remercions Santé Canada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jay', written in a cursive style.

Cordialement,
James (Jay) Cross, D.M.V., Ph. D., MACSS, MSRC
Président de l'Académie canadienne des sciences de la santé

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ACSS



Le présent rapport sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé revêt une importance cruciale compte tenu des difficultés d'accès aux services de santé auxquelles fait face la population canadienne, partout dans le pays.

C'est pourquoi l'Académie canadienne des sciences de la santé a lancé une consultation et invité des centaines de groupes à faire part de leurs points de vue, idées et propositions. Fort heureusement, ces parties prenantes avaient beaucoup de choses à dire et je peux affirmer que leur avis a compté à l'heure de finaliser le présent rapport.

Nous remercions l'ensemble des organisations et des personnes qui ont enrichi les délibérations du comité d'évaluation à chaque étape du processus, à travers leurs courriels et courriers, leurs synthèses et leur participation aux multiples séances ouvertes, dans le cadre de leurs fonctions officielles ou à titre privé.

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes.

Serge A. Buy
Directeur général

MESSAGE DES COPRÉSIDENTS DU COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACSS



Lorsque nous avons été invités à assurer la coprésidence de ce comité d'évaluation de l'Académie canadienne des sciences de la santé, nous nous sommes réjouis d'avoir l'occasion d'apporter un éclairage stratégique sur les problématiques actuelles touchant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Dans le cadre de nos rôles individuels de leadership au Canada, nous continuons d'être témoins des répercussions subies par les patients et les familles, et par nos consœurs et confrères, face à cette situation qui appelle une réponse urgente.

Nous avons pleinement conscience que ce processus d'évaluation exigerait un degré important de collaboration et une coordination rapide des efforts. Chacune et chacun d'entre nous a offert sa propre expertise scientifique et clinique et contribué à la diversité des points de vue sur les systèmes en place. Notre leadership conjoint a ainsi permis la prise de décisions stratégiques. De bien des façons, la démarche adoptée a incarné le partenariat interprofessionnel et intersectoriel qui jouera un rôle pivot dans la mise en œuvre d'une vision pancanadienne pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Cette évaluation d'une ampleur intimidante, comportant 17 questions, a nécessité des recherches d'envergure, nous contraignant à limiter la profondeur d'examen de l'une ou l'autre question en particulier dans l'optique de mener notre mission à bien dans un délai d'un an. Malgré les défis à relever, la vaste portée de cette évaluation était indispensable pour faire émerger des pistes d'action prioritaires.

Nous n'aurions pas pu accomplir un tel travail sans le soutien indéfectible et la détermination des groupes de travail, du comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et de l'équipe de l'Académie canadienne des sciences de la santé. Par-dessus tout, au nom de l'ensemble des membres du comité d'évaluation et des groupes de travail/du comité autochtone, nous tenons à remercier les participants au processus de consultation qui, malgré leurs nombreuses autres priorités, ont répondu à l'appel et apporté de précieuses contributions aux débats.

Beaucoup de territoires de compétence sont en train de mettre en œuvre des politiques et pratiques novatrices pour s'efforcer de résoudre les problématiques actuelles. Il est encourageant de constater que la plupart de ces stratégies vont dans le sens des constatations tirées de notre analyse des données probantes et de notre processus de consultation approfondi. En outre, nous avons entendu le souhait de mener une collaboration renforcée et nous sommes témoins de la volonté des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des organisations d'agir en concertation pour doter le secteur de la santé d'une main-d'œuvre résiliente, bénéficiant des soutiens nécessaires pour offrir aux Canadiennes et aux Canadiens des services de santé efficaces, sûrs et d'excellente qualité.

À ce titre, le présent rapport doit s'inscrire dans un contexte de changement de politique accéléré et d'innovation, car c'est ce qui caractérise la transformation des systèmes de santé. Nous espérons que ces actions, parmi d'autres moyens de transformation, s'appuieront sur des mécanismes stratégiques tels que l'évaluation, la coordination et la responsabilisation afin de promouvoir une vision pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé d'aujourd'hui et de demain, dans l'intérêt des générations futures.



Marcia Anderson,
M.D., MPH, FRCPC



Ivy Bourgeault,
Ph. D., MACSS



Luigi Lepanto,
M.D., MSc, FRCPC



Christopher S. Simpson,
M.D., FRCPC, FACC,
FHRS, FCCS, MACSS

TABLE DES MATIÈRES

Figures et tableaux	1
Résumé	3
Chapitre 1 : Introduction	7
1.0 Problèmes rencontrés par la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada	7
1.1 La main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada	9
1.1.1 Contexte : les soins de santé au Canada	9
1.1.2 Chronologie des stratégies de dotation en personnel de la santé au Canada	11
1.2 État des lieux mondial de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé	12
1.2.1 Une pénurie mondiale de professionnels de la santé	12
1.2.2 Les forces mondiales et changements sociétaux à l'œuvre	12
1.3 Mission	14
1.4 Main-d'œuvre incluse dans cette évaluation	15
1.5 Détermination du cadre d'évaluation	17
1.6 Méthodologie	19
1.6.1 Recherche, sélection et synthèse des ressources documentaires	20
1.6.2 Processus de consultation	22
1.6.3 Portée du rapport et lacunes des données probantes	23
1.6.4 Structure du rapport d'évaluation	28
1.7 Résumé du chapitre	28
SECTION A - QUESTIONS TRANSVERSALES :	
APPROCHES FONDÉES SUR LA POPULATION	30
Chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones	33
2.0 Contexte	33
2.1 Politiques et pratiques principales	36
2.1.1 Créer des espaces propices au développement d'une main-d'œuvre dirigée par les Autochtones dans le secteur de la santé	37
2.1.2 Accroître le nombre d'apprenants et de professionnels autochtones	42
2.1.3 Remettre en cause le racisme parmi les effectifs et au sein des systèmes de santé	48

2.1.4 Consolider les données sur la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé	52
2.2 Résumé du chapitre	54
Chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées	55
3.0 Contexte	55
3.0.1 Caractéristiques démographiques des collectivités rurales et éloignées du Canada	55
3.0.2 Difficultés d'accès aux soins pour les patients des collectivités rurales et éloignées	57
3.0.3 Limites des approches de dotation en personnel de la santé dans les régions rurales et éloignées	58
3.1 Politiques et pratiques principales	59
3.1.1 Promouvoir l'inscription, l'exposition aux collectivités rurales et éloignées et l'apprentissage distribué fondé sur la pratique	59
3.1.2 Proposer des incitations et des soutiens et favoriser l'intégration communautaire	64
3.1.3 Créer des modèles de soins plus réactifs, plus souples et mieux adaptés au contexte	66
3.1.4 Favoriser la mobilité des professionnels de la santé pour pallier le manque de services	70
3.2 Résumé du chapitre	74
Chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées	75
4.0 Contexte	75
4.0.1 Discrimination et obstacles structurels rencontrés par les professionnels de la santé	78
4.0.2 Lacunes dans la prestation de soins impartiaux et adaptés aux spécificités culturelles	80
4.1 Politiques et pratiques principales	81
4.1.1 Accroître la diversité et la représentativité des apprenants et des dirigeants	81
4.1.2 Aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à s'insérer	85
4.1.3 Favoriser des milieux de travail sûrs, justes et exempts de racisme	88
4.1.4 Permettre la prestation de soins adaptés aux spécificités culturelles et linguistiques	89

4.1.5 Intensifier la collecte de données afin d'évaluer les initiatives en matière d'équité	94
4.2 Résumé du chapitre	96
SECTION B - APPROCHES THÉMATIQUES SPÉCIFIQUES	97
Chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs	100
5.0 Contexte	100
5.0.1 La violence au travail dans les milieux de soins	101
5.0.2 État des lieux de la santé mentale chez les professionnels de la santé	102
5.0.3 Usure, amplification des problèmes systémiques et instabilité de la main-d'œuvre	103
5.1 Politiques et pratiques principales	105
5.1.1 Encourager et renforcer le rôle de soutien des équipes de direction	105
5.1.2 Créer des milieux de travail sains, sûrs, justes et équitables	108
5.1.3 Alléger le fardeau administratif	116
5.1.4 Renforcer l'autonomie, améliorer la reconnaissance et veiller à l'épanouissement	119
5.1.5 Offrir des soutiens favorisant le bien-être des professionnels de la santé	122
5.2 Résumé du chapitre	127
Chapitre 6 : Déploiement et prestation des services	128
6.0 Contexte	128
6.0.1 Obstacles à une prise en charge concertée en équipe	129
6.0.2 Financement et rémunération	129
6.0.3 Santé numérique et soins virtuels	130
6.1 Politiques et pratiques principales	130
6.1.1 Optimiser les champs d'exercice	131
6.1.2 Déployer des modèles de soins en équipe	137
6.1.3. Intégrer les technologies de la santé numérique	141
6.1.4 Aligner les modèles de financement et de rémunération	145
6.2 Résumé du chapitre	149
Chapitre 7 : Planification et développement	150
7.0 Contexte	150
7.0.1 Changements démographiques au Canada	151
7.0.2 Disponibilité actuelle des données et approches de planification des soins	152
7.1 Politiques et pratiques principales	153

7.1.1 Procéder à une planification continue et intégrée de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé	153
7.1.2 Établir des données plus précises et normalisées sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé	160
7.1.3 Faire participer divers partenaires à la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé	165
7.1.4 Aligner la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et les filières d'éducation	167
7.2 Résumé du chapitre	174
Chapitre 8 : Vision, action et impact	176
8.0 Une vision transformative pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada	176
8.0.1 Envisager le changement en regroupant les éléments du présent rapport	179
8.0.2 Acteurs clés et leviers stratégiques dans la promotion de cette vision transformative	182
8.1 Recherche d'un consensus pour cerner les pistes d'action prioritaires	184
8.1.1 Favoriser la réussite et l'épanouissement des apprenants et professionnels de la santé autochtones	185
8.1.2 Renforcer les stratégies de recrutement et de maintien des effectifs dans les régions rurales et éloignées	186
8.1.3 Créer des milieux de travail sûrs, sains, justes et équitables	187
8.1.4 Optimiser les champs d'exercice au sein de modèles en équipe	189
8.1.5 Intégrer une culture de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé	190
8.2 Développer l'infrastructure pour un effet maximal	191
8.2.1 Recherche, mise en œuvre et évaluation au sein des systèmes de santé apprenants	191
8.2.2 Collaboration intersectorielle pour préparer l'avenir	195
8.3 La main-d'œuvre dans le secteur de la santé d'aujourd'hui, de demain et des générations futures	195
Annexes	197
Annexe A : Questions de l'évaluation	197
Annexe B : Stratégies provinciales et territoriales de dotation en personnel de la santé	201
Références bibliographiques	202

FIGURES ET TABLEAUX

Chapitre 1 : Introduction

- Figure 1. Réseau des principaux acteurs intervenant à différents niveaux dans le secteur de la santé au Canada.
- Figure 2. Structure de l'évaluation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé menée par l'Académie canadienne des sciences de la santé.
- Figure 3. Les cinq objectifs à atteindre pour optimiser les systèmes de santé.
- Figure 4. Calendrier de l'évaluation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé menée par l'Académie canadienne des sciences de la santé.
- Figure 5. Processus structuré appliqué à l'examen de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.
- Figure 6. Portée du processus de consultation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé mis en place par l'Académie canadienne des sciences de la santé.
- Figure 7. Métiers de la santé représentés.
- Figure 8. Milieux de soins représentés.

Chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones

- Figure 9. Les inégalités, facteurs structurels du manque d'équité en matière de santé dans les Amériques.
- Figure 10. Le cercle du bien-être des Premières Nations.
- Figure 11. Facteurs organisationnels propices au recrutement et au maintien en poste d'une main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé.

Chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées

- Figure 12. Accessibilité des collectivités rurales et éloignées au Canada.
- Figure 13. Processus visant à promouvoir le recrutement d'apprenants et de professionnels de la santé ainsi que le maintien des effectifs dans les régions rurales et éloignées.

Chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées

- Figure 14. La roue du privilège.
- Figure 15. Caractéristiques d'efficacité des programmes de formation en matière de lutte contre l'oppression à l'égard des populations systématiquement défavorisées.

Section B – Introduction

- Figure 16. Cadre intégré de planification et de développement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (modèle logique et démarche de Donabedian).

Chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs

- Figure 17. Facteurs liés au volume de travail ayant des effets néfastes, directs et indirects, pour les professionnels de la santé.
- Figure 18. Processus de perfectionnement professionnel visant à renforcer la résilience personnelle des professionnels de la santé.
- Figure 19. Groupes de professionnels de la santé courant un risque élevé d'épuisement professionnel et de souffrance morale.

Chapitre 6 : Déploiement et prestation des services

- Figure 20. Illustration des liens entre les champs d'exercice et les modèles de soins et de l'influence des besoins de la population dans l'optique d'améliorer les résultats.
- Tableau 1. Interfaces public-privé des soins de santé au Canada.

Chapitre 7 : Planification et développement

- Figure 21. Utilisation d'approches complémentaires pour la modélisation des exigences en matière de soins de santé et la planification de la main-d'œuvre.
- Figure 22. Étapes itératives de la modélisation et de la prévision des effectifs de santé fondées sur les besoins de la population.
- Figure 23. Points de données sur l'offre et la demande.

Chapitre 8 : Vision, action et impact

- Figure 24. Articulation des différents éléments de l'évaluation.
- Figure 25. Acteurs clés et leviers stratégiques par niveau d'influence.
- Figure 26. Processus d'évaluation permettant de cerner les pistes d'action prioritaires.
- Tableau 2. Politiques et pratiques principales par chapitre.

RÉSUMÉ



Santé Canada a financé l'Académie canadienne des sciences de la santé pour évaluer, en se fondant sur des données probantes, des pistes d'action futures qui permettront de résoudre la crise liée à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Au cours de cette évaluation indépendante d'une année, nous avons examiné plus de 5 000 articles scientifiques et 250 rapports de politique, et consulté quelque 800 personnes représentant plus de 245 organisations à travers le Canada. Notre travail, également guidé par un groupe pluridisciplinaire diversifié comptant plus de 30 spécialistes cliniques et universitaires sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, a abouti à la rédaction du présent rapport revu par des pairs.

Notre rapport se penche sur les thèmes suivants : **soutien et maintien des effectifs**, **déploiement et prestation des services**, et **planification et développement**, tout en étudiant les questions propres aux **peuples autochtones**, aux **collectivités rurales et éloignées**, et aux **populations systématiquement défavorisées**, et propose cinq pistes d'action prioritaires pour une mise en œuvre anticipée, établies à partir des 26 politiques et pratiques stratégiques principales que nous avons cernées.

Pistes d'action prioritaires

- ➔ Accroître le nombre et favoriser la réussite et l'épanouissement des apprenants et professionnels de la santé autochtones.
- ➔ Axer les stratégies de recrutement et de maintien des effectifs sur l'engagement communautaire dans les régions rurales et éloignées.
- ➔ Créer des milieux de travail sûrs, sains, justes et équitables, dotés d'une main-d'œuvre diversifiée et représentative.
- ➔ Transformer les soins grâce à l'optimisation des champs d'exercice au sein de modèles en équipe, en s'appuyant sur la technologie et sur la mise en place d'incitations pertinentes.
- ➔ Intégrer une culture de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé sous-tendue par des données améliorées et des outils décisionnels renforcés.

Nous pensons que la prise de mesures inspirantes par les dirigeants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des organisations pancanadiennes du secteur de la santé peut promouvoir la mise en œuvre d'une vision transformative pour cette main-d'œuvre. En outre, la position singulière du gouvernement fédéral et des organisations pancanadiennes peut être mise à profit pour réunir divers partenaires de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, déployer à grande échelle les pratiques stratégiques principales et étendre les sphères d'innovation, et soutenir la recherche. Enfin, la reddition publique de comptes quant aux progrès accomplis et aux obstacles à l'action concertée peut témoigner d'une volonté pérenne de soutien à la main-d'œuvre dans l'optique de satisfaire aux besoins des Canadiennes et des Canadiens en matière de santé.

Avant la pandémie, certaines solutions étaient jugées irréalistes. Néanmoins, nous savons désormais qu'il est possible de les concrétiser en passant d'une optique « coût-efficience » à une optique « coût-efficacité », en évitant les pratiques conflictuelles pour privilégier les partenariats entre administrations, et en éliminant la territorialité professionnelle pour faire place à la collaboration transdisciplinaire.

POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES

Peuples et communautés autochtones

- ➡ Créer des espaces et fournir un soutien aux responsables autochtones pour leur permettre de concevoir, de consolider, de diriger, d'offrir et d'évaluer des programmes et des services de santé autochtones.
- ➡ Accroître le nombre d'apprenants et de professionnels autochtones dans les milieux de formation en santé et les établissements de soins et favoriser la transition réussie et épanouie en milieu d'exercice.
- ➡ Remettre en cause le racisme parmi les effectifs et au sein des systèmes de santé grâce à l'élaboration dirigée par les Autochtones de politiques de lutte contre le racisme, à l'instauration de processus sûrs de signalement et d'enquête, et à la mise en place d'obligations de formation.
- ➡ Adopter des principes de recherche et de souveraineté des données autochtones en lien avec la collecte de données sur la main-d'œuvre, la recherche axée sur les résultats et l'évaluation, notamment en ce qui concerne le perfectionnement du personnel de recherche en santé autochtone et le soutien à leur égard.

Collectivités rurales et éloignées

- ➡ Promouvoir des processus d'inscription ciblés et facilités, favoriser l'exposition positive des apprenants en santé aux collectivités rurales et éloignées et assurer un apprentissage distribué fondé sur la pratique.

- ➔ Encourager les professionnels de la santé à rester en poste en leur proposant des incitations efficaces, en leur offrant des soutiens en milieu d'exercice et en favorisant leur intégration communautaire.
- ➔ Créer des modèles de soins plus réactifs, plus souples et mieux adaptés au contexte, notamment grâce à une prise en charge interdisciplinaire en équipe permettant aux professionnels d'adapter leur champ d'exercice et leurs compétences pour mieux répondre aux besoins de la collectivité.
- ➔ Favoriser la mobilité des professionnels de la santé ayant une aptitude et une formation spécifiques leur permettant d'exercer dans des régions rurales et éloignées, afin de pallier le manque de services, de mettre en place de précieux services de suppléance et d'apporter un soutien en cas de crise.

Populations systématiquement défavorisées

- ➔ Accroître la diversité et la représentativité aux postes de formation et de direction grâce à une approche ciblée d'inscription, de recrutement, de maintien en poste et de soutien.
- ➔ Aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à s'insérer dans la vie active en leur offrant des soutiens pluridimensionnels avant même leur arrivée, et jusqu'à la délivrance du permis d'exercice et l'obtention d'un emploi.
- ➔ Favoriser des milieux de travail sûrs, justes et exempts de racisme, afin de doter le secteur de la santé d'une main-d'œuvre saine, robuste et diversifiée.
- ➔ Permettre aux professionnels de la santé d'assurer la prestation de soins adaptés aux spécificités culturelles et linguistiques grâce à des programmes d'études et de formation, ainsi qu'à des outils et ressources spécifiques, étayés par des changements de politiques et de procédures.
- ➔ Intensifier la collecte et l'analyse de données afin d'évaluer l'efficacité des méthodes d'amélioration de la qualité des initiatives de diversité, de lutte contre le racisme et de sécurité culturelle.

Soutien et maintien des effectifs

- ➔ Encourager et renforcer le rôle de soutien des équipes de direction.
- ➔ Créer des milieux de travail sains, sûrs, justes et équitables, dotés d'effectifs suffisants et exempts d'hostilité, de harcèlement, d'intimidation et de violence.
- ➔ Alléger le fardeau administratif des professionnels de la santé grâce à la meilleure mise en œuvre des dossiers de santé électroniques, à l'harmonisation des formulaires et au transfert des tâches non cliniques et liées à la documentation.

- ➔ Maintenir en poste les professionnels de la santé par le biais de politiques et de processus qui renforcent leur autonomie, leur assurent une meilleure reconnaissance et veillent à leur épanouissement professionnel.
- ➔ Améliorer la santé mentale et le bien-être des professionnels de la santé et renforcer leur résilience aux facteurs de stress au travail par le biais de soutiens individuels et collectifs.

Déploiement et prestation des services

- ➔ Permettre aux professionnels de la santé d'optimiser leur champ d'exercice pour répondre aux besoins de la collectivité de manière plus efficace, plus efficace et plus sûre.
- ➔ Appuyer le déploiement d'un plus grand nombre de modèles de soins en équipe qui intègrent et facilitent le recours à un éventail élargi de professionnels de la santé.
- ➔ Garantir l'accessibilité, la qualité et l'interopérabilité des technologies de la santé numérique, comprenant les soins virtuels, en investissant dans les infrastructures sous-jacentes et en recueillant des données sur l'expérience utilisateur auprès des patients, des professionnels de la santé et d'autres acteurs clés.
- ➔ Aligner les modèles de financement et de rémunération pour un déploiement plus efficace de la main-d'œuvre et une optimisation des résultats de santé.

Planification et développement

- ➔ Procéder à une planification continue et intégrée de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui permette de rattraper les retards accumulés, d'anticiper les exigences futures pour tenir compte des besoins de la population, de la demande et de l'utilisation des services, et de renforcer la capacité de mobilisation.
- ➔ Établir des données plus précises et normalisées sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour appuyer une planification sectorielle et intégrée à l'échelle des groupes de professionnels de la santé et des administrations, en veillant à l'interopérabilité avec d'autres données en matière de santé.
- ➔ Faire participer divers partenaires, y compris les patients et leurs aidants, à l'élaboration et à la mise en œuvre de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour étayer la prise de décision contribuant de manière optimale à la réalisation des objectifs d'équité, de bien-être des professionnels, d'amélioration des expériences des patients, de réduction des coûts et d'amélioration des résultats en matière de santé.
- ➔ Aligner la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et les possibilités d'éducation pour développer des parcours professionnels permettant de relever les problèmes en matière d'offre, notamment en veillant à renforcer la capacité des programmes pédagogiques, du corps enseignant et des précepteurs.

CHAPITRE 1 :

INTRODUCTION



Partout dans le pays, la fermeture de services de santé est régulièrement annoncée, en particulier dans les régions rurales et éloignées, et les patients¹ doivent attendre pour accéder aux soins primaires et d'urgence, aux interventions chirurgicales, aux soins à domicile et communautaires, et aux établissements de soins de longue durée. Face à ces clôtures et à ces retards, les Canadiennes et les Canadiens sont nombreux à s'interroger sur la capacité du système de santé à répondre aux besoins actuels et futurs de la population.

La prestation de nos soins de santé est assurée par un ensemble de professionnels² sans lesquels les systèmes de santé³ ne peuvent pas fonctionner. Notre état de santé individuel et collectif dépend du temps, des efforts, de l'expertise et des compétences de cette main-d'œuvre.

1.0 PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

La pandémie de coronavirus (COVID-19), qui continue d'évoluer au moment où nous rédigeons ce rapport, a mis en lumière les points forts, mais aussi certaines faiblesses sous-jacentes des systèmes de santé du Canada. Cette épreuve a confirmé que nous n'avons pas la capacité de doter convenablement ces derniers en personnel pour répondre aux besoins actuels et croissants des Canadiennes et des Canadiens en matière de soins de santé, en particulier durant les pics de demande.

Le nombre élevé de postes vacants entraîne fréquemment des réductions et des fermetures de service. Les volumes de travail excessifs et l'incapacité à répondre efficacement aux besoins des patients sont susceptibles de mettre à mal la santé mentale et le bien-être des professionnels de la santé. Le personnel resté en première ligne fournit beaucoup d'efforts et accumule de longues heures de travail, dans un système sous tension où le climat s'avère souvent éprouvant sur le plan moral. Certains secteurs accusent notamment des taux de décès inhabituels chez les patients (Marshman et coll., 2022; McDermid et coll., 2019; Zhang et coll., 2018). Alors qu'une vague de départs a déjà été enregistrée, d'autres professionnels de la santé expriment leur intention de quitter leur emploi au cours des trois prochaines années en raison du stress ou de l'épuisement professionnel, de préoccupations concernant leur santé mentale

¹ Nous employons le terme « patients » tout au long du présent rapport pour désigner les personnes recevant des services au sein du système de santé, tout en reconnaissant l'usage d'autres termes (p. ex., « clients », « bénéficiaires » ou « résidents »).

² Nous employons le terme « professionnels de la santé » pour désigner les membres de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Parmi les autres appellations courantes figurent les termes « fournisseurs de soins » ou « praticiens ».

³ Au vu de l'approche décentralisée des soins en vigueur au Canada, mise en œuvre par le biais de multiples systèmes de santé provinciaux et régionaux, nous avons fait la distinction entre les données probantes ou les politiques se rapportant à un système de santé unique (comme au Royaume-Uni) et celles se rapportant aux systèmes de santé canadiens.

et d'un manque de satisfaction au travail (Statistique Canada, 2022a). Ces tendances soulèvent d'importantes inquiétudes quant à la capacité actuelle et future du système de santé.

Outre ces pressions, la main-d'œuvre dans le secteur de la santé reste aux prises avec des problèmes systémiques de longue date, que la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'exacerber. Citons notamment :

- l'insécurité physique, culturelle et psychologique en milieu de travail
- la répartition inégale des effectifs qui limite davantage l'accès aux soins dans les régions rurales et éloignées
- l'inadéquation des modèles de prestation des services de santé au regard de la croissance démographique, de la diversité grandissante de la population canadienne et de la complexité accrue des maladies chroniques dont souffrent les patients
- la rigidité contreproductive des modèles et structures de financement qui empêche d'adapter les modes de prestation ou d'innover, au détriment de l'amélioration des résultats et de l'optimisation des ressources
- le non-reflet de la diversité ethnoculturelle de notre pays dans les effectifs

Au vu de ces problèmes majeurs, Santé Canada a financé l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) pour mener une évaluation de l'état des ressources humaines en santé au Canada⁴ en vue de fournir une synthèse des données scientifiques et stratégiques probantes, ainsi qu'une analyse des résultats de la consultation pancanadienne menée auprès d'organisations, de dirigeants et de professionnels de la santé, et de cerner les solutions, les possibilités et les pistes d'action futures pour les deux à cinq prochaines années (2023-2028).

Dans cette optique, l'ACSS a formé un comité d'évaluation comprenant quatre coprésidents qui assurent la direction globale et l'orientation de trois groupes de travail pluridisciplinaires et d'un comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Au total, plus de 30 spécialistes cliniques, systémiques et universitaires de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, dont des représentants de patients, ont pris part aux différents groupes de travail et comités.

Au cours de cette évaluation d'une année, nous avons examiné plus de 5 000 articles scientifiques et 250 rapports de politique, et consulté quelque 800 personnes représentant plus de 245 organisations à travers le Canada.

Les modalités du processus et les contenus ont été définis de manière autonome, sans lien avec Santé Canada. Le présent rapport, point d'orgue de cette évaluation, se penche sur les thèmes suivants : soutien et maintien des effectifs, déploiement et prestation des services, planification et développement, et vision et action, tout en étudiant les questions propres aux peuples

⁴ De manière générale, nous faisons désormais référence à la « main-d'œuvre dans le secteur de la santé » plutôt qu'aux « ressources humaines en santé (RHS) ». Cette approche est conforme aux usages terminologiques à l'échelle internationale.

autochtones, aux collectivités rurales et éloignées, et aux populations systématiquement défavorisées.

1.1 LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

1.1.1 Contexte : les soins de santé au Canada

La séparation des responsabilités en matière de santé entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires est un élément important à prendre en compte dans la présente évaluation. Le Canada comporte un ensemble coordonné et décentralisé de systèmes de santé distincts de nature fédérale, provinciale ou territoriale (Santé Canada, 2005). La plupart des décisions relatives aux modes de prestation sont prises à l'échelon régional ou local. Les services dispensant des soins primaires, secondaires et tertiaires sont principalement financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, avec l'appui de paiements de transfert fédéraux. Il incombe donc aux provinces et territoires d'assurer la prestation des soins de santé auprès de la majeure partie des résidentes et résidents canadiens, de prendre en charge certaines questions de santé publique et de prodiguer la quasi-totalité des soins secondaires, tertiaires et quaternaires.

Environ un million de personnes reçoivent des services de santé primaires et supplémentaires directement assurés par le gouvernement fédéral :

- les communautés des Premières Nations et inuites (les responsabilités variant en fonction des ententes de paiement de transfert et du degré d'éloignement)
- les militaires en service et les anciens combattants des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada
- les détenus dans les pénitenciers fédéraux

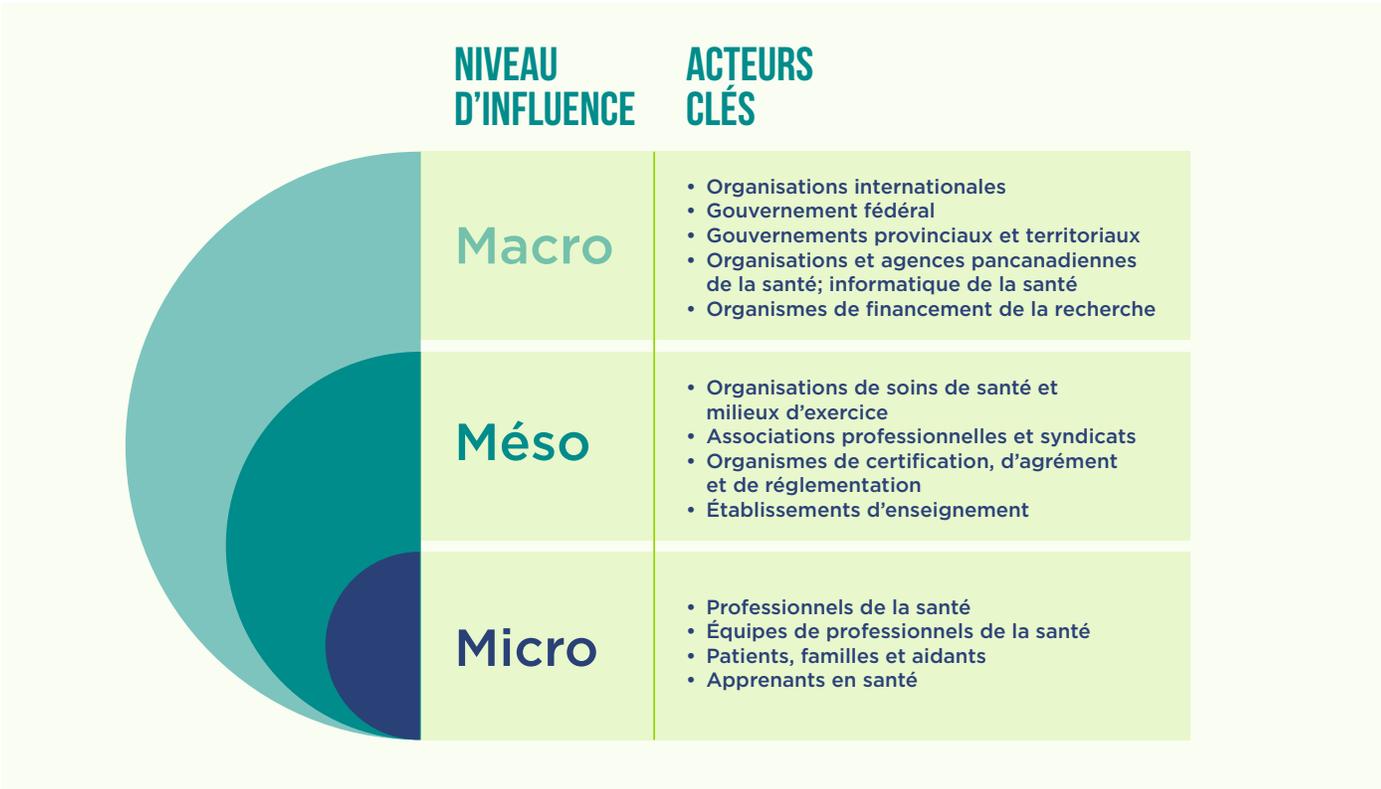
Parmi les services de santé fédéraux figurent également la salubrité de l'environnement, la santé au travail, la sécurité des produits et la salubrité des aliments, la biosurveillance et la biosécurité, ainsi que la santé publique.

En outre, un réseau d'acteurs clés intervient dans le pays à différents niveaux : local (micro), organisationnel (méso) et systémique (macro), chacun jouant un rôle spécifique dans la formation et la certification, la gouvernance et la réglementation, le financement et la rémunération, la planification de la santé, l'informatique, l'économie ou encore la recherche et le transfert des connaissances (voir la figure 1; Bourgeault et Chamberland-Rowe, 2023; Nasmith et coll., 2010; Nelson et coll., 2014).

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en tant que principaux bailleurs de fonds du système de santé canadien, ont la capacité unique d'orienter les interventions, d'en diriger la mise en œuvre et de demander la reddition de comptes au sujet d'actions et de résultats en particulier. Le gouvernement fédéral compte des agences nationales et des organisations pancanadiennes bien positionnées pour assurer la direction dans des domaines où la cohérence

est importante et réalisable. La principale responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux concerne la prestation et la planification des soins de santé, tandis que les organisations, établissements et milieux de soins de santé ont la responsabilité déléguée de répondre aux besoins singuliers de leur collectivité. Parmi ces institutions très diverses figurent notamment les régies régionales de la santé, les hôpitaux, les bureaux de santé publique et les organismes de santé communautaires. Les professionnels de la santé mettent à disposition leurs compétences propres, tandis que les associations professionnelles offrent des possibilités de perfectionnement et défendent leur métier, en traitant notamment des questions de politique. Elles peuvent également être chargées, dans certains cas, de mener des négociations contractuelles. Les organismes de réglementation veillent à la compétence, aux qualifications et à l'aptitude à exercer des professionnels. Les établissements d'enseignement et les comités d'agrément orientent le recrutement et la formation des futurs professionnels de la santé par la normalisation des programmes d'études et des pratiques. Les organismes de financement de la recherche guident la création de savoir et l'innovation. D'autres acteurs clés interviennent dans les domaines de la planification des soins, des technologies de l'information et de l'économie dans le but de favoriser la prise de décision et l'innovation, et d'assurer l'optimisation, la transformation et la durabilité des systèmes de santé. Enfin, les patients, les familles et les aidants côtoient directement la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et ont un vécu pertinent qui fait d'eux des partenaires de leurs soins et, bien souvent, de ceux prodigués à leurs proches.

Figure 1. Réseau des principaux acteurs intervenant à différents niveaux dans le secteur de la santé au Canada.



1.1.2 Chronologie des stratégies de dotation en personnel de la santé au Canada

En 2002, la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada a recommandé la mise en place d'une planification nationale coordonnée dans le secteur de la santé. L'année suivante, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a publié un rapport sur la santé publique et sur la promotion et la protection de la santé, dans lequel étaient formulées des recommandations sur les interventions d'urgence en cas de flambées d'une maladie (Kirby et LeBreton, 2003). En 2000 et en 2003, les premiers ministres des provinces et territoires se sont engagés, dans le cadre de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé, à se concerter sur les questions de planification et de gestion de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

En 2007, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines a publié le document intitulé « Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne ». La même année, le gouvernement fédéral a également élaboré un plan stratégique visant le financement sur deux à cinq ans d'un éventail de projets en matière de santé à l'échelle nationale, accompagné d'un examen interne des activités gouvernementales connexes (gouvernement du Canada, 2006; Santé Canada, 2008). Le comité consultatif a recommandé ce qui suit :

« Le succès du cadre de planification et du plan d'action dépend de l'engagement de toutes les instances concernées à passer du statu quo à une approche où la collaboration joue un rôle plus important. Les facteurs critiques dont dépendent la réussite de la mise en œuvre du cadre de planification et le renforcement de cet engagement sont : une participation adéquate des intervenants concernés, un leadership marqué et des ressources adéquates, une vision claire des rôles et des responsabilités, une attention particulière aux problèmes d'interface entre administrations [et] un changement de culture organisationnelle ou de système. » (p. 12-13)

À ce jour, le Canada ne s'est pas doté d'une stratégie coordonnée de dotation en personnel de la santé, et la promesse du cadre pancanadien de 2007 n'a pas été pleinement concrétisée. Un rapport publié au printemps 2022 par le Symposium sur les ressources humaines en santé du gouvernement fédéral a remis en lumière un souhait de collaboration intergouvernementale en vue de résoudre la crise de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada (Santé Canada, 2022). Comme indiqué à l'annexe B, il existe également un éventail de stratégies provinciales et territoriales portant sur tel ou tel métier de la santé, sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé en général ou sur le système de santé dans son ensemble (et sur les effectifs indispensables à son fonctionnement).

1.2 ÉTAT DES LIEUX MONDIAL DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les difficultés actuelles rencontrées par la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada ont une résonance mondiale, sachant que beaucoup d'autres pays sont aux prises avec les mêmes problématiques et que divers changements sociétaux (tels que la mondialisation, l'urbanisation et l'immigration) sont à l'œuvre. Le Canada peut tirer des enseignements de l'expérience internationale, mais aussi aider d'autres pays à reconnaître que ces grandes mutations ont des répercussions différentes selon les régions ou les populations. Cette mise en contexte mondiale nous rappelle que l'on ne peut résoudre la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada en agissant au détriment d'autres nations.

1.2.1 Une pénurie mondiale de professionnels de la santé

Les projections annonçant une pénurie mondiale de 18 millions de travailleurs de la santé à l'horizon 2030 (Organisation mondiale de la Santé, 2016) se sont accentuées dans le sillage de la pandémie (Organisation mondiale de la Santé, 2021a; Poon et coll., 2022). Les pays à revenu élevé qui choisissent de recruter du personnel de remplacement dans les pays à revenu intermédiaire et faible risquent de compromettre la capacité de ces derniers à satisfaire leurs propres besoins en matière de soins de santé (Buchan et coll., 2022).

La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2016) recommande de prendre les mesures suivantes :

1. optimiser la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au niveau national
2. comprendre les besoins à venir des systèmes de santé et s'y préparer
3. consolider les données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé à des fins de suivi et de redevabilité
4. renforcer la capacité institutionnelle à mettre en œuvre cet ordre du jour

Certains territoires de compétence, à l'image de l'Australie, des États-Unis et du Royaume-Uni, ont mis au point, depuis lors, des stratégies de planification et offrent un libre suivi des progrès accomplis. La stratégie nationale 2021-2031 de dotation en personnel de la santé de l'Australie précise les mesures prioritaires pour répondre aux problèmes rencontrés par la main-d'œuvre dans ce secteur (gouvernement de l'Australie, 2021a) et s'aligne avec les questions transversales et les populations abordées dans le présent rapport.

1.2.2 Les forces mondiales et changements sociétaux à l'œuvre

Parallèlement à la pandémie, d'autres forces mondiales et changements sociétaux influent sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Programme des Nations Unies pour le développement, 2022) :

- les catastrophes naturelles (p. ex. : séismes, tempêtes, inondations, sécheresse, incendies)
- l'instabilité économique et l'aggravation des inégalités socioéconomiques
- la polarisation accrue et généralisée alimentant le racisme, le sexisme et la discrimination

- les transformations de la société qui perturbent les modes de vie, de travail et d'interaction des populations au sein d'écosystèmes mondiaux

Ces changements ont des répercussions disproportionnées sur les groupes qui sont déjà systématiquement défavorisés. À titre d'exemple, c'est dans les régions et collectivités éloignées du Nord du Canada que les changements climatiques ont les effets les plus visibles et les plus dévastateurs (Hillier et coll., 2021; Hueffer et coll., 2019). Une planification délibérée de la main-d'œuvre peut également contribuer à atténuer l'impact de ces forces mondiales sur le système de santé, et passe notamment par les mesures suivantes (liste non exhaustive) :

- établissement de stratégies de planification des catastrophes permettant la mobilisation rapide d'équipes pour intervenir dans les collectivités rurales et éloignées touchées par un incendie, une inondation ou d'autres situations d'urgence
- mise en œuvre et suivi de politiques d'équité salariale en faveur des femmes et des personnes racisées au sein du système de santé
- conception de plans visant à éliminer le racisme et la discrimination que subissent et exercent les professionnels de la santé

Dans les chapitres à venir, nous décrivons les politiques et pratiques principales de lutte contre diverses inégalités (dont celles susmentionnées).

S'ils n'entrent pas directement dans le champ de cette évaluation, les changements sociétaux touchant les activités humaines (à savoir l'évolution de nos modes de vie, de production, d'alimentation et de déplacement, entre autres) influent considérablement sur le monde qui nous entoure. Les progrès technologiques et la croissance démographique mondiale ont eu pour effet d'accélérer l'urbanisation, de mondialiser les échanges commerciaux et la traite des personnes, et d'intensifier la production alimentaire, la pollution et les atteintes aux écosystèmes (Berger et coll., 2019; Mackenzie et Jeggo, 2019; Zinsstag et coll., 2011). Ces changements ont, à leur tour, conduit à l'émergence ou à la réapparition de zoonoses (maladies transmises par l'animal) et renforcé la résistance aux antimicrobiens. Parmi les récents exemples d'infections émergentes ayant franchi la barrière d'espèce, citons la COVID-19, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le virus Nipah, les gripes zoonotiques (H5N1, H7N9, pandémie de grippe A H1N1 en 2009), les arboviroses (telles que la maladie à virus Zika, la fièvre jaune et le chikungunya), la maladie à virus Ebola, la peste et le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO) (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et coll., 2022). À l'image de la pandémie de COVID-19, ces maladies ont eu des conséquences dévastatrices pour les patients, les familles, les collectivités, les systèmes de santé et les économies, plusieurs années étant nécessaires pour se relever (Ruckert et coll., 2020). La main-d'œuvre dans le secteur de la santé continuera elle aussi d'être impactée.

En réponse à la connectivité ininterrompue et à la complexité de la société mondialisée d'aujourd'hui, l'approche « Une seule santé » apparaît comme une théorie et un outil permettant d'appréhender et de contrer toutes les menaces interdépendantes pesant sur la santé des

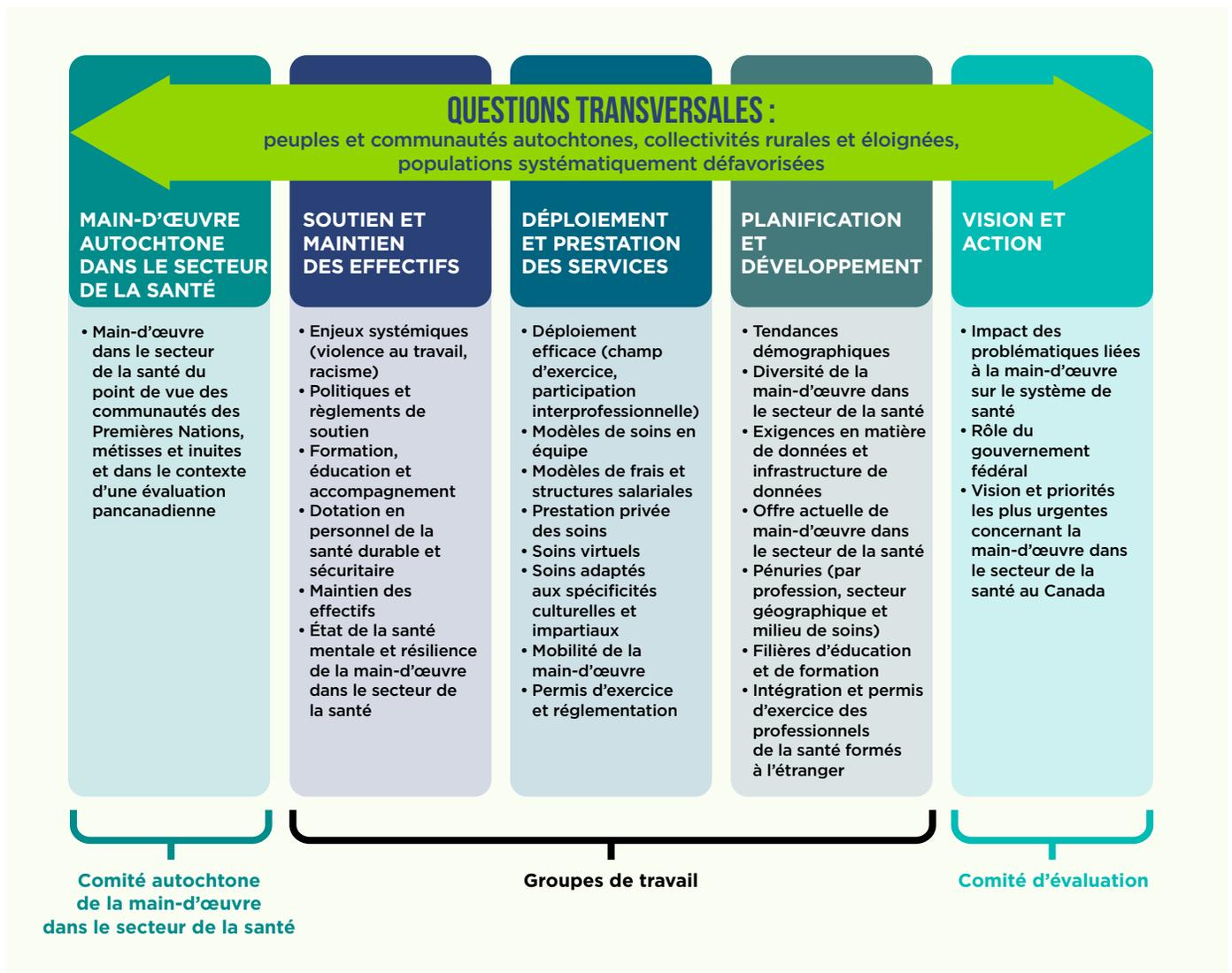
êtres humains, des animaux et des écosystèmes (Mackenzie et Jeggo, 2019; Nielsen, 2017). Comme l'explique le Plan d'action conjoint « Une seule santé » (2022), elle repose sur « une démarche holistique et systémique reconnaissant l'interconnexion entre les questions de santé des êtres humains, des animaux, des végétaux et de l'environnement » (p. 3, traduction libre) et encourage une action concertée, multisectorielle et transdisciplinaire aux échelons local, régional, national et international (Mackenzie et Jeggo, 2019; Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et coll., 2022).

L'approche « Une seule santé » influe sur les modes de collaboration entre les métiers et les secteurs, sur les professions considérées comme partie intégrante de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et sur la planification et l'ordre de priorité des activités. Elle favorise par ailleurs la collaboration avec des disciplines, des métiers et des secteurs parfois exclus par le passé (p. ex., les sciences vétérinaires). En effet, malgré un corpus de connaissances commun, les vétérinaires et les professionnels de la santé humaine exercent de manière isolée, la collaboration intersectorielle étant restreinte (Mackenzie et Jeggo, 2019). Pourtant, il devient de plus en plus manifeste que les disciplines touchant la santé animale et la santé humaine sont essentielles à la surveillance, au suivi et à la prévention des maladies émergentes, ainsi qu'au déploiement d'une riposte de santé publique (Bordier et coll., 2020; Ruckert et coll., 2020). Preuve de cette tendance à la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, le vétérinaire en chef du Canada et l'administrateur en chef de la santé publique du Canada ont pour consigne de coordonner leurs efforts sur les questions de santé publique (gouvernement du Canada, 2021a).

1.3 MISSION

Santé Canada a financé l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) pour fournir une synthèse à jour des données probantes obtenues à travers l'examen de la littérature scientifique et de la documentation stratégique, d'une part, et la consultation des parties prenantes, d'autre part, en vue de cerner les solutions, les possibilités et les pistes d'action futures qui permettront de résoudre la crise de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé d'ici deux à cinq ans. En consultation avec l'ACSS, Santé Canada a recensé une série de questions (voir l'annexe A) à examiner par le comité d'évaluation. Les coprésidents de ce dernier ont ensuite réparti ces questions entre trois groupes de travail et un comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (voir la figure 2). Le comité d'évaluation a chapeauté le pilier « Vision et action ». Malgré l'ampleur intimidante de la tâche, le grand nombre de questions et la vaste portée de cette évaluation étaient nécessaires pour faire un point complet sur les multiples facettes des problématiques rencontrées par la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada.

Figure 2. Structure de l'évaluation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé menée par l'Académie canadienne des sciences de la santé.



1.4 MAIN-D'ŒUVRE INCLUSE DANS CETTE ÉVALUATION

La main-d'œuvre dans le secteur de la santé est un maillon important de l'économie canadienne et représente plus de 10 % de la population active nationale. Les salaires, honoraires et frais de ses membres constituent la majorité des dépenses de santé et atteignent près de 8 % du produit intérieur brut (PIB) du Canada (Bourgeault, 2021). D'après les estimations préliminaires, les dépenses de santé du Canada se sont élevées à 331 milliards de dollars en 2022, soit plus de 12 % du PIB national (Institut canadien d'information sur la santé, 2022a).

Au Canada, la main-d'œuvre dans le secteur de la santé recoupe un large éventail de travailleuses et de travailleurs réglementés ou non⁵, syndiqués ou non, régis par diverses ententes de financement et de prestation publiques ou privées (Santé Canada, 2004). La Classification nationale des professions recense plus de 85 intitulés de poste dans le secteur de la santé, répartis dans quatre catégories (gouvernement du Canada, 2022a). Par conséquent, nous avons étudié cette main-d'œuvre d'un point de vue global, sous la forme d'un vaste ensemble de professionnels qui interviennent tout au long d'un continuum de soins comprenant, sans s'y limiter : les soins de santé publique, les soins primaires, les soins de longue durée, les soins actifs, les soins hospitaliers, les soins communautaires, les soins de santé mentale, les soins buccodentaires, les soins de réadaptation, les soins vétérinaires et les soins palliatifs. Par la suite, nous employons le terme « professionnels de la santé » pour désigner les membres de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé prodiguant des soins cliniques ou un encadrement de première ligne, qu'ils exercent ou non une profession réglementée. Toutefois, nous avons conscience que les métiers inclus peuvent évoluer au fil du temps, selon les dynamiques du secteur. En témoignent les besoins croissants de recrutement dans le domaine des technologies de l'information et de la santé numérique à l'appui de la transformation technologique de nos systèmes de santé.

Nous avons passé en revue la littérature scientifique et la documentation stratégique sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé en général, ainsi qu'en lien avec certains métiers en particulier, dans les cas susceptibles de revêtir une pertinence à l'égard d'autres groupes de professionnels de la santé. Nous avons également échangé avec de nombreux professionnels de la santé et d'autres groupes clés, notamment avec des dirigeants de la santé (administrateurs, vice-présidents, directeurs généraux). Eux-mêmes praticiens pour la plupart, même s'ils n'exercent plus forcément, ces derniers jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement, la planification et l'administration – autant d'aspects qui ont une incidence à la fois sur la main-d'œuvre et sur les systèmes de santé.

Outre la diversité des métiers de la santé, cette évaluation a tenu compte d'autres formes de diversité de la main-d'œuvre dans ce secteur, telles que le sexe/genre, l'origine raciale/ethnique et la langue (voir le chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones et le chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées). Dans le secteur de la santé, où la majorité de la main-d'œuvre se déclare de sexe féminin, l'équité entre les genres revêt une importance toute particulière. La diversité raciale des équipes de direction dans le secteur de la santé pose également problème au Canada, compte tenu du faible nombre de personnes racisées occupant de tels postes (Sergeant et coll., 2022). Cette évaluation a vocation à reconnaître la nécessité de supprimer les obstacles à la participation sûre et équitable des populations systématiquement défavorisées au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. L'approche « Une seule santé » invite

⁵ Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la réglementation des professions de la santé, c'est pourquoi les approches réglementaires et les exigences d'exercice varient selon les régions.

également à rechercher des solutions justes aux problématiques touchant les systèmes de santé grâce à l'adoption de politiques et de pratiques reflétant le fardeau disproportionné des maladies qui pèse sur les populations vulnérables et marginalisées, et sur les professionnels de la santé qui leur fournissent des services essentiels (Ruckert et coll., 2020).

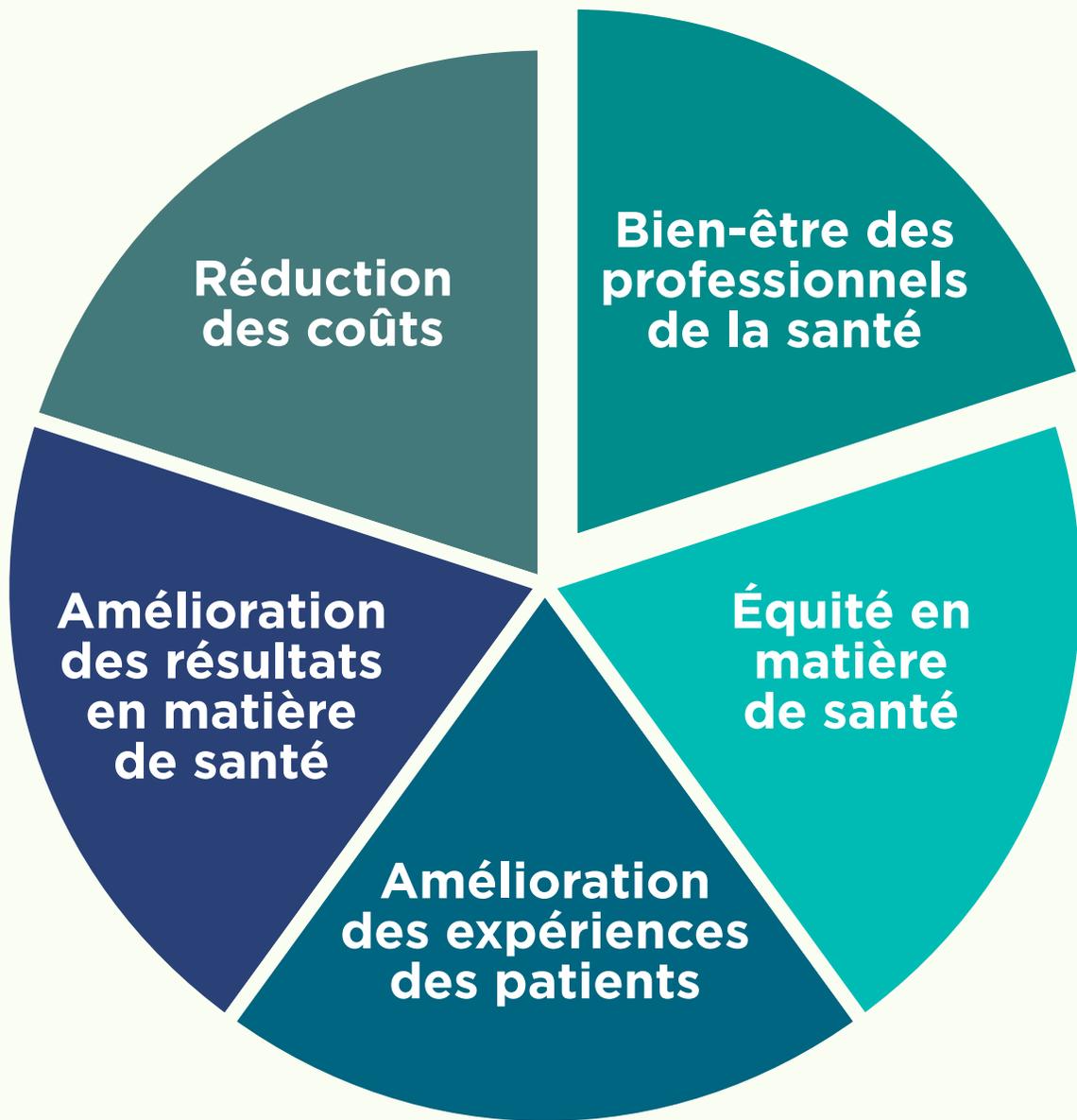
Si elles n'entrent pas dans le champ de cette évaluation, diverses fonctions opérationnelles comme le nettoyage et l'entretien ou les services de restauration sont indispensables au fonctionnement de nos systèmes de santé et contribuent à promouvoir la santé des patients recevant des services en établissement et des soins de santé. C'est bien souvent en coulisses qu'elles contribuent à l'efficacité du système de santé, en évitant par exemple que les praticiens se détournent de leurs tâches au chevet du patient pour répondre au téléphone, effectuer le transfert vers un autre service ou vider une poubelle. Certaines constatations issues de cette évaluation n'en restent pas moins applicables au personnel exerçant ces fonctions, en particulier lorsqu'il s'agit de créer des milieux de travail sûrs et justes.

Les patients ont une expertise singulière de leur propre santé et de l'efficacité des systèmes avec lesquels ils interagissent dans ce domaine. Encouragés à participer activement à leurs soins (à travers l'autogestion et les partenariats), ils peuvent occuper une place importante au sein des équipes de soins. Les proches et les aidants bénévoles jouent eux aussi un rôle essentiel dans la prise en charge, le soutien et la défense des patients à domicile, en milieu communautaire, en établissement et dans d'autres secteurs du système de santé. Si la présente évaluation s'est axée sur la main-d'œuvre rémunérée dans le secteur de la santé, cette optique n'est pas destinée à sous-estimer ou à dévaloriser les tâches qu'assument les proches, les bénévoles et les patients eux-mêmes. En outre, les professionnels de la santé pourraient nouer des partenariats plus formels de partage des responsabilités en santé avec les patients, les familles et les aidants qui le souhaitent et bénéficient du soutien nécessaire. Comme nous le verrons au chapitre 6 : Déploiement et prestation des services, ce type d'approche peut contribuer à optimiser le rendement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, tout en produisant dans certains cas des résultats identiques, voire supérieurs.

1.5 DÉTERMINATION DU CADRE D'ÉVALUATION

Afin de structurer cette évaluation, nous avons étudié la main-d'œuvre dans le secteur de la santé telle qu'elle s'inscrit au sein de systèmes de santé adaptatifs complexes, dont les « cinq objectifs » consistent à améliorer l'expérience des patients, le bien-être des professionnels de la santé, les résultats et l'équité en matière de santé, ainsi qu'à réduire les coûts (Berwick et coll., 2008; Bodenheimer et Sinsky, 2014; Coleman et coll., 2016; Itchhaporia, 2021; Nundy et coll., 2022). L'application du concept de « systèmes adaptatifs complexes » s'avère un moyen efficace d'améliorer la réactivité du système de santé, et notamment de sa main-d'œuvre (Martin, 2018). Il s'agit d'une approche analytique reconnaissant « la complexité, les schémas et les interconnexions, au lieu de se concentrer sur les liens de cause à effet » (The Health Foundation, 2010, p. 6, traduction libre).

Figure 3. Les cinq objectifs à atteindre pour optimiser les systèmes de santé.



La mise en place d'une approche stratégique solide en matière de planification, de déploiement, de maintien en poste et de soutien de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, ainsi que la réponse explicite aux questions d'équité dans la représentation et la répartition des effectifs, sont importantes dans le contexte international marqué par une incertitude croissante. Selon Mark Britnell (2019) :

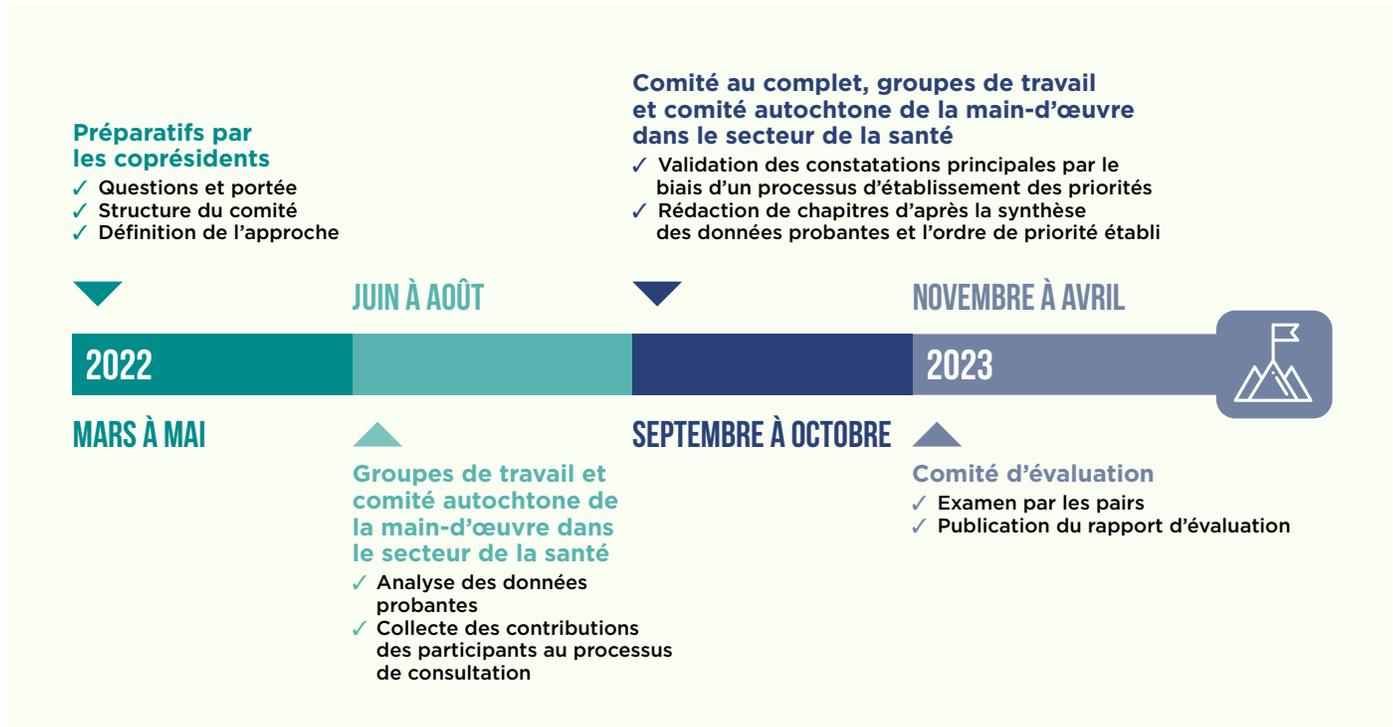
« La pénurie mondiale de main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui va se préciser au cours de la prochaine décennie aura des conséquences néfastes pour les patients, les citoyens et les sociétés. Sachant cela, nous ne pouvons pas rester sans rien faire, et je pense qu'il est possible de combler ces lacunes en adoptant une approche plus innovante, concertée et collaborative de nos politiques et de nos pratiques. [...] Cela nécessitera une coordination déterminée et minutieuse entre une multitude d'agences, d'institutions et d'organisations dont les efforts fragmentés et non concertés ne manqueraient pas d'échouer au vu de l'ampleur de la tâche, laquelle transcende le cadre de toute solution linéaire normale. Résoudre la crise mondiale de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est un véritable casse-tête, mais nous pouvons faire mieux. » (p. 160, traduction libre)

C'est pourquoi les populations (section A) et les thèmes (section B) prioritaires faisant l'objet de notre évaluation reflètent les facettes nombreuses et complexes de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. La complexité des problématiques et leur vaste portée exigent des connaissances, des compétences et des collaborations transdisciplinaires et intersectorielles faisant fond sur la littérature en sciences sanitaires et sociales, ainsi qu'en matière de politique de santé et de gestion sanitaire. La sélection des membres du comité a donc été effectuée dans l'optique d'obtenir un éclairage sur et à propos d'un vaste corpus de connaissances. Chaque comité et groupe de travail a mis à profit son savoir et son expertise selon divers points de vue sur le plan professionnel, scientifique, géographique et culturel.

1.6 MÉTHODOLOGIE

Le comité d'évaluation, en collaboration avec le comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et les trois groupes de travail, a veillé à ce que l'évaluation soit étayée par un examen structuré de la littérature scientifique actuelle revue par des pairs et des politiques en vigueur au Canada et dans le monde, et par les contributions d'un éventail diversifié de parties prenantes dans le cadre d'un processus de consultation approfondi. La version préliminaire du rapport a été soumise pour rétroaction à six ministères fédéraux, ainsi qu'à un comité de lecture anonyme. Ces démarches, étalées sur 12 mois, sont représentées de manière synthétique à la figure 4.

Figure 4. Calendrier de l'évaluation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé menée par l'Académie canadienne des sciences de la santé.

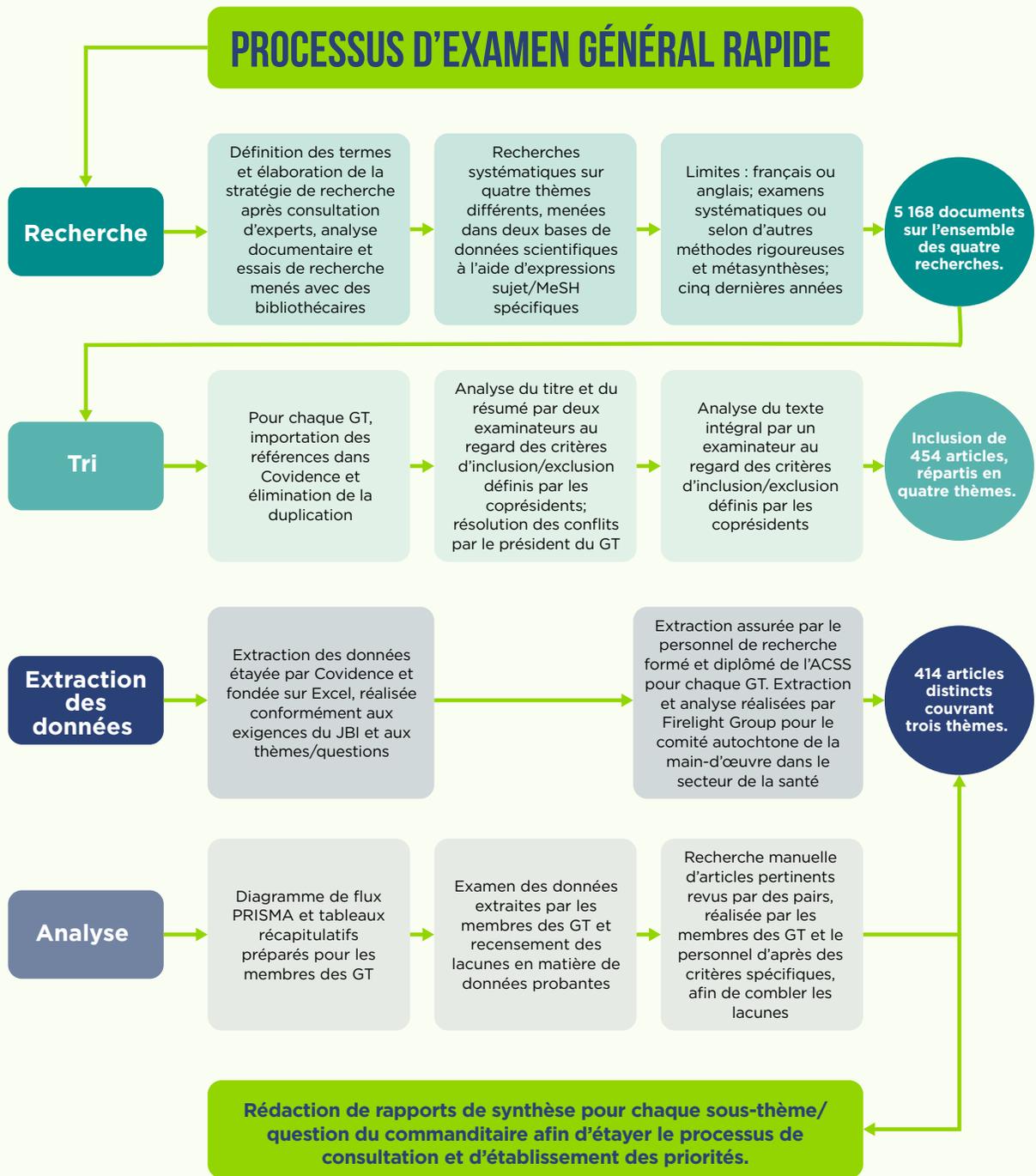


1.6.1 Recherche, sélection et synthèse des ressources documentaires

Nous avons réalisé une synthèse stratégique des données probantes en veillant à respecter les principes connexes d'inclusion, de transparence, de rigueur et d'accessibilité (Donnelly et coll., 2018). Compte tenu du calendrier de cette évaluation, nous avons opté pour un processus d'examen rapide, approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé dans le cadre qui nous occupe (Langlois et coll., 2018).

Un examen général rapide (incluant des examens systématiques et des examens de la portée; Aromataris et coll., 2020) a été mené pour chacun des trois groupes de travail et pour le comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (voir synthèse à la figure 5). En mai 2022, les groupes de travail et le comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ont appliqué le même processus de recherche documentaire. Toutefois, le volume de données probantes publiées était très variable. Le comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé a transmis les résultats de cette recherche à Firelight Group, un cabinet d'étude et de conseil détenu par des Autochtones, qui a élargi l'analyse documentaire initiale à soumettre au comité. Outre l'examen structuré de la littérature scientifique revue par des pairs, tous les groupes de travail et comités ont également analysé des rapports de politique sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé à l'international et au Canada (aux paliers fédéral et provincial/territorial) afin d'en extraire des renseignements et exemples pertinents. Au total, plus de 5 000 articles scientifiques et 250 rapports de politique ont été passés en revue.

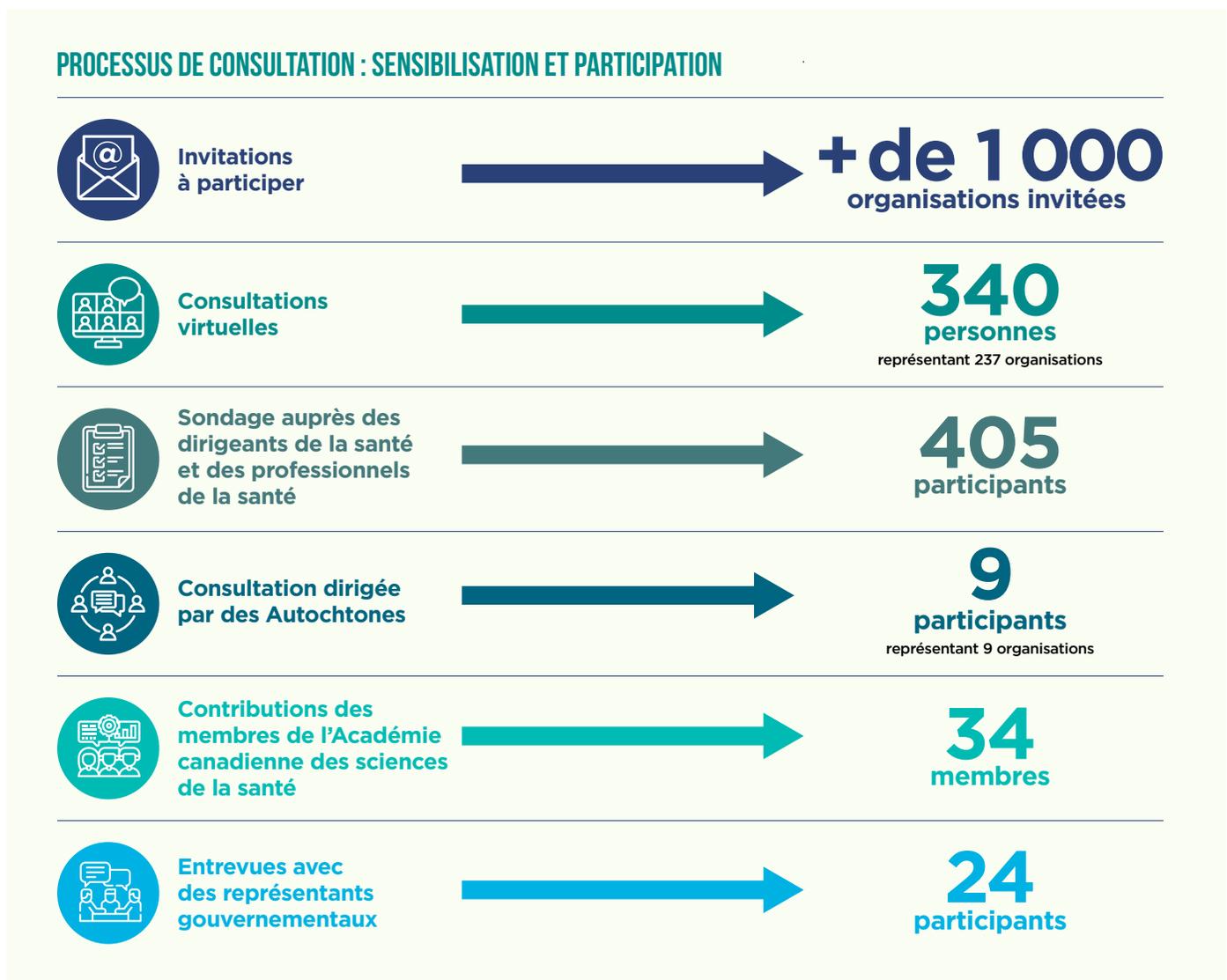
Figure 5. Processus structuré appliqué à l'examen de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. L'analyse des données probantes a commencé par un examen général rapide suivant un processus structuré. Certains articles ont servi dans plusieurs groupes de travail (GT). JBI = Joanna Briggs Institute.



1.6.2 Processus de consultation

Reconnaissant l'influence des nombreux acteurs du système de santé sur la main-d'œuvre du secteur (voir la figure 1), le processus de consultation mis en place dans le cadre de cette évaluation reposait sur trois mécanismes principaux : entrevues individuelles et discussions en petits groupes avec des représentants gouvernementaux du palier fédéral et des provinces et territoires, consultations virtuelles auprès d'un panel de parties prenantes à l'échelle des régions et des populations, et sondage pancanadien auprès de dirigeants de la santé et de professionnels de la santé en exercice (voir la figure 6). En complément, les membres de l'ACSS ont été invités à donner leur avis. Au total, nous avons consulté quelque 800 acteurs clés au Canada. Le document « Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada : Rapport de consultation », qui accompagne le présent rapport d'évaluation, fournit de plus amples renseignements à ce sujet.

Figure 6. Portée du processus de consultation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé mis en place par l'Académie canadienne des sciences de la santé.



S'il nous a été rapporté que bon nombre de professionnels de la santé sont confrontés à d'importantes difficultés, les consultations ont également souligné l'innovation à l'œuvre dans le pays par le biais de multiples programmes et initiatives touchant divers métiers et secteurs. Beaucoup de participants au processus de consultation ont exprimé une forte volonté d'accroître la collaboration pour étendre et renforcer ces sphères d'innovation.

Dans l'ensemble, nous avons constaté une importante convergence entre les contributions offertes par les participants au processus de consultation⁶ et les conclusions tirées à la lumière des données scientifiques et stratégiques. Au lieu d'indiquer tous les points de convergence, nous avons uniquement mis en exergue les stratégies novatrices ou les exemples concrets ressortant des consultations ou des documents de politique.

Notre optique

Adoption d'une approche fondée sur les atouts et axée sur les solutions en vue de cerner les politiques et pratiques stratégiques principales au moyen :

- d'une méthode d'examen général rapide validée par l'Organisation mondiale de la Santé
- d'un processus de consultation ciblé
- de documents de politique internationaux, pancanadiens et provinciaux/territoriaux
- d'un éventail diversifié d'avis d'experts
- d'un processus externe d'examen par les pairs

1.6.3 Portée du rapport et lacunes des données probantes

Nous avons analysé le champ d'application et la portée des articles scientifiques recensés par le biais de notre processus d'examen structuré (voir la figure 5) en ce qui concerne l'implantation géographique de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ainsi que la représentation des métiers de la santé et des milieux de soins. En complément de cet examen structuré, nous avons effectué des recherches manuelles et consulté des experts de manière ciblée pour combler les lacunes des données probantes. Par conséquent, l'analyse ne reflète pas nécessairement le corpus documentaire final ayant fait l'objet de cette évaluation. Elle fournit toutefois un éclairage sur la portée de la littérature scientifique traitant de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et sur certains domaines d'intérêt particuliers.

1.6.3.1 Secteurs géographiques représentés

L'examen général (n = 414) a permis d'obtenir des données provenant de plus de 60 pays répartis sur tous les continents : Amériques, Europe, Asie, Afrique et Australie. Plus de 15 % des

⁶ Les parties prenantes ont privilégié le terme « participants au processus de consultation ». Par conséquent, c'est ainsi que nous désignerons tout au long du présent document les personnes ayant participé au processus de consultation.

examens fournissaient des données internationales (mixtes ou indifférenciées). Les États-Unis étaient concernés par près de 70 % des articles traitant d'un seul pays, contre moins de 3 % pour le Canada. Dans leur globalité, les articles canadiens en question couvraient l'ensemble des provinces et territoires. À peine plus de 14 % des articles étudiaient un milieu urbain, rural ou éloigné, ou une combinaison de ces critères géographiques. Les collectivités rurales et/ou éloignées étaient spécifiquement représentées dans 7 % des cas.

1.6.3.2 Groupes de professionnels de la santé représentés

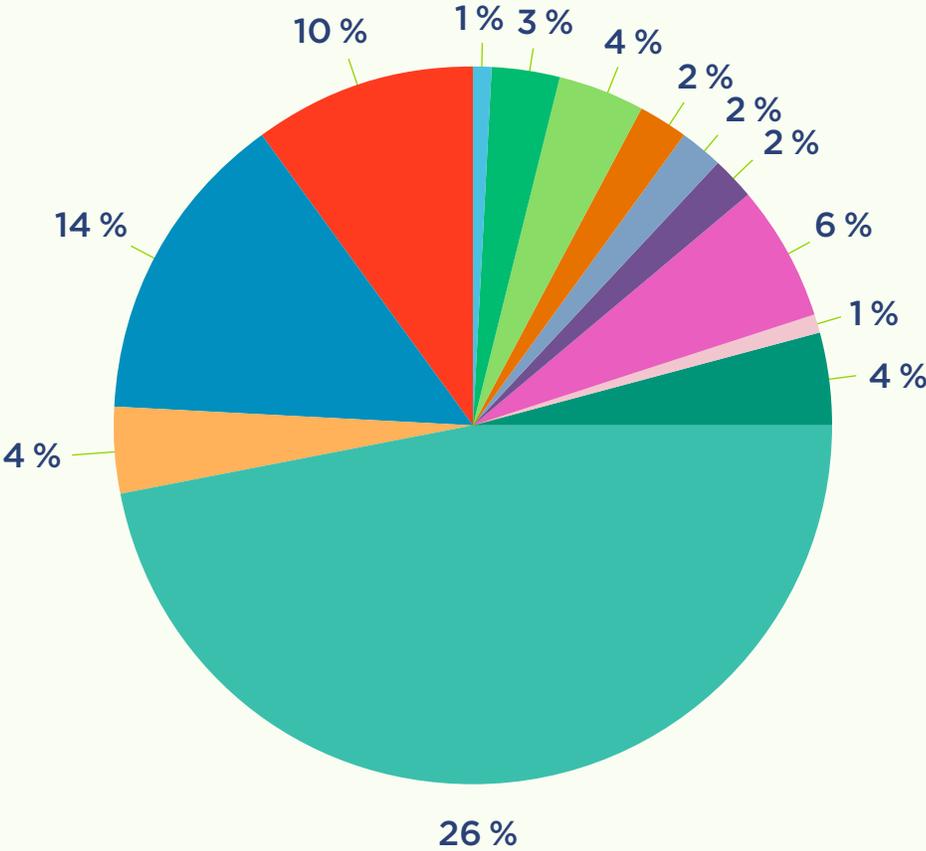
Les constatations de l'examen général (n = 414) portaient sur un vaste éventail de métiers de la santé (plus de 30 rôles distincts). Plus de 48 % des articles inclus étudiaient un échantillon mixte ou indifférencié. Les infirmiers et les médecins étaient les professionnels les plus représentés (respectivement dans 60 % et dans 35 % des cas). Le groupe des professionnels « paramédicaux », constitué des physiothérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, diététistes, travailleurs sociaux et psychologues, était représenté dans environ 15 % des articles. Si 14 % des articles incluaient le personnel de soutien et le personnel technique, y compris les préposés aux bénéficiaires, seulement 1 % d'entre eux était spécialement consacré à ce groupe. La documentation sur le personnel infirmier recouvrait un vaste éventail d'articles portant sur un continuum de rôles allant de la pratique avancée à l'encadrement, en passant par le personnel de soutien et les fonctions réglementées de première ligne. Les expériences du point de vue des étudiants et des précepteurs étaient également abordées. En revanche, la documentation sur d'autres métiers de la santé couvrait généralement le seul groupe des professions de la santé réglementées (les physiothérapeutes, par exemple, mais pas leurs assistants). Peu d'articles étaient spécialement consacrés à certaines disciplines telles que la dentisterie, la psychologie, le travail social, la pharmacie et la gestion, mais ces dernières étaient représentées dans des échantillons mixtes (à hauteur de 7 %, 14 %, 14 %, 16 % et 17 %, respectivement). La figure 7 illustre la proportion d'articles consacrés à un métier ou groupe de métiers de la santé en particulier. Dans l'ensemble, les infirmiers et les médecins étaient les plus représentés. Cette répartition par groupe de professionnels reflète l'axe général des travaux de recherche sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

1.6.3.3 Milieux de soins représentés

Plus de 40 % des examens à l'étude (n = 414) portaient sur plusieurs milieux de soins, tandis que 27 % ne donnaient pas de précisions sur ce point ou n'étaient pas applicables. Dans l'ensemble, les soins actifs (43 %), les soins primaires (27 %), les soins d'urgence (22 %) et les soins communautaires à domicile (21 %) étaient les plus représentés. Au contraire, les soins palliatifs (< 1 %) et les soins de santé publique (5 %) étaient les moins représentés, devancés par les soins de longue durée (12 %) et les soins de santé mentale (15 %). La figure 8 illustre la proportion d'articles consacrés à un milieu de soins en particulier. Les soins primaires et les soins actifs restaient les milieux les plus représentés.

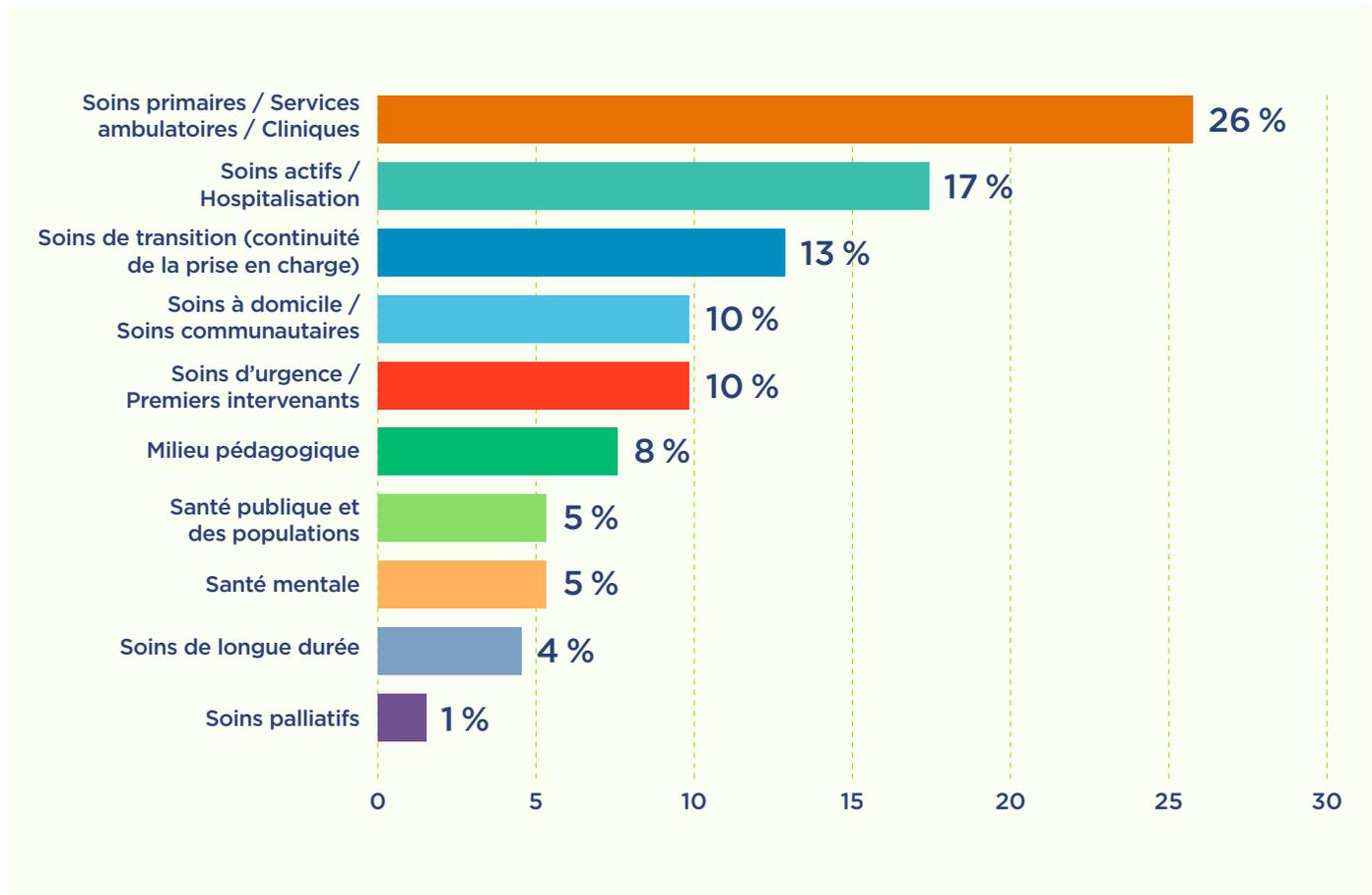
⁷ Au titre de cette analyse, le groupe des professionnels paramédicaux est constitué des membres suivants : physiothérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, diététistes, travailleurs sociaux et psychologues.

Figure 7. Métiers de la santé représentés. Ce diagramme circulaire illustre la proportion des différents groupes de métiers de la santé représentés dans l'examen général (n = 211).



- Infirmiers praticiens avancés 3 %
- Professionnels paramédicaux 4 %
- Personnel de soutien ou personnel technique 2 %
- Agents de santé communautaires 2 %
- Dentistes et travailleurs en santé buccodentaire 2 %
- Premiers intervenants 6 %
- Responsables/Dirigeants de la santé 1 %
- Sages-femmes 4 %
- Infirmiers 26 %
- Pharmaciens 4 %
- Médecins 14 %
- Étudiants / Éducateurs 10 %
- Autres (gestionnaires de cas, vétérinaires) 1 %

Figure 8. Milieux de soins représentés. Ce graphique illustre la proportion des différents milieux de soins représentés (n = 132).



1.6.3.4 Approche adaptée à la lumière des lacunes des données probantes

L'examen général structuré a fourni une base solide nous permettant d'établir une synthèse des constatations principales tirées du corpus de recherche existant. En outre, il a mis au jour très tôt les limites globales de cette base de données probantes. En effet, l'analyse documentaire :

- était principalement axée sur les fonctions cliniques, en particulier les rôles d'infirmier et de médecin
- offrait peu d'éclairage sur le personnel de soutien, le personnel technique et les fonctions liées aux technologies de l'information et à la santé numérique
- incluait peu d'études portant principalement sur le contexte canadien, mais s'appuyait au contraire largement sur les constatations tirées du contexte des soins de santé aux États-Unis
- présentait des données et des évaluations relatives à des milieux de soins particuliers, le plus souvent les soins actifs, les soins d'urgence et les soins primaires

Certaines de ces lacunes découlent du pourcentage relativement faible d'études actuellement consacrées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

D'après les données transmises à l'ACSS par les Instituts de recherche en santé du Canada, la recherche sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé entre 2011 et 2022 a représenté moins de 1 % des travaux financés, sur un investissement total de 11 milliards de dollars canadiens.

En outre, certains métiers ayant des effectifs moins importants ou ne faisant pas l'objet de programmes universitaires de deuxième ou troisième cycle (études collégiales pour le personnel technique ou le personnel de soutien, par exemple) n'ont pas les ressources nécessaires pour entreprendre des recherches sur cette question.

Malgré les limites relatives aux données scientifiques, il était nécessaire que notre évaluation illustre le large éventail et la complexité des problématiques et des possibilités touchant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada. Notre processus visait à préserver cette vaste portée dans un rapport concis et consensuel, prêt pour examen par les pairs dans un délai de neuf mois. Plusieurs décisions ont permis cet aboutissement. Ainsi, nous avons :

- placé l'accent sur la littérature scientifique et les problématiques liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, en tenant compte (mais sans approfondir la question) de la transformation générale des systèmes de santé
- employé une méthodologie d'examen général rapide faisant ressortir uniquement les thèmes auxquels se rapportaient un ou plusieurs articles de synthèse. En anticipation des lacunes des données probantes, nous avons décidé de consulter des experts et d'effectuer des recherches documentaires manuelles (de nature scientifique et stratégique); toutefois, cette démarche n'aurait pas suffi à appréhender toute la littérature dans ce domaine à l'émergence rapide
- adopté une approche axée sur les solutions, qui limite les discussions autour des problématiques déjà connues
- effectué une recherche spécifique par métier dans les cas présentant un intérêt pour la main-d'œuvre en général. Si la base de données probantes actuelle se concentre sur les médecins et les infirmiers, les principales constatations tirées s'appliquent souvent à d'autres métiers
- inclus des documents de politique et, dans certains cas, des données (p. ex., sondages) afin de combler des lacunes ou de préciser le contexte canadien, sous réserve de l'application d'une méthode d'analyse des données probantes
- inclus des comptes rendus parus dans les médias lorsqu'il était capital d'offrir un point de vue contemporain sur des questions n'ayant pas encore fait l'objet de publications dans la littérature

1.6.4 Structure du rapport d'évaluation

Le présent rapport d'évaluation passe en revue les résultats de l'analyse documentaire et du processus de consultation. L'examen des groupes de travail et du comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé a mis au jour des enjeux transversaux d'importance capitale dans la planification de la main-d'œuvre, lesquels doivent servir à éclairer toutes les actions. Ces questions interreliées sont abordées dans la première section du rapport :

- Peuples et communautés autochtones
- Collectivités rurales et éloignées
- Populations systématiquement défavorisées

La seconde section du rapport s'articule autour des thèmes d'origine cernés lors du regroupement initial des questions à savoir :

- Soutien et maintien des effectifs
- Déploiement et prestation des services
- Planification et développement

Chaque chapitre débute par un encadré présentant les politiques et pratiques principales applicables à l'objet étudié (population ou thème) touchant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Ensuite, nous proposons une synthèse des données probantes à l'appui des solutions potentielles au regard des problématiques actuelles. Dans chaque chapitre thématique, une vignette vient illustrer les possibilités découlant de la mise en œuvre de ces politiques et pratiques principales. Le texte est également parsemé d'exemples d'application des pratiques (programmes, initiatives, modèles, interventions) et des politiques (de nature organisationnelle, systémique, etc.) dans le contexte canadien et international. L'étude des résultats de chaque programme ou initiative n'entraîne pas dans le cadre de notre processus d'évaluation. Le dernier chapitre « Vision, action et impact » met en lumière cinq pistes d'action prioritaires tirées du corps du rapport, pour une mise en œuvre anticipée, et sélectionnées selon un processus complet d'établissement des priorités. Il présente également les leviers de transformation sous-jacents à l'appui d'une collaboration, d'une mise en œuvre et d'une évaluation réussies.

1.7 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

La main-d'œuvre dans le secteur de la santé subit actuellement d'importantes contraintes. Les Canadiennes et les Canadiens sont nombreux à s'interroger sur la capacité du système de santé à répondre aux besoins actuels et futurs de la population. La main-d'œuvre nationale dans ce secteur n'est pas en mesure de suivre l'augmentation de la demande de services de santé à l'échelle du pays en raison de l'inadéquation et du manque de viabilité des approches de dotation en personnel et des modèles de soins, des inégalités et de la territorialité, de l'épuisement professionnel et de la souffrance morale, et de l'évolution des besoins de la

population. Ces exigences incessantes, accentuées par plus de deux années de mobilisation intense dans le contexte de la pandémie, engendrent un taux élevé d'usure, une hausse des postes vacants et des intentions de départ, des problèmes de violence et de discrimination en milieu de travail, une envolée des coûts, une dégradation des résultats de santé et un manque de satisfaction des patients, des aidants et des professionnels de la santé. La main-d'œuvre dans le secteur de la santé est un vivier dynamique et diversifié de professionnels de la santé dont le déploiement peut être optimisé pour offrir des services efficaces et collaboratifs, mais dont le maintien en poste et l'accomplissement dépendent de l'instauration d'une culture bienveillante et de structures de soutien en milieu de travail. Tout le monde s'accorde sur la nécessité d'agir pour permettre à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé de continuer à fournir des soins d'excellente qualité à l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens. Santé Canada a financé l'Académie canadienne des sciences de la santé pour évaluer, en se fondant sur des données probantes, les pistes d'action futures qui permettront de résoudre la crise liée à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Dans le cadre de notre démarche d'évaluation, nous avons adopté un point de vue stratégique et systématique en tirant parti de connaissances interdisciplinaires (p. ex., planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, cinq objectifs à atteindre pour optimiser les systèmes de santé, systèmes de santé apprenants, approche « Une seule santé ») et en tenant compte du contexte propre aux systèmes de santé du Canada et des populations desservies. Nous devons profiter dès maintenant de l'occasion unique qui nous est donnée de transformer le système au moyen des politiques et pratiques principales décrites dans le présent rapport.

SECTION A

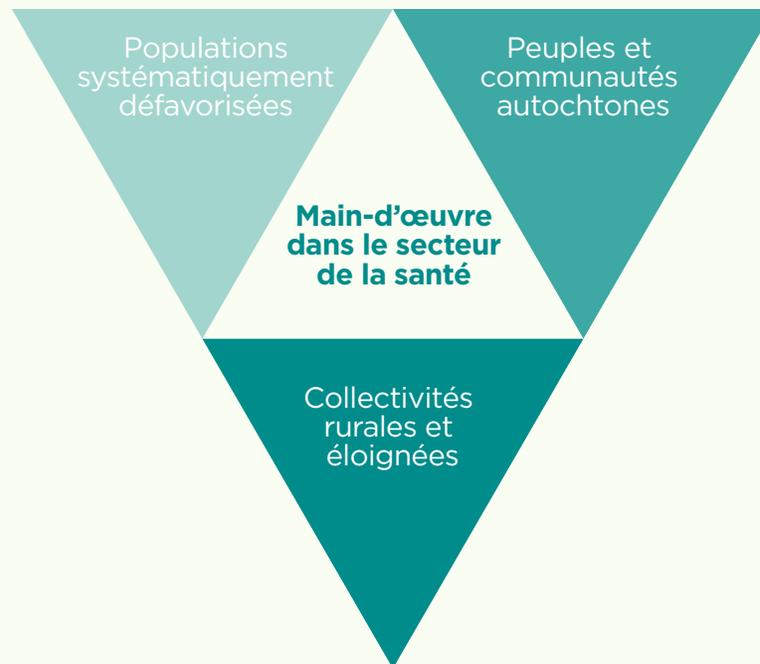
Questions transversales : Approches fondées sur la population

- Chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones
 - Chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées
 - Chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées
-



SECTION A

Questions transversales : Approches fondées sur la population



Selon les principes de l'Organisation mondiale de la Santé (2022a), les politiques et stratégies de santé doivent cibler en priorité les personnes les plus défavorisées, et ce, en vertu du droit fondamental de jouir du meilleur état de santé possible. C'est ce principe qui sous-tend la discussion stratégique faisant l'objet du présent rapport.

L'équité est un objectif d'optimisation des systèmes de santé (comme expliqué au chapitre 1 : Introduction, figure 3) dans l'intérêt des patients et des professionnels de la santé. Les inégalités en santé à l'égard des patients se manifestent « si l'accès aux soins ou la qualité de ces derniers varie systématiquement au regard de caractéristiques autres que le besoin » (Marchildon et Allin, 2022, p. 51, traduction libre). Aux quatre coins du pays, les patients appartenant à certaines populations et vivant dans des régions données pâtissent d'un manque d'équité en matière d'accès aux soins, conséquence des problèmes de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Dans le même temps, certaines inégalités ancrées dans la structure des systèmes de santé peuvent avoir des répercussions négatives sur la main-d'œuvre du secteur.

La première section du présent rapport analyse les inégalités existantes, en lien avec la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, qui touchent les peuples autochtones, les collectivités rurales et éloignées du Canada et d'autres populations systématiquement défavorisées. Nous avons choisi de commencer par aborder les importantes inégalités en santé auxquelles se heurtent les peuples autochtones⁸ partout au Canada. Cette discussion prend acte des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (Centre national pour la vérité et la réconciliation, 2015) et reconnaît aux Autochtones le statut de premiers habitants de notre territoire. Néanmoins, les questions touchant les Autochtones recourent les problématiques observées chez les populations systématiquement défavorisées et dans les collectivités rurales et éloignées dont il est question dans les chapitres suivants. Malgré la proportion croissante des peuples autochtones au sein de la population canadienne, les membres de ces communautés vivent souvent dans des endroits reculés et des zones urbaines défavorisées, ce qui appelle la mise en œuvre de politiques et de pratiques principales communes dans une large mesure. À titre d'exemple, sur le plan de l'éloignement physique, les Inuits représentent actuellement 85 % de la population du Nunavut (Lee et coll., 2022). Si les peuples autochtones sont systématiquement défavorisés, cela ne sous-entend pas qu'il s'agit de la seule population dans cette situation. Les politiques et pratiques principales évoquées dans chacun de ces chapitres peuvent s'appliquer de manière à la fois synergique et spécifique pour répondre aux besoins singuliers et diversifiés des communautés noires, racisées, LGBTQIA2S+ et d'autres communautés victimes d'oppression. Il est donc essentiel de placer ces approches fondées sur la population au centre des chapitres par thème afin de progresser vers plus d'équité et de justice en matière d'occasions d'emploi et de prestation des services dans le secteur de la santé.

⁸ La Constitution du Canada reconnaît trois groupes autochtones : les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Il est important de les distinguer pour proposer une approche adaptée aux besoins et au contexte propres à chacun de ces peuples. Si l'adjectif « autochtone » ne reflète pas la singularité de chaque groupe, il revêt un sens inclusif dans le présent rapport.

CHAPITRE 2 :

PEUPLES ET COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES



Politiques et pratiques principales

- ➔ Créer des espaces et fournir un soutien aux responsables autochtones pour leur permettre de concevoir, de consolider, de diriger, d'offrir et d'évaluer des programmes et des services de santé autochtones.
- ➔ Accroître le nombre d'apprenants et de professionnels autochtones dans les milieux de formation en santé et les établissements de soins et favoriser la transition réussie et épanouie en milieu d'exercice.
- ➔ Remettre en cause le racisme parmi les effectifs et au sein des systèmes de santé grâce à l'élaboration dirigée par les Autochtones de politiques de lutte contre le racisme, à l'instauration de processus sûrs de signalement et d'enquête, et à la mise en place d'obligations de formation.
- ➔ Adopter des principes de recherche et de souveraineté des données autochtones en lien avec la collecte de données sur la main-d'œuvre, la recherche axée sur les résultats et l'évaluation, notamment en ce qui concerne le perfectionnement du personnel de recherche en santé autochtone et le soutien à leur égard.

2.0 CONTEXTE

Les Premières Nations, les Métis et les Inuits, dont la diversité culturelle est reconnue, entretiennent des relations de nation à nation et jouissent de droits particuliers inscrits dans notre Constitution (ministère de la Justice Canada, 2018). La colonisation des services de santé, notamment à travers la promulgation de la *Loi sur les Indiens*, a fait naître des défis juridictionnels et régionaux qui continuent de creuser les inégalités en santé dont sont victimes les peuples autochtones. Les problématiques actuelles liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ont limité davantage l'accès aux soins dans les collectivités éloignées, rurales et urbaines où vivent les peuples autochtones. Si tous les thèmes abordés dans le présent rapport sont pertinents à l'égard de cette population, une attention particulière est nécessaire pour mettre fin aux inégalités en santé (historiques et contemporaines) auxquelles se heurtent les

peuples autochtones. Les questions relatives à la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé recourent les discussions du chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées et du chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées.

Le contexte historique de la colonisation a façonné les conditions de vie actuelles des peuples autochtones du Canada (Allan et Smylie, 2015) et ressort dans les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (Centre national pour la vérité et la réconciliation, 2015), et plus particulièrement le n° 18 :

« [...] de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international, le droit constitutionnel de même que par les traités. »

L'honorable Murray Sinclair a décrit la réconciliation comme une relation fondamentalement basée sur les droits, même s'il a conscience que cette opinion n'est pas unanime (Sinclair, 2017).

« La réconciliation ne sera pas menée à bien tant qu'une partie considérera qu'il s'agit d'une question de droits [...] alors que l'autre y voit un acte de charité. » (Sinclair, 2017, p. 23, traduction libre)

L'impératif d'adopter une approche fondée sur les droits se reflète dans le rapport de l'Organisation panaméricaine de la Santé (2019) sur les inégalités en santé dans les Amériques. La figure 9 illustre l'impact de divers facteurs structurels, dont le racisme et le colonialisme, sur les conditions de vie quotidiennes, notamment sur la participation à la vie active et aux systèmes de santé.

Figure 9. Les inégalités, facteurs structurels du manque d'équité en matière de santé dans les Amériques.



Certaines des conditions de vie quotidiennes actuelles des peuples autochtones au Canada sont résumées ci-dessous :

« Les peuples autochtones du Canada ont tendance à habiter dans des régions plus rurales, atteignent des niveaux de scolarité moins élevés, et sont plus susceptibles de vivre dans des foyers multigénérationnels et d'être en proie à l'insécurité en matière de logement, comparativement à la population canadienne non autochtone. Les Autochtones perçoivent un revenu moyen moins élevé et des revenus inférieurs tout au long de la vie par rapport aux personnes non autochtones, les revenus les plus faibles étant constatés chez les membres des Premières Nations vivant dans des réserves. » (Durand-Moreau et coll., 2022, p. e1189, traduction libre)

La présente évaluation est axée sur la consolidation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, en reconnaissant qu'à l'égard des Autochtones, il faut commencer par éliminer les inégalités systémiques existantes qui nuisent à l'égalité des chances de participation à la vie active, et par agir sur les facteurs structurels à l'œuvre. La concrétisation des objectifs relatifs à la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé exige de garantir la sécurité culturelle dans les milieux de soins, tant pour les professionnels que pour les patients, et de favoriser l'humilité culturelle dans les relations entre pairs au sein du personnel de la santé (Régie de la santé des Premières Nations, s. d. a). Ces deux concepts fondamentaux sont définis ci-après. S'ils sont présentés ici en rapport avec les peuples autochtones, ils revêtent une pertinence d'ensemble et sont repris au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées et au chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs.

La **sécurité culturelle** est le fruit d'échanges respectueux qui tiennent compte des déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et s'efforcent de les éliminer. Elle instaure un milieu de soins exempt de racisme et de discrimination, dans lequel les patients se sentent en sécurité.

L'**humilité culturelle** est une démarche d'autoréflexion permettant d'appréhender les préjugés personnels et systémiques à l'œuvre, de façon à établir des relations et des processus durablement fondés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle implique d'avoir conscience que tout un chacun doit faire des efforts, en tant qu'apprenant, pour comprendre l'expérience d'autrui.

Il est entendu que les professionnels de la santé ne sont pas experts de la culture de toutes les communautés des Premières Nations et de tous les peuples autochtones. L'humilité permet de faire preuve d'ouverture et d'être à l'aise pour découvrir ce que l'on ne connaît pas.

(Régie de la santé des Premières Nations et coll., 2021, p. 5, traduction libre)

Les définitions des termes « sécurité culturelle » et « humilité culturelle » figurant dans l'encadré ci-dessus sont extraites du document « Anti-Racism Cultural Safety and Humility Framework » rédigé par la Régie de la santé des Premières Nations et coll. (2021) en Colombie-Britannique.

2.1 POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES

Les politiques et pratiques stratégiques principales ci-dessous, présentées en début de chapitre, contribuent à l'avancement des peuples autochtones au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

2.1.1 Créer des espaces propices au développement d'une main-d'œuvre dirigée par les Autochtones dans le secteur de la santé

Plusieurs rapports, dont celui de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) et celui de l'Académie canadienne des sciences de la santé intitulé « Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada » (2014), ainsi que l'Accord de Kelowna (Réunion des premiers ministres avec les dirigeants autochtones nationaux, 2005) et les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (Centre national pour la vérité et la réconciliation, 2015), ont fait état de la nécessité d'améliorer la santé autochtone. L'autodétermination et le leadership des Autochtones en matière de santé sont indispensables pour parvenir à l'égalité des résultats en matière de santé pour les patients et à l'égalité des chances pour les professionnels de la santé autochtones. Dans cette optique, il convient de créer des espaces et de fournir un soutien aux Autochtones (aux échelons individuel, organisationnel et communautaire) pour leur permettre de concevoir, de consolider, de diriger, d'offrir et d'évaluer des programmes et des services de santé autochtones.

2.1.1.1 Mettre en œuvre des mesures fondées sur les distinctions

Les Premières Nations, les Métis et les Inuits ne parlent pas la même langue, possèdent leur propre culture et leur propre savoir, et entretiennent des relations différentes avec le gouvernement fédéral, ainsi qu'avec les gouvernements territoriaux et provinciaux. La prestation des services de santé auprès de ces peuples s'inscrit dans un environnement complexe sur le plan juridictionnel, c'est pourquoi il est impératif que les spécialistes de la planification des systèmes de santé appréhendent la situation en adaptant leurs relations bilatérales avec les organisations représentant les Premières Nations, les Métis et les Inuits.

2.1.1.2 Respecter l'autodétermination

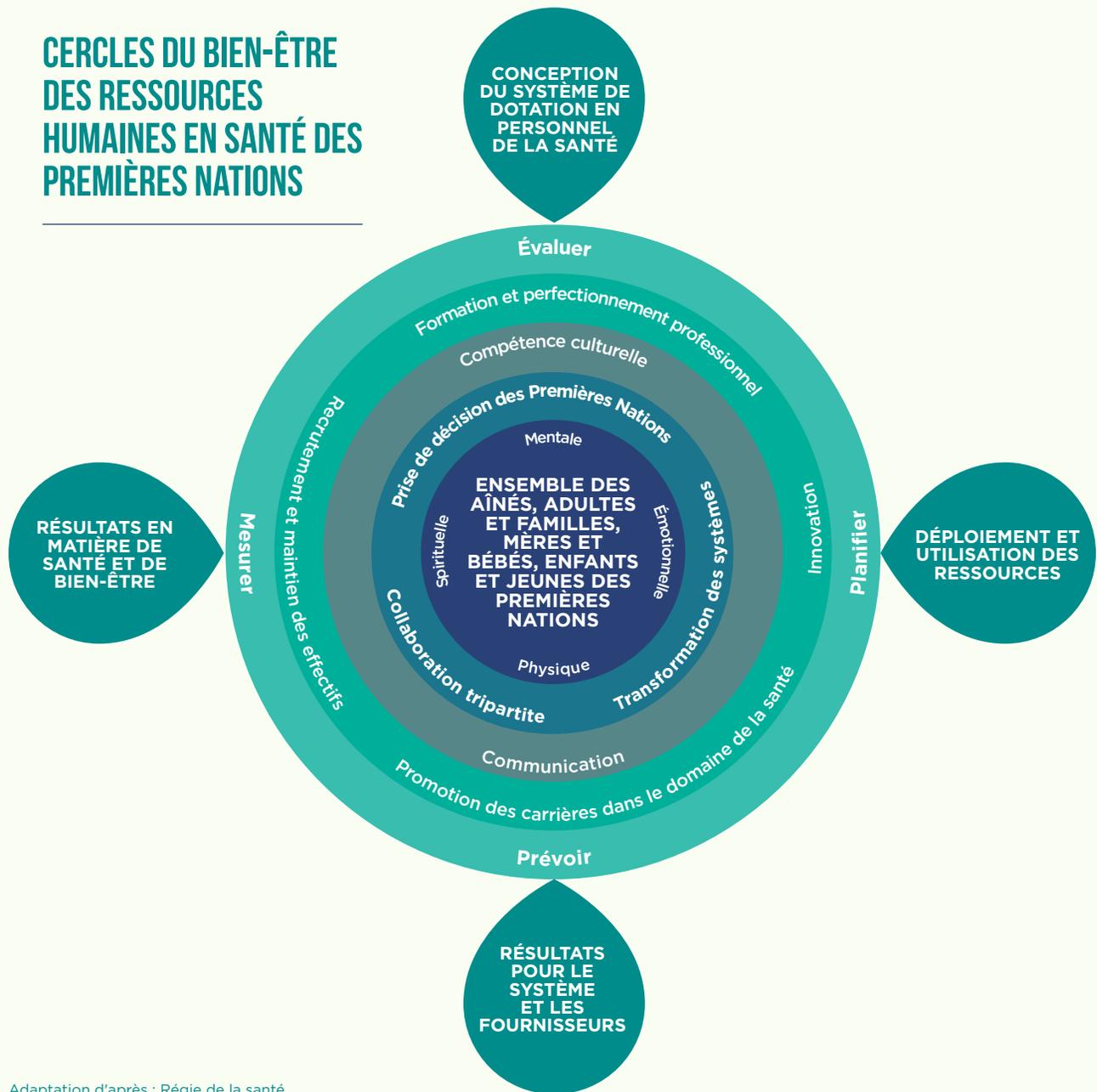
Les peuples autochtones du Canada ont toujours affirmé leurs droits à l'autodétermination, y compris en ce qui concerne les systèmes et les programmes de soins de santé ayant des répercussions sur leur santé et leur bien-être (Assemblée des Premières Nations, 2017). En 2021, le Canada a promulgué la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* (projet de loi C-15; gouvernement du Canada, 2021b) qui stipule les obligations de mise en œuvre de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007) incombant au Canada. L'article 23, en particulier, s'avère pertinent ici :

« Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions. »

La transformation des services de santé des Premières Nations est un processus fondé sur la collaboration entre les partenaires des Premières Nations, le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires (Services aux Autochtones Canada, 2022a). Il s'agit de créer un système de santé mieux coordonné dans lequel des autorités de la santé dirigées par les Premières Nations exercent un plus grand contrôle sur la conception, l'administration, la gestion et la prestation des services et des programmes de santé qui favorisent le bien-être des communautés et tiennent compte de leurs besoins et de leurs priorités en matière de santé. D'autres initiatives de transformation des services de santé financées par le gouvernement fédéral sont en cours au Manitoba, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse (Tajikeimik, 2023).

Le premier transfert des systèmes de santé a été mené à bien en Colombie-Britannique avec la création de la Régie de la santé des Premières Nations, en 2013. Le récit de ce projet (partenariats, ententes, processus) a été publié afin d'offrir un aiguillage à d'autres communautés des Premières Nations du Canada et aux peuples autochtones à l'étranger susceptibles d'emprunter cette voie (Régie de la santé des Premières Nations, 2013a). Beaucoup d'enseignements peuvent être tirés des approches de planification du recrutement et du maintien des effectifs que la Régie de la santé des Premières Nations a privilégiées au cours de ce processus de transfert. Elle a, par exemple, rédigé le document « First Nations Health Human Resources Tripartite Strategic Approach » (Régie de la santé des Premières Nations, 2013b) à la lumière de renseignements recueillis au préalable auprès des communautés autochtones. Plus récemment, la Régie de la santé des Premières Nations a exercé son leadership autochtone, ancré dans le respect de l'autodétermination, en élaborant divers outils et stratégies. Elle a notamment adopté des plans de recrutement et de maintien en poste des médecins et des doulas, ainsi qu'un cercle du bien-être des ressources humaines en santé pour la planification de la main-d'œuvre dans ce secteur. Ce modèle (figure 10) fournit un cadre de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui reflète la vision holistique indispensable pour fixer les priorités et les objectifs en la matière.

Figure 10. Le cercle du bien-être des Premières Nations.



Noier des relations significatives et durables

La transition vers l'autodétermination peut être facilitée par la mise en place de relations significatives et durables, fondées sur la réciprocité, entre les organismes de prestation des services de santé et les organisations et communautés autochtones (Alberta Health Services, 2020; Assemblée des Premières Nations, 2017; Inuit Tapiriit Kanatami, 2011). À titre d'exemple, l'autodétermination prévoit la participation des Inuits dans l'élaboration et le déploiement des

politiques, programmes et services de santé publique au sein de l’Inuit Nunangat (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016). En ce qui concerne plus précisément la planification de la main-d’œuvre dans le secteur de la santé, l’Inuit Tapiriit Kanatami (2016) a présenté les mesures suivantes dans sa stratégie assortie d’un plan d’action pour la période 2016-2019 :

- atténuer les obstacles afin de surmonter les pénuries actuelles de main-d’œuvre dans le secteur de la santé
- accroître le nombre d’Inuits qui se voient confier des postes dans le secteur de la santé et du bien-être au sein de la collectivité
- multiplier les modèles de soins favorisant les pratiques inuites traditionnelles et contemporaines
- améliorer l’accès aux programmes et aux certifications pour aider les étudiants et les professionnels de la santé à fournir des soins compétents et adaptés aux spécificités culturelles
- renforcer la participation inuite et communautaire dans la prise des décisions concernant la main-d’œuvre dans le secteur de la santé
- améliorer la qualité de vie professionnelle afin que les travailleurs de la santé restent en poste dans les collectivités inuites

Renforcer les partenariats dans les milieux de l’éducation et de la formation

Les programmes d’éducation en santé sont encouragés à nouer des relations constructives, fondées sur la collaboration et la responsabilisation, avec les communautés autochtones qu’ils desservent (Anderson et coll., 2019). À ce titre, l’expertise et l’autodétermination des Autochtones jouent un rôle dans divers domaines d’action, tels que l’élaboration des programmes d’études, les initiatives de recrutement d’étudiants, d’inscription et de maintien des effectifs, et la mise en place de mentorats et de bourses dans le but de déterminer les taux d’admission. Il convient ainsi d’inclure des représentants autochtones dans les examens d’admission et de prévoir des critères d’auto-identification dans les processus d’inscription (Anderson et coll., 2019). Les participants au processus de consultation ont suggéré la création de postes dédiés dans les programmes d’éducation en santé auxquels un soutien total et un financement adéquat devraient être accordés afin de diriger ce travail relationnel.

2.1.1.3 Accroître le leadership autochtone au sein de la main-d’œuvre dans le secteur de la santé

L’expertise des dirigeants autochtones peut servir à façonner la programmation et la culture au niveau organisationnel, à aiguiller les décisions et les processus en matière de ressources humaines, ainsi qu’à instaurer et à exiger une responsabilisation (Alberta Health Services, 2020; Anderson et coll., 2019; Régie de la santé des Premières Nations, 2013b).

Les différents bureaux de la santé des Autochtones mis sur pied à l’échelle provinciale, territoriale ou régionale, comme en Colombie-Britannique (province de la Colombie-Britannique, 2022)

et en Ontario (Santé Ontario, 2022a), contribuent à élargir les possibilités de leadership autochtone.

Il convient de s'assurer, au niveau des sites et à l'échelle du système, que l'infrastructure existante permet de créer des postes de direction autochtones et d'apporter le soutien nécessaire. Par exemple, les administrateurs en santé des Premières Nations en Colombie-Britannique exercent un leadership stratégique et sont épaulés dans leur mission qui consiste à formuler des conseils et des avis techniques, ainsi qu'à obtenir et à gérer les services de santé dont les personnes et les familles autochtones ont besoin en milieu urbain et dans les collectivités rurales et éloignées (First Nations Health Directors Association, 2023). Autre exemple : les gestionnaires de santé des Premières Nations qui occupent des fonctions de direction de première ligne sont soutenus dans leur démarche visant à honorer, à perpétuer et à respecter les questions du savoir autochtone dans le cadre de la prestation, de la gestion et de la gouvernance des services et programmes de santé des Autochtones (Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, s. d.). Les gestionnaires de santé œuvrant dans les communautés des Premières Nations à travers le Canada ont des occasions de promouvoir des normes et des pratiques de qualité et de soutenir la recherche par le biais de la certification, du réseautage et du perfectionnement professionnel. Les groupes de professionnels de la santé jouent également un rôle clé dans le développement du leadership et le soutien aux équipes de direction. Par exemple, la Canadian Indigenous Nurses Association (2019) a pour objectif majeur d'accroître le nombre de décideurs autochtones dans le secteur de la santé, tandis que la nouvelle Indigenous Dental Association of Canada (s. d.) encourage et aide les professionnels dentaires autochtones à fournir des services de santé buccodentaire dans les communautés partout au Canada (Services aux Autochtones Canada, 2022b). Nous reviendrons sur les questions de leadership en santé dans le chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs.

Les professionnels de la santé autochtones sont susceptibles d'assumer une charge émotionnelle supplémentaire car ils jouent souvent seuls, et sans aucune rémunération, le rôle de moteur du changement. C'est ce que l'on appelle parfois la « taxe sur les minorités » (Filut et coll., 2020; Schilgen et coll., 2017). Les participants autochtones au processus de consultation ont fait écho à ce sentiment et suggéré la mise en place de lignes directrices claires instaurant des mesures de soutien (sur le plan financier, entre autres) à la représentation autochtone au sein des comités. Dans cette optique, ils ont cité un projet pancanadien émergent de lignes directrices pour la participation des médecins et des apprenants en santé autochtones à titre de pratique prometteuse assurant la reconnaissance et le respect des contributions apportées par les professionnels de la santé autochtones (Association des médecins autochtones du Canada, s. d.). En Australie, le syndicat National Tertiary Education Union a inclus des revendications relatives à la « charge culturelle » dans son cycle actuel de négociation pour veiller à ce que le personnel autochtone des établissements universitaires perçoive une juste rémunération et que les tâches induisant une « charge culturelle » soient détaillées officiellement dans les ententes conclues avec l'employeur (Ward, 2022).

Augmenter la représentation des Autochtones parmi la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, y compris aux postes de direction, est une stratégie de premier plan dans la lutte contre le racisme systémique. Les participants au processus de consultation ont reconnu l'importance d'une telle représentation, et convenu que l'attribution de rôles visibles à des Autochtones contribue au sentiment d'inclusion et de sécurité de leurs communautés. Bon nombre d'organisations et d'établissements d'enseignement dirigés par des Autochtones ont étudié soigneusement les questions et les processus de validation de l'identité autochtone (Teillet, 2022). De plus en plus, la mise en œuvre des mêmes protocoles s'avère possible dans les milieux de travail non autochtones.

D'autres stratégies de lutte contre le racisme systémique sont abordées dans la suite de ce chapitre, ainsi qu'au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées.

2.1.2 Accroître le nombre d'apprenants et de professionnels autochtones

Il existe d'importantes disparités entre les taux de représentation des personnes autochtones et non autochtones dans tous les métiers de la santé : soins infirmiers, médecine, maïeutique, dentisterie, etc. (Académie canadienne des sciences de la santé, 2014; Taylor et coll., 2019). L'appel à l'action n° 23 de la Commission de vérité et réconciliation (2015) demande à tous les ordres de gouvernement de régler ce problème :

- en veillant à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé, ainsi qu'à leur maintien en poste
- en offrant une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé

2.1.2.1 Accroître le nombre d'apprenants autochtones

Il est doublement avantageux d'accroître le nombre de professionnels de la santé autochtones et de favoriser leur maintien en poste : d'une part, cela permet aux patients autochtones d'avoir plus de chances d'être pris en charge par un professionnel de la santé autochtone, et d'autre part, cela renforce la participation des Autochtones sur le marché du travail. Pour atteindre ces objectifs, il faut d'abord s'appuyer sur une filière d'éducation qui attire et soutient les apprenants autochtones. Or, Taylor et coll. (2019) ont recensé plusieurs facteurs influant sur la participation des étudiants autochtones dans les milieux de l'éducation en santé. Parmi les obstacles qu'ils rencontrent, citons :

- le manque de soutien familial et de soutien par les pairs
- les obligations incompatibles
- l'insuffisance de la préparation universitaire et des expériences scolaires antérieures
- le manque d'accès à des soutiens dédiés aux étudiants autochtones
- les difficultés financières
- le racisme et la discrimination

Une meilleure représentation des peuples autochtones parmi la main-d'œuvre dans le secteur de la santé requiert la mise en place de passerelles et de stratégies explicites à tous les niveaux de scolarité pour permettre à leurs membres d'acquérir des compétences et de les perfectionner. Parmi les enseignements clés du processus de consultation figurait la nécessité de renforcer les mesures visant à accroître le nombre d'apprenants autochtones soutenus par le biais d'un plan d'action exhaustif qui fasse l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Selon les dires d'un participant, « la clé réside dans l'intentionnalité. Il est important de réaliser des investissements pérennes et complets [sur le plan des ressources et des politiques] à tous les niveaux de gouvernance. S'agissant d'initiatives à long terme, nous devons plaider pour qu'elles deviennent une priorité aux yeux des bailleurs de fonds et des parties prenantes » (traduction libre). Dans cette optique, plusieurs pratiques principales sont mises en lumière ci-après.

Adopter une approche ciblée de recrutement, de soutien et de maintien des effectifs à l'égard des étudiants autochtones

D'après la recherche, les programmes ciblés de recrutement d'étudiants autochtones en santé et de maintien de leurs effectifs peuvent s'avérer efficaces (Koea et coll., 2020; Tranter et coll., 2018). Par ailleurs, la mise en œuvre de stratégies très variées depuis le recrutement jusqu'à la délivrance du diplôme a plus de chances d'améliorer les taux de diplômés parmi les étudiants issus de la diversité (Tranter et coll., 2018). Ces constatations révèlent l'importance d'adopter une approche pluridimensionnelle en vue de favoriser le recrutement d'étudiants et le maintien des effectifs.

Les démarches suivantes peuvent être envisagées pour instaurer un programme souple en la matière (Koea et coll., 2020; Taylor et coll., 2019) :

- élargir les activités de liaison existantes pour mieux promouvoir les carrières dans le domaine de la santé auprès des communautés autochtones
- simplifier le processus de candidature
- multiplier les bourses d'études et les stages pour permettre aux étudiants autochtones de se former dans le domaine de la santé
- favoriser l'émergence de modèles de comportement autochtones et le réseautage entre pairs
- encourager les cercles et programmes de mentorat autochtones ainsi que les soutiens spécialisés à l'intention des étudiants autochtones

En 2016, les peuples des Premières Nations atteignaient des niveaux de rendement scolaire plus élevés que leurs homologues canadiens non autochtones dans les collèges et les établissements d'enseignement des métiers; toutefois, l'écart dans les universités était toujours d'environ 22 points de pourcentage (Assemblée des Premières Nations, 2018). Dans le document « First Nations Health Human Resources Tripartite Strategic Approach » (2013b), la Régie de la santé des Premières Nations proposait d'accroître la représentation des Premières Nations dans les métiers de la santé en réservant des places aux Autochtones dans les parcours d'études postsecondaires.

Par exemple, le programme PENT (Program for the Education of Native Teachers) est un modèle de formation professionnelle susceptible d'être adapté au secteur de la santé (Université de Brandon, 2023). Ce programme communautaire proposé par la faculté d'éducation de l'Université de Brandon donne la possibilité aux étudiants autochtones d'exercer un travail auxiliaire (stage) pendant une partie de l'année sans quitter leur collectivité. Le reste de l'année, ils suivent ensuite des cours à l'université. À l'issue du programme, qui s'étale sur au moins 40 mois, les étudiants décrochent un baccalauréat ès arts ou sciences et un baccalauréat en éducation. Ce modèle favorise la génération de main-d'œuvre et témoigne du soutien accordé par la province aux systèmes éducatifs en place dans les collectivités autochtones du Manitoba.

Le cercle de mentorat de l'Association des médecins autochtones du Canada (2023) a été créé en réponse à la rétroaction des étudiants autochtones concernant la valeur que revêt à leurs yeux la mise à disposition d'espaces où ils peuvent se réunir pour échanger, apprendre et s'offrir un soutien mutuel. Les participants au processus de consultation ont suggéré d'amorcer la liaison à un stade encore plus précoce des parcours d'éducation.

L'importance de garantir la sécurité culturelle dans les milieux de l'éducation en santé a été considérée à maintes reprises comme un facteur indispensable à la diversification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Churchill et coll., 2017; Dune et coll., 2018; Joo et Liu, 2020; McCann et Brown, 2018; Minnican et O'Toole, 2020; Pitama et coll., 2018; Sekoni et coll., 2017; Tremblay et coll., 2020; Wilson et coll., 2022). Face au racisme qui sévit actuellement dans les milieux de l'éducation (Taylor et coll., 2019), les étudiants et candidats autochtones peuvent avoir le sentiment d'être dépossédés et stigmatisés. Cette situation contribue également au déséquilibre des pouvoirs en milieu de travail, leur demande des efforts de plaider en faveur des pratiques de guérison autochtones et accentue ainsi leur charge émotionnelle.

2.1.2.2 Recruter des professionnels de la santé autochtones, les soutenir et veiller à leur maintien en poste

D'après le recensement de 2016, moins de 1 % des médecins canadiens déclarent appartenir aux communautés autochtones. Or, ces dernières représentent plus de 5 % de la population totale du Canada (Statistique Canada, 2022b). S'appuyant sur ces données de recensement, l'Université de la Saskatchewan (2016) a relevé une proportion de 3 % d'infirmiers autorisés autochtones sur l'ensemble du territoire canadien, en sachant que c'est le métier exercé par près de 75 % de la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé.

Divers facteurs nuisant au maintien en poste des professionnels de la santé autochtones sont décrits au chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées et au chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs, notamment : les volumes de travail élevés, les problèmes de documentation/compréhension des attributions et des responsabilités, le faible salaire et la perception d'inégalités salariales, ainsi que l'influence de la communauté qui agit à la fois comme une source de motivation personnelle et une source de stress lorsqu'il n'est plus possible de maintenir l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle (Lai et coll., 2018).

La culture organisationnelle joue également un rôle capital dans le maintien en poste des travailleurs autochtones. La figure 11 décrit six facteurs propices au maintien des effectifs de santé autochtones, à savoir : la création de milieux de travail exempts de racisme et adaptés aux spécificités culturelles; la collaboration; le soutien des pairs et des équipes de direction; les possibilités de perfectionnement professionnel et de développement du leadership; et l'adéquation des marques de reconnaissance et de la rémunération (Assemblée des Premières Nations, 2017; Deroy et Schütze, 2019; Lai et coll., 2018; Topp et coll., 2018). Les stratégies de recrutement d'apprenants autochtones fondées sur des données probantes qui ont été abordées dans la partie précédente s'appliquent également aux efforts continus de recrutement à l'issue de la formation. Toutefois, il peut y avoir un recoupement, voire une contradiction, entre les obligations sociales et culturelles, d'une part, et les responsabilités et les attentes d'un point de vue organisationnel et professionnel, d'autre part. Les professionnels de la santé autochtones ont expliqué se trouver pris entre les obligations culturelles (liées au genre, à l'âge et à la parenté) et les attentes de leurs collègues et superviseurs non autochtones entretenues par des modèles « occidentaux » de gouvernance et de gestion des soins (Topp, 2018).

Figure 11. Facteurs organisationnels propices au recrutement et au maintien en poste d'une main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé. D'après une synthèse de la littérature scientifique (Assemblée des Premières Nations, 2017; Deroy et Schütze, 2019; Lai et coll., 2018; Topp et coll., 2018).

FACTEURS PROPICES AU RECRUTEMENT ET AU MAINTIEN EN POSTE D'UNE MAIN-D'ŒUVRE AUTOCHTONE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ



La souffrance morale peut compromettre le maintien en poste (Pendry, 2007). En effet, les professionnels de la santé qui observent des comportements racistes et d'autres formes de discrimination peuvent subir une souffrance morale (Sukhera et coll., 2021). La prochaine partie s'intéresse plus en détail à la lutte contre le racisme au sein du système de santé.

Intégrer les savoirs et les rôles traditionnels

En règle générale, les cultures autochtones adoptent une vision holistique de la santé et du bien-être. Par exemple, si les pratiques d'accouchement inuites varient en fonction des régions et des situations, elles considèrent toujours la naissance d'un enfant comme une étape naturelle de leur connexion au monde (Lee et coll., 2022). Traditionnellement, l'accouchement avait lieu sur les terres de la communauté, en présence d'une ikajurti (sage-femme inuite), mais l'instauration de rotations aériennes fréquentes et la médicalisation accrue de la naissance ont conduit à privilégier l'évacuation maternelle, déplaçant ainsi la maïeutique traditionnelle. L'on observe une résurgence des savoirs et des rôles traditionnels concernant l'accouchement, ainsi que la disponibilité d'un nombre croissant de soutiens, par l'intermédiaire du National Aboriginal Council of Midwives (2020), entre autres exemples.

Chez certains peuples autochtones, il existe d'autres rôles traditionnels ou axés sur la guérison qui sortent du cadre habituel des « métiers de la santé ». Il faudrait donc chercher des moyens d'intégrer pleinement les compétences traditionnelles et culturelles qu'apportent les peuples autochtones au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. À titre d'exemple, les patients autochtones ont jugé que les intervenants-pivots autochtones sans bagage médical sont plus faciles à aborder et connaissent mieux leur vision du monde (Rankin et coll., 2022). L'Assemblée des Premières Nations (2017) précise que les aînés, les acteurs et enseignants du domaine de la culture et les éducateurs de la petite enfance jouent un rôle clé, aux yeux des peuples autochtones, dans la promotion de leur santé et de leur bien-être – aux côtés des médecins, des infirmiers et des dentistes. C'est également le cas des agents de santé communautaires : ces membres de la communauté non spécialistes travaillent contre rémunération ou bénévolement au sein du système de santé local. En règle générale, ils partagent l'origine ethnique, la langue, le statut socioéconomique et l'expérience de vie des personnes qu'ils desservent (U.S. Department of Health and Human Services, 2007). Le rôle des agents de santé communautaires est essentiel à l'efficacité des programmes de santé à l'échelon local (McCarville et coll., 2021). Dans une synthèse des données probantes, l'Organisation mondiale de la Santé (2020b) a reconnu que l'une de leurs fonctions majeures consiste à faire office de médiateurs culturels afin d'améliorer les relations entre les services de santé et la collectivité.

Dans cette optique, l'Assemblée des Premières Nations recommande de veiller à ce que tout soit mis en œuvre pour offrir suffisamment de souplesse à la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé afin d'appuyer les rôles qui ne cadrent pas avec les conceptions occidentales courantes des métiers de la santé. Les participants au processus de consultation ont jugé que la présence de guérisseurs traditionnels et d'aînés dans les milieux de soins

constitue une pratique exemplaire propice au maintien en poste des professionnels de la santé autochtones et s'avère un droit inscrit dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007) et dans l'appel à l'action n° 22 de la Commission de vérité et réconciliation (2015) :

« Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande. »

Lutter contre les inégalités salariales pour maintenir les effectifs de santé

Lorsqu'elles sont marquées, les inégalités salariales nuisent au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé et empêchent d'assurer aux peuples autochtones un accès équitable à des soins de santé sûrs et adaptés dans tous les territoires de compétence (Assemblée des Premières Nations, 2017). Les antécédents de racisme systémique au Canada ont abouti à l'adoption d'un cadre fédéral de financement qui sous-capitalise les programmes et services autochtones (Fallon et coll., 2021).

Les participants au processus de consultation ont remarqué que, malgré la plus grande souplesse octroyée ces dernières années en termes de modèles de programme et de prestation, le financement connexe n'a pas évolué en conséquence et les inégalités salariales persistent. Autre observation issue des séances de consultation : si les postes d'infirmier en milieu communautaire prévoient généralement que la semaine de travail s'étale « du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h », il arrive souvent que le personnel doive intervenir à n'importe quelle heure, jour et nuit, sans rémunération supplémentaire.

2.1.2.3 Répondre aux besoins de logement et d'infrastructure dans les collectivités autochtones

Comme l'ont révélé l'analyse documentaire et le processus de consultation, le manque de logements dans les collectivités autochtones constitue un obstacle majeur au recrutement et au maintien d'effectifs de santé suffisants. À titre d'exemple, les étudiants autochtones relogés dans des centres urbains du Canada pour suivre leurs études sont victimes de discrimination en matière de logement (Mozt et Currie, 2019). D'après les participants au processus de consultation, il arrive également qu'ils souffrent d'un manque de ressources d'accompagnement (apprentissage virtuel, notamment). D'autres solutions permettant de soutenir les étudiants autochtones et les étudiants des collectivités rurales et éloignées sont évoquées au chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées. L'Inuit Tapiriit Kanatami (2011) fait remarquer ce qui suit :

« Si un étudiant peut obtenir la rare opportunité d'effectuer une partie de son expérience clinique dans une collectivité Inuite, il découvre qu'il ne peut pas trouver de logement. Certains étudiants peuvent loger chez un membre de la parenté ou chez des amis, mais si c'est le cas il doit essayer de faire ses études dans un logement surpeuplé. Il est rare de trouver des logements désignés pour les étudiants poursuivant des études en santé dans les collectivités Inuites. La même situation se reproduit pour les personnes qui doivent visiter des collectivités Inuites plus petites en vue de fournir des soins de santé primaires. » (p. 39)

Les participants au processus de consultation ont fait état de difficultés similaires au sein des communautés des Premières Nations. Il arrive même que l'on observe des pénuries de logements en milieu urbain, car les employeurs et les entreprises ne sont pas tenus de fournir un logement. En outre, les Autochtones suivant des études universitaires sont victimes de discrimination en matière de logement, ce qui peut affecter leur santé mentale et physique (Currie et coll., 2020; Motz et Currie, 2019).

2.1.3 Remettre en cause le racisme parmi les effectifs et au sein des systèmes de santé

La littérature scientifique fournit des données probantes attestant l'inégalité des soins prodigués aux peuples autochtones par les professionnels de la santé (Schultz et coll., 2018). Le racisme à l'œuvre dans la prestation des soins de santé contribue grandement au manque d'équité des résultats en matière de santé observés chez les peuples autochtones au Canada (Allan et Smylie, 2015; Gall et coll., 2018; Li, 2017; Racine et coll., 2022; Rooney et coll., 2022; Welch, 2020). Le racisme influe également sur le fonctionnement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé – c'est-à-dire sur la capacité des systèmes et des effectifs de santé à offrir des soins adaptés aux spécificités culturelles et, comme expliqué précédemment, sur le recrutement et le maintien des effectifs d'apprenants et de professionnels de la santé autochtones.

Le racisme systémique à l'égard des peuples autochtones prend ancrage dans les politiques et pratiques coloniales d'antan, à l'instar des textes législatifs oppressifs, du système des pensionnats indiens, des hôpitaux autochtones, du déplacement des Inuits dans des sanatoriums pour le traitement de la tuberculose, ou encore de la stérilisation contrainte et forcée des femmes autochtones (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019). Les expériences de racisme au sein du système de santé canadien perdurent : en témoignent plusieurs décès très médiatisés de patients autochtones, dont Brian Sinclair et Keegan Combes (McLane et coll., 2022). Dans les deux cas, les professionnels de la santé ont supposé, à tort, que ces personnes étaient en état d'ivresse et ont retardé leur prise en charge. En 2020, Joyce Echaquan, une femme atikamekw, est décédée à l'hôpital après avoir demandé qu'on la soigne. Le coroner a jugé par la suite que le racisme systémique avait contribué à son décès, lequel a constitué l'étincelle d'un plan de lutte contre le racisme à l'égard des Autochtones dans les milieux de soins, baptisé « le Principe de Joyce » (Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw, 2020).

Depuis lors, le gouvernement fédéral a pris plusieurs initiatives visant à mettre fin au racisme à l'égard des peuples autochtones, dont la tenue d'une série de séances de dialogue national, le financement d'une formation, d'un programme d'études et d'exigences d'agrément en matière de sécurité et d'humilité culturelles pour les professionnels de la santé, l'intégration de soins adaptés aux spécificités culturelles dans les milieux de soins actifs et la promotion des points de vue autochtones traditionnels sur la santé (gouvernement du Canada, 2022b).

Le rapport de synthèse « In Plain Sight » (gouvernement de la Colombie-Britannique, 2020) a présenté des pistes de lutte contre le racisme et la discrimination ciblant les Autochtones au sein du système de santé de la Colombie-Britannique. Beaucoup de personnes ont été parties prenantes, en tant que chercheurs et en tant que contributeurs relatant des expériences difficiles. Ce rapport offre des pistes permettant d'approfondir l'apprentissage partagé, dans l'optique finale d'induire des changements. Citons par exemple le recrutement de hauts dirigeants autochtones dans les organisations de soins de santé et les établissements de formation, l'accroissement de la représentation autochtone au sein des programmes de formation aux métiers de la santé, et le renforcement de la sécurité culturelle dans les milieux d'apprentissage et de formation.

2.1.3.1 Mettre en œuvre des programmes de lutte contre le racisme pour assurer des soins adaptés aux spécificités culturelles

Les professionnels de la santé non autochtones continueront de jouer un rôle important dans la prestation de soins auprès des peuples autochtones. Pour garantir que chaque intervenant contribue à la sécurité du milieu et à la qualité des soins, la coopération de l'ensemble des ordres de gouvernement, agences, organismes de prestation des services, établissements d'enseignement et ordres de réglementation des professions est indispensable. Il s'avère généralement nécessaire de prévoir des formations obligatoires de perfectionnement professionnel, voire d'imposer une remise à niveau lorsque les compétences en matière de sécurité culturelle sont fragiles. La mise en œuvre de programmes de lutte contre le racisme dans le secteur de la santé exige l'adoption de stratégies à long terme et à plusieurs niveaux qui : apportent les compétences et l'expertise appropriées, intègrent l'équité raciale dans les pratiques d'embauche, de maintien en poste et de promotion du personnel, et insistent sur la prévention du racisme dans les parcours de formation aux métiers de la santé (Hassen et coll., 2021). Le rapport de synthèse « In Plain Sight » (gouvernement de la Colombie-Britannique, 2020) a proposé plusieurs stratégies pour atteindre cet objectif, y compris la création d'un centre en libre accès dédié à la lutte contre le racisme et à la sécurité culturelle offrant des outils et ressources pour les organisations de soins de santé, les établissements d'enseignement et les professionnels.

2.1.3.2 Imposer la formation des professionnels de la santé sur les questions de sécurité et d'humilité culturelles

L'appel à l'action n° 24 de la Commission de vérité et réconciliation (2015) stipule les éléments d'une approche pédagogique efficace pour lutter contre le racisme dans le secteur de la santé :

« Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme. »

Allan et Smylie (2015) émettent la mise en garde suivante : « la sensibilité culturelle et la compétence culturelle sont axées sur l'apprentissage de la culture des usagers d'un service – et peuvent donc ouvrir la voie à des déséquilibres de pouvoir » (p. 11, traduction libre). Si les résultats d'une formation en la matière sont discutables et étayés par un petit nombre d'évaluations formelles (Jongen et coll., 2018), cette démarche a conduit à la multiplication des formations « sur le terrain » en matière d'humilité culturelle, de droits de la personne, de règlement des différends et de lutte contre le racisme (Allan et Smylie, 2015; Anderson et coll., 2019; Assemblée des Premières Nations, 2017).

Dans le droit fil des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (2015), plusieurs rapports recommandent d'imposer des cours sur la sécurité culturelle dans les parcours de formation aux métiers de la santé, incluant la prestation directe de services, des programmes de politique et d'administration publiques, et des activités de perfectionnement professionnel pour le corps enseignant, le personnel et les praticiens. Parmi ces rapports, citons : « The First Nations Health Transformation Agenda » (Assemblée des Premières Nations, 2017), le Cadre stratégique et plan d'action sur les ressources humaines en santé des Inuits 2011-2021 de l'Inuit Tapiriit Kanatami (2011) et l'Engagement conjoint à agir pour la santé des Autochtones de l'Association des facultés de médecine du Canada (Anderson et coll., 2019). Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (s. d.), par exemple, dispense un programme de formation obligatoire en matière de compétences culturelles baptisé « Living Well » à tous les employés du secteur public, y compris aux professionnels de la santé. Ces 30 heures de formation permettent de s'assurer que le personnel renforce ses compétences culturelles et participe plus activement à la réconciliation.

L'organisme British Columbia Health Regulators (2017; 2020) s'est engagé à intégrer les concepts de sécurité et d'humilité culturelles dans ses initiatives pour aider les travailleurs exerçant des professions de la santé réglementées à fournir des soins impartiaux sur le

plan culturel. En 2020, il a publié un rapport d'étape à trois ans sur les mesures prises en collaboration avec la Régie de la santé des Premières Nations. Voici quelques-unes des réalisations clés mises en avant dans ce rapport :

- quatorze ordres de réglementation ont intégré les principes de sécurité et d'humilité culturelles dans leurs plans stratégiques et commencé à recueillir des données sur les inscrits suivant des programmes de formation en matière de compétences culturelles
- onze ordres de réglementation ont continué à échanger des idées avec la Régie de la santé des Premières Nations afin de favoriser un apprentissage continu
- six ordres de réglementation ont amélioré la représentation des Autochtones parmi les membres siégeant aux conseils d'administration et aux comités

Le conseil médical de Nouvelle-Zélande (Medical Council of New Zealand, 2019) s'est lui aussi engagé à promouvoir la sécurité culturelle et à améliorer l'équité des soins de santé prodigués aux patients māori. Cet organisme a publié dernièrement un rapport en partenariat avec Te Ohu Rata O Aotearoa (Allen et Clarke, 2020) dans lequel plusieurs approches stratégiques recommandées pour améliorer l'équité en matière de santé coïncident avec celles proposées dans les présentes, notamment : la prise en compte des obstacles aux soins découlant du racisme systémique, la promotion d'un apprentissage autoréflexif continu par les professionnels de la santé non māori, et l'amélioration du nombre de professionnels s'identifiant en tant que Māori par le biais d'efforts de recrutement.

2.1.3.3 Intégrer les questions de santé et de sécurité culturelle des Autochtones dans les programmes d'études

Selon un examen récent, les méthodes d'apprentissage ayant permis aux participants de modifier leur attitude clinique incluaient l'immersion, les stages cliniques et la prise en charge de patients simulés (Pitama et coll., 2018). Lee et coll. (2022) ont quant à eux observé la récente professionnalisation de la maïeutique par le biais de centres de formation principalement situés hors du Nunavut. Pour les Inuits, une stratégie plus efficace consisterait à soutenir l'accès des professionnels autochtones à cette discipline en instaurant des programmes dans les universités et collèges de l'Arctique, où il est possible d'inclure le métier d'*ikajurti* et d'assurer une formation en cours d'emploi.

Dans le cadre d'une étude australienne, les stages en zones rurales et éloignées ont eu un effet extrêmement positif sur la compréhension de la culture autochtone et de la complexité des déterminants de la santé chez les Autochtones, sur le racisme quotidien à l'égard des peuples autochtones d'Australie, et sur les motivations pour offrir des soins de santé aux Autochtones (McDonald et coll., 2018). À la lumière de ces constatations, la réalisation de stages cliniques dans des régions abritant des peuples autochtones peut s'avérer un moyen de renforcer les capacités de la main-d'œuvre générale dans le secteur de la santé et la prestation des services (McDonald et coll., 2018). À titre d'exemple, l'Université de l'Alberta a installé un site d'apprentissage de la médecine familiale à Yellowknife (Erickson, 2020). Chaque année, quatre

résidents sont désignés pour parcourir les collectivités du Nord pendant deux ans afin d'en savoir plus sur la sécurité et les compétences culturelles (apprentissage sur le terrain, formation par les aînés, pratiques de guérison traditionnelles, etc.).

S'il a été recommandé de dispenser des cours sur la santé des Autochtones, un examen a révélé leur absence dans de nombreux établissements d'enseignement. Pitama et coll. (2018) ont constaté que, malgré la motivation et le soutien dont les pouvoirs publics et les comités d'agrément ont fait preuve pour recenser les inégalités au sein des programmes d'éducation en santé, seulement 60 % des programmes à l'étude comptaient des cours obligatoires sur la santé des Autochtones, tandis que 26 % en proposaient sous une forme sélective. Ces conclusions laissent penser qu'il serait nécessaire d'investir davantage et de renforcer les politiques à l'appui d'une stratégie de mise en œuvre élargie.

En faisant l'analyse critique des programmes d'études existants et des approches pédagogiques en vigueur, les établissements d'enseignement peuvent œuvrer pour éliminer le racisme et collaborer avec les peuples, les organisations et les communautés autochtones dans l'optique d'établir et de mettre en œuvre un cadre antiraciste et anticolonial (Anderson et coll., 2019). Pitama et coll. (2018) ont constaté que les perceptions sociétales négatives vis-à-vis des peuples autochtones et de leur état de santé perduraient sous l'effet d'un « programme d'études caché » et étaient renforcées par l'optique coloniale. D'après ces auteurs, les principaux formateurs en santé māori ont revu le contenu du programme pédagogique afin d'éliminer sa vision coloniale et de mettre en lumière les conséquences du colonialisme, du racisme et des préjugés systémiques.

2.1.4 Consolider les données sur la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé

La recherche et les données jouent un rôle pivot dans la planification et l'expansion de la main-d'œuvre. Or, très peu de travaux ont étudié la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé. Cette partie se penche sur l'intérêt de disposer de données fiables, précises et holistiques pour en savoir plus sur les besoins, les obstacles et les schémas d'utilisation en matière de santé, et ainsi favoriser l'élaboration de stratégies efficaces. Ce thème est approfondi au chapitre 7 : Planification et développement.

L'une des principales limites des données probantes s'est avérée la quasi-absence de recherche consacrée à la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé, et plus particulièrement de travaux menés par les peuples autochtones. En effet, la recherche sur la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé représente une très maigre part de ce domaine d'étude déjà peu exploré. D'après les données transmises par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la recherche sur la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé entre 2011 et 2022 a représenté 1 % des études sur les services et les politiques de santé financées, lesquelles représentent 8,5 % du total des fonds investis pour la recherche par les IRSC. Les projets sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé se rapportant aux collectivités du

Nord, rurales et éloignées, susceptibles d'englober les peuples autochtones, représentent quant à eux moins de 1 % des études sur les services et les politiques de santé financées sur la même période. En outre, la plupart des travaux canadiens fondés sur les résultats ne répondent pas aux normes acceptables de rigueur scientifique ou de qualité (Anderson, 2019).

L'autodétermination des Autochtones est renforcée par l'application de principes favorisant l'exploitation de données et de travaux de recherche générés par les Autochtones. Citons notamment les principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) des Premières Nations (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2022), la Stratégie nationale inuite sur la recherche (Inuit Tapiriit Kanatami, 2018), « Inuit Quajimajatuqangit » (Tagalik, 2010) et les principes de propriété, de contrôle, d'accès et d'intendance auxquels souscrit la Fédération Métisse du Manitoba (Université du Manitoba, 2014). Ces principes doivent également sous-tendre la collecte de données et les travaux de recherche et d'évaluation sur la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé.

Les données probantes en provenance du Canada et de l'étranger suggèrent d'aider les communautés et les organisations autochtones à nouer des relations avec les instituts de recherche et les organismes de prestation des services dans le but de faire progresser les activités de recherche dirigées par des Autochtones portant sur la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé (Narasimhan et Chandanabhumma, 2021). Cette étape est également cruciale pour le renforcement de la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé. Narasimhan et Chandanabhumma (2021) et Ewen et coll. (2019) mettent en avant les stratégies suivantes pour soutenir les stagiaires de recherche autochtones :

- mettre en place des structures et des mécanismes de soutien capables de s'adapter aux besoins sociaux, culturels, émotionnels et financiers des stagiaires
- fournir une infrastructure de soutien qui reflète la diversité des expertises, des voies d'accès, des savoirs expérientiels, des engagements communautaires/familiaux et des aspirations des stagiaires
- mettre les stagiaires en relation avec des superviseurs et des mentors expérimentés, auxquels un soutien est ensuite apporté par le biais d'une formation en matière de sécurité et de compétences culturelles (pour les superviseurs non autochtones)
- assurer la diversité des membres au sein des programmes de recherche, y compris par discipline, par degré d'expérience et par spécialisation (p. ex., déterminants sociaux de la santé, application des connaissances, planification des services, évaluation)
- dispenser une formation couvrant le spectre complet des compétences de recherche (rédaction, plans de recherche, présentations dans le cadre de conférences, demandes de subvention, gestion de projet)

Les stratégies visant à satisfaire aux besoins sociaux, culturels, émotionnels et financiers des stagiaires de recherche peuvent également être avantageuses pour les stagiaires dans les métiers de la santé.

LES POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES EN ACTION :

Membre d'un peuple des Premières Nations, Lainy est devenue médecin après avoir passé son enfance dans une collectivité du Nord dispensant des soins de santé et d'autres services à diverses communautés des Premières Nations plus septentrionales. Comme sa mère était originaire de l'une d'entre elles, Lainy y allait chaque été. Elle connaissait bien le médecin communautaire, en poste depuis plus de dix ans, mais elle n'avait jamais rencontré de médecin originaire des Premières Nations. Lainy a présenté sa candidature en école de médecine et bénéficié de bourses d'études pour l'aider à couvrir ses frais de scolarité. Elle s'est spécialisée en médecine familiale et a mené à

bien un programme de résidence en milieu rural et éloigné dans une autre région du Canada. Lorsqu'elle a décroché son diplôme, elle est revenue exercer dans la collectivité du Nord où elle a grandi. Non seulement elle travaille aux côtés du médecin de famille au service de la communauté d'origine de sa mère, mais elle a aussi intégré un groupe de mentorat destiné aux nouveaux diplômés et s'est investie dans l'Association des médecins autochtones du Canada. Elle a commencé à accompagner des apprenants en santé autochtones afin de transmettre les connaissances qu'elle a engrangées tout au long de son parcours et d'endosser à son tour le rôle de soutien.

2.2 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Ce chapitre visait à décrire cinq politiques et pratiques principales propices à l'avancement des peuples autochtones au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. À la lumière des données probantes et de l'avis expert du comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, il explique comment créer des espaces propices au développement d'une main-d'œuvre dirigée par les Autochtones dans le secteur de la santé et comment accroître le vivier d'apprenants et de professionnels de la santé autochtones. Pour bien comprendre la disponibilité et les points de vue de la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé, il est nécessaire de disposer d'un plus grand nombre de données et de travaux de recherche, dans le respect de l'autodétermination et des principes de souveraineté. Nous remercions les communautés des Premières Nations, métisses et inuites qui ont mis en commun leur savoir et leur expertise pour combler les lacunes de la littérature scientifique disponible. Pour accueillir davantage de professionnels de la santé autochtones, les soutenir durablement et éliminer les inégalités dont sont victimes les peuples autochtones au sein des systèmes de santé, il est indispensable de former l'ensemble des effectifs du secteur en vue de renforcer la capacité à fournir des soins adaptés aux spécificités culturelles et exempts de racisme.

CHAPITRE 3 :

COLLECTIVITÉS RURALES ET ÉLOIGNÉES



Politiques et pratiques principales

- ➔ Promouvoir des processus d'inscription ciblés et facilités, favoriser l'exposition positive des apprenants en santé aux collectivités rurales et éloignées et assurer un apprentissage distribué fondé sur la pratique.
- ➔ Encourager les professionnels de la santé à rester en poste en leur proposant des incitations efficaces, en leur offrant des soutiens en milieu d'exercice et en favorisant leur intégration communautaire.
- ➔ Créer des modèles de soins plus réactifs, plus souples et mieux adaptés au contexte, notamment grâce à une prise en charge interdisciplinaire en équipe permettant aux professionnels d'adapter leur champ d'exercice et leurs compétences pour mieux répondre aux besoins de la collectivité.
- ➔ Favoriser la mobilité des professionnels de la santé ayant une aptitude et une formation spécifiques leur permettant d'exercer dans des régions rurales et éloignées, afin de pallier le manque de services, de mettre en place de précieux services de suppléance et d'apporter un soutien en cas de crise.

3.0 CONTEXTE

Le présent chapitre apporte d'autres éléments de contexte sur les besoins des collectivités rurales et éloignées du Canada en termes de planification de la main-d'œuvre (p. ex., recrutement, maintien des effectifs), mais aussi sur les facteurs à l'origine des pénuries catastrophiques observées dans certains groupes de professionnels de la santé, sur les questions liées à la culture ou encore sur la mobilité de la main-d'œuvre entre les provinces et territoires.

3.0.1 Caractéristiques démographiques des collectivités rurales et éloignées du Canada

Les collectivités rurales et éloignées du Canada présentent des particularités qui doivent être prises en compte à l'égard de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Un cinquième de

la population canadienne vit dans des collectivités rurales ou éloignées (Statistique Canada, 2022c) dont les caractéristiques démographiques et le tissu ethnoculturel sont très variés. Dans les Territoires du Nord-Ouest, par exemple, près de la moitié de la population réside à Yellowknife et les habitants de cette ville sont principalement d'origine non autochtone (76 %). Par contraste, la majorité (89 %) des personnes vivant dans les 32 autres collectivités déclarent appartenir aux communautés des Premières Nations, inuites ou métisses (Northwest Territories Bureau of Statistics, 2022). À la belle saison, les familles du Nunavut se rendent parfois dans leurs campements d'été pour chasser et pêcher (Lee et coll., 2022). La diversité de la population et des services requis complexifie la planification et la prestation des services publics, notamment l'accès équitable aux soins de santé, aux possibilités d'emploi et à l'infrastructure (Statistique Canada, 2022c).

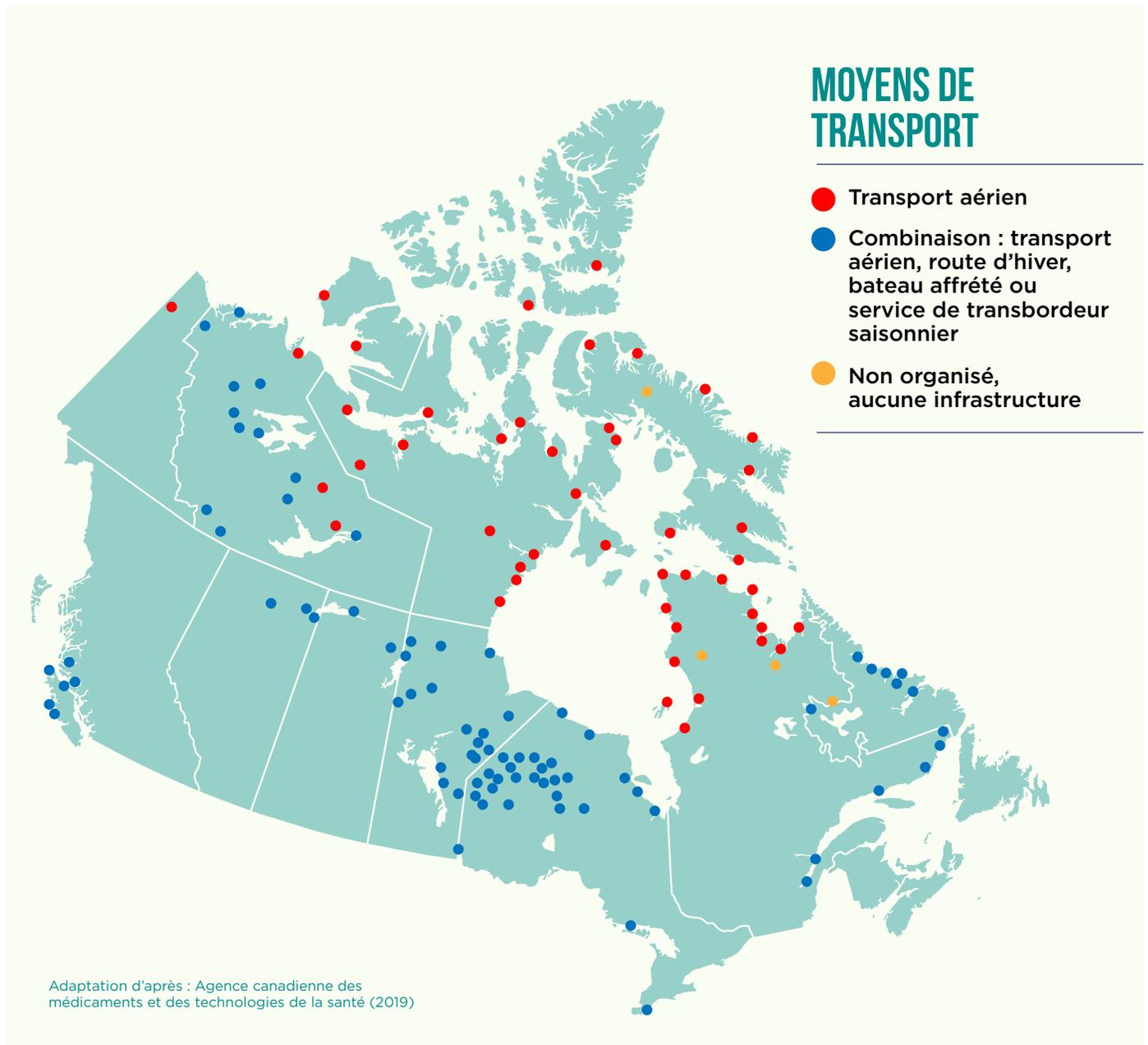
La ruralité se définit de deux façons. Selon Statistique Canada (2022c), une région est dite « rurale » lorsqu'elle compte moins de 1 000 habitants ou présente une densité de population inférieure à 400 habitants par kilomètre carré. Toutefois, dans certains cas, les provinces et territoires considèrent toute zone géographique située hors d'un centre urbain principal comme étant « rurale ». L'éloignement, quant à lui, est fonction de la proximité géographique avec les centres de services et les centres de population (Statistique Canada, 2020). Ces deux paramètres sont d'importants déterminants des résultats sur le plan socioéconomique et en matière de santé.

Dispersées aux quatre coins du territoire, les régions rurales et éloignées représentent environ 75 % de la masse terrestre du Canada, dont la superficie couvre neuf millions de kilomètres carrés (Statistique Canada, 2022c).

En raison de leur isolement et de leur répartition géographique, les régions rurales et éloignées disposent généralement de ressources insuffisantes, notamment en ce qui concerne la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

En outre, les collectivités éloignées, dont une grande partie (mais pas la totalité) se situe dans les régions septentrionales du pays, sont parfois difficiles d'accès, c'est-à-dire accessibles uniquement par voie aérienne ou navigable ou par les routes d'hiver. La carte représentée à la figure 12 recense les modes de transport à emprunter pour accéder aux collectivités rurales et éloignées du Canada. De plus, nombreuses sont celles qui comptent une proportion d'Autochtones plus importante qu'ailleurs (Faire avancer la médecine familiale rurale : Groupe de travail collaboratif canadien, 2017), comme évoqué au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones.

Figure 12. Accessibilité des collectivités rurales et éloignées au Canada.



3.0.2 Difficultés d'accès aux soins pour les patients des collectivités rurales et éloignées

La distance peut imposer des contraintes aux patients ayant besoin de consulter des spécialistes, tout autant qu'aux professionnels de la santé qui interviennent sur place. La faible population de ces collectivités restreint le nombre de professionnels de la santé locaux, tandis que la distance séparant les patients des services requis présente des difficultés inhérentes à la répétition, à la durée et au coût des trajets, en particulier pour les personnes seules et en mauvaise santé. Dans les Territoires du Nord-Ouest, les services de santé les plus essentiels se

trouvent souvent à un jour de trajet, voire plus (Milligan et coll., 2023). Les patients vivant dans le Nord circumpolaire, quant à eux, peuvent avoir d'importantes distances à parcourir pour accéder aux services dont ils ont besoin, d'autant plus s'il s'agit de disciplines spécialisées telles que la protection de la maternité (Huot et coll., 2019; Thiessen et coll., 2020).

Selon les estimations, les patients vivant dans les régions rurales et éloignées de la Colombie-Britannique dépensent 1 500 dollars supplémentaires en frais de déplacement et d'hébergement pour recevoir des soins spécialisés et des services de diagnostic (Kornelsen et coll., 2022).

Parmi les autres défis émaillant le continuum des services de santé en milieu rural et éloigné figurent l'accès aux services de santé mentale, l'organisation des transferts de patients vers les niveaux de soins appropriés et le transport sécuritaire de patients psychiatriques instables (Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien, 2017). En outre, les taux de mortalité de causes pouvant être prévenues ou de causes traitables sont plus élevés dans les régions plus reculées, comparativement aux zones faciles d'accès (Subedi et coll., 2019).

3.0.3 Limites des approches de dotation en personnel de la santé dans les régions rurales et éloignées

Les professionnels de la santé exerçant dans des régions rurales et éloignées doivent faire preuve d'un vaste éventail de compétences dans la mesure où ils sont régulièrement amenés à traiter diverses maladies et à exécuter des actes variés, souvent sans avoir suivi de formation spécialisée (MacQueen et coll., 2018). L'accès aux spécialités (traumatologie, cardiologie, prise en charge des AVC, maternité) étant limité, les professionnels de la santé locaux sont contraints de parer au plus pressé, en particulier lorsque les conditions météorologiques empêchent le transfert rapide des patients. Dans ces situations difficiles, il peut arriver qu'ils doivent décider au jugé d'administrer les « meilleurs soins possible » en l'absence de solution « exemplaire ».

La mise en œuvre de soins virtuels adaptés aux spécificités culturelles pourrait avoir des répercussions positives sur le travail quotidien grâce au transfert de tâches entre professionnels de la santé, et semble offrir un moyen de gommer les inégalités d'accès aux soins entre le Nord et le Sud, entre les collectivités urbaines et rurales/éloignées et entre les communautés autochtones et non autochtones (O'Sullivan et Worley, 2020). Cependant, la télémédecine a des chances, sans que ce soit volontaire, de profiter aux patients en relativement bonne santé et à l'aise avec la technologie qui vivent en milieu urbain plutôt qu'aux patients en moins bonne santé exclus du numérique qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées (Eze et coll., 2020).

Le Canada n'est pas le seul concerné par cette problématique. D'autres pays du monde peinent eux aussi à fournir des soins d'excellente qualité dans les régions rurales et éloignées, dans un contexte d'urbanisation galopante. En réponse, l'Organisation mondiale de la Santé (2010a) a

établi des lignes directrices stratégiques propres à attirer et à maintenir les effectifs de santé dans les zones rurales et éloignées insuffisamment desservies, et ce, dans divers domaines d'action : éducation, mesures réglementaires, incitations financières, soutien professionnel et personnel. Faisant fond sur d'autres lignes directrices (voir Abelsen et coll., 2020; Esu et coll., 2021), ces stratégies sont en cours d'implémentation dans les politiques de dotation en personnel des régions rurales et éloignées mises en place par divers territoires de compétence. En Australie, par exemple, plusieurs initiatives sont actuellement déployées au titre de la stratégie 2021-2031 de renforcement de la santé en milieu rural (gouvernement de l'Australie, 2021b). Le Canada, quant à lui, fait partie du partenariat international « Making it Work: Framework for Remote Rural Workforce Stability » instauré pour recruter et maintenir les effectifs de santé dans les collectivités rurales et éloignées de la Périphérie septentrionale et arctique (Union européenne, 2019).

3.1 POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES

Les constatations collectives ont permis d'établir les quatre politiques et pratiques stratégiques principales ci-dessous, présentées en début de chapitre, dans le but d'apporter une réponse aux problématiques liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé auxquelles font face les collectivités rurales et éloignées du Canada.

3.1.1 Promouvoir l'inscription, l'exposition aux collectivités rurales et éloignées et l'apprentissage distribué fondé sur la pratique

Plusieurs facteurs clés concourent au développement de la main-d'œuvre dans les régions rurales et éloignées, tels que la mise en place d'un dispositif ciblé et facilité d'inscription aux programmes de formation aux métiers de la santé, de programmes d'études pertinents et d'un apprentissage distribué (c'est-à-dire à la fois décentralisé et intégré)⁹ fondé sur la pratique. Bien qu'il soit généralisé, le recours aux vacances obligatoires (dont la durée et le degré de soutien varient) s'avère une pratique peu efficace pour garantir le maintien des effectifs en l'absence de bonnes conditions de travail et de soutiens offerts aux professionnels et à leur famille (Beccaria et coll., 2021).

Par conséquent, le développement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé en milieu rural et éloigné passe par la multiplication des soutiens délibérés proposés tout au long du parcours de formation, de l'inscription jusqu'à l'entrée dans la vie active, et par leur poursuite au fil de la carrière des professionnels en exercice (figure 13).

⁹ L'apprentissage décentralisé consiste à proposer des occasions d'apprentissage hors des centres urbains densément peuplés, tandis que l'apprentissage intégré désigne l'implantation d'apprenants dans des collectivités rurales ou éloignées durant une période prolongée.

Figure 13. Processus visant à promouvoir le recrutement d'apprenants et de professionnels de la santé ainsi que le maintien des effectifs dans les régions rurales et éloignées. D'après une synthèse des données probantes (Abelsen et coll., 2022; Byfield et coll., 2019; Calma et coll., 2019; Esu et coll., 2021; Hogenbirk et coll., 2022; Kumar et Clancy, 2021; Raymond Guilbault et Vinson, 2017; Russell et coll., 2021; Shah et coll., 2021; Yang, Li et coll., 2019).



3.1.1.1 Favoriser l'exposition positive des apprenants en santé aux collectivités rurales et éloignées

L'exposition positive à la ruralité est un moyen initial pour les établissements de formation aux métiers de la santé de contribuer au perfectionnement d'un vivier élargi de candidats prêts à exercer dans les collectivités rurales et éloignées (Académie canadienne des sciences de la santé,

2014; Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien, 2017; Holloway et coll., 2020). Traditionnellement, les efforts de recrutement et les dispositifs d'inscription ciblaient les personnes issues du milieu rural (Holloway et coll., 2020; MacQueen et coll., 2018; O'Sullivan et coll., 2018) car ce critère s'avérait le principal facteur de prédiction quant au choix d'implantation dans ces régions (MacQueen et coll., 2018). Indépendamment des origines, les données probantes suggèrent qu'une exposition positive et volontaire, assortie d'un accompagnement, au cours des études en santé et juste après le doctorat augmente les chances qu'un professionnel de la santé décide d'exercer dans des zones rurales ou éloignées (Abelsen et coll., 2022; Esu et coll., 2021; Gwynne et Lincoln, 2017; Hogenbirk et coll., 2022; Kumar et Clancy, 2021; MacQueen et coll., 2018; O'Sullivan et coll., 2018; O'Sullivan et Worley, 2020; Obamiro et coll., 2020; Organisation mondiale de la Santé, 2020a; Russell et coll., 2021; Shah et coll., 2021). Au contraire, il a été constaté que les stages ou expériences obligatoires ont plutôt tendance à dissuader les étudiants de travailler en milieu rural (Beccaria et coll., 2021).

Parmi les nombreux examens s'intéressant aux moyens de créer une telle exposition pédagogique positive afin d'inciter les étudiants à s'installer dans les zones rurales et éloignées (Abelsen et coll., 2022; Esu et coll., 2021; Quilliam et coll., 2021; Raymond Guilbault et Vinson, 2017; Varela et coll., 2021), plusieurs ont souligné les bénéfices découlant de la réalisation de stages cliniques prolongés, surtout en milieu de soins primaires (Abelsen et coll., 2022; Byfield et coll., 2019; Calma et coll., 2019; Kumar et Clancy, 2021; O'Sullivan et coll., 2018; Raymond Guilbault et Vinson, 2017; Shah et coll., 2021). Les fournisseurs de soins primaires sont généralement la première personne-ressource pour les patients et peuvent jouer un rôle plus étendu dans les régions rurales et éloignées où il est difficile de consulter des spécialistes (Holloway et coll., 2020). Cette approche, qui passe notamment par l'allongement et la fréquence accrue des stages (Abelsen et coll., 2022; Shah et coll., 2021), peut être entravée par le manque d'experts sur place et par le nombre insuffisant de stages offerts dans les établissements de soins primaires (Calma et coll., 2019).

3.1.1.2 Offrir des occasions d'apprentissage fondé sur la pratique dans les collectivités rurales et éloignées

La création de parcours de formation permettant de soutenir, d'accompagner et de superviser les étudiants en stage dans des régions rurales et éloignées a des chances d'influer positivement sur l'apprentissage (p. ex., amélioration des compétences culturelles des étudiants) et sur l'intention d'exercer dans ces milieux après l'obtention du diplôme (Esu et coll., 2021; Gwynne et Lincoln, 2017; Obamiro et coll., 2020). À titre d'exemple, un rapport sur les résultats à dix ans de l'École de médecine du Nord de l'Ontario a démontré qu'une formation immersive dans les régions que les futurs médecins seront amenés à desservir était indispensable pour les rendre aptes à exercer dans les collectivités rurales et éloignées de cette province (Hogenbirk et coll., 2022). Les programmes d'immersion en milieu rural d'une durée supérieure à un an se sont traduits par une augmentation du nombre de nouveaux diplômés en médecine choisissant d'y exercer à long terme (O'Sullivan et coll., 2018).

En Australie, les programmes de baccalauréat en pharmacie axés sur la ruralité ont permis de tirer des enseignements similaires (Obamiro et coll., 2020). Par ailleurs, Kumar et Clancy (2021) ont constaté que les diplômés issus de programmes de premier cycle en médecine rurale étaient dix fois plus susceptibles d'être toujours en poste dans une région rurale cinq ans après l'obtention de leur diplôme. Selon le même examen, ces diplômés avaient beaucoup plus tendance à s'établir à long terme (pendant 25 à 30 ans) que leurs pairs issus de programmes sans lien avec la ruralité. En effet, plus de la moitié d'entre eux exerçaient dans des collectivités rurales (contre 9 % parmi les diplômés d'autres programmes) et leur taux de maintien en poste à long terme dépassait 45 %. D'autres examens ont fait état de constatations similaires (Esu et coll., 2021; Russell et coll., 2021). Faisant fond sur l'importance de suivre une formation immersive de longue durée, le programme national australien de formation professionnelle à distance (Remote Vocational Training Scheme, 2023) propose une bourse de trois à quatre ans à l'intention des médecins de famille.

Les participants au processus de consultation ont recommandé d'adopter une approche cohérente pour soutenir les étudiants issus des communautés autochtones et des collectivités rurales et éloignées, en s'appuyant notamment sur la mise en place de processus de préinscription sur mesure, le mentorat par les pairs en milieu d'apprentissage, les processus d'inscription par cohorte (p. ex., nombre minimum de places réservées) et l'offre de soutiens spécialisés et adaptés aux spécificités culturelles des apprenants autochtones.

Les données probantes mettent également en évidence le rôle de la technologie pour faciliter l'apprentissage à distance des étudiants et des professionnels vivant dans des régions rurales et éloignées et pour élargir les possibilités de perfectionnement professionnel (Ganann et coll., 2019; Holloway et coll., 2020; Kumar et Clancy, 2021). À titre d'exemple, le Collège Aurora (2022) des Territoires du Nord-Ouest propose de suivre une formation à distance pour devenir préposé aux bénéficiaires ou infirmier. Cette approche mixte permet aux étudiants d'apprendre en ligne et par l'intermédiaire d'un réseau de centres communautaires prenant ancrage dans les terres ancestrales, les traditions et les communautés du Nord. Parmi les actions possibles, les participants au processus de consultation ont suggéré la création de campus satellites, l'installation d'infrastructures de soutien (p. ex., logements, Wi-Fi) et la mise en place d'occasions d'apprentissage décentralisé ou distribué. Par exemple, le programme de sciences infirmières du Red River College Polytechnic (2023) au Manitoba réserve une cohorte annuelle sur trois aux seuls résidents du sud de la province sur son campus satellite.

3.1.1.3 Améliorer les taux de maintien en poste à l'aide d'incitations stratégiques

Les incitations au maintien en poste peuvent revêtir une nature pécuniaire ou autre (Buchan et coll., 2000). Les incitations financières comme les programmes de remboursement de prêt, la subvention des droits de scolarité des enfants, les primes, les avantages en nature (maison, véhicule) et les programmes d'entente d'« obligation de service » sont un moyen stratégique fréquemment employé pour attirer et maintenir le personnel en poste dans les régions rurales

et éloignées (Kumar et Clancy, 2021; Mathews et coll., 2013; Organisation mondiale de la Santé, 2010a; Russell et coll., 2021). Les ententes d'obligation de service peuvent inclure des bourses, des allocations ou d'autres incitations financières offertes aux étudiants ou aux professionnels qui, en contrepartie, viennent s'implanter dans des régions rurales ou éloignées pour une durée prédéfinie (Organisation mondiale de la Santé, 2010a). Si l'application de ces ententes est susceptible de varier selon les régions, ainsi que d'une province ou d'un territoire à l'autre, et selon les disciplines, les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) jumelés à un poste de résidence sont systématiquement tenus de signer un contrat d'« obligation de service », sauf en Alberta et au Québec (Mathews et coll., 2022).

D'après une enquête non évaluée par un comité de lecture, les PSFE vivant au Canada étaient enclins à déménager pour exercer dans des régions rurales et éloignées du pays (Internationally Trained Physicians of Ontario, 2022). Le rapport connexe n'offre qu'une description limitée des 324 répondants, sans préciser clairement s'il s'agit de professionnels en exercice et déjà installés dans des zones rurales ou éloignées. Il est nécessaire de mener des travaux de recherche supplémentaires, évalués par un comité de lecture, au sujet de l'implantation et des expériences des PSFE au Canada. Néanmoins, les PSFE ont besoin de soutiens et de ressources pour s'établir, rester et s'intégrer dans ces collectivités (Holloway et coll., 2020). Les mesures de soutien à l'insertion des professionnels de la santé formés à l'étranger sont abordées en détail au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées.

Malgré le recours généralisé aux accords d'encouragement, peu de données probantes viennent étayer l'efficacité de cette approche aux fins du maintien en poste des professionnels (Mathews et coll., 2013). Un rapport a fait état d'un taux relativement médiocre de maintien des effectifs en milieu rural et d'une fréquence élevée de rotation des travailleurs à l'issue des programmes d'« obligation de service » proposant des dispenses de visa ou l'octroi d'un permis d'exercice ou d'un numéro de prestataire, une fois la période obligatoire écoulée (Russell et coll., 2021). Toutefois, a contrario, deux formes d'entente financées par Terre-Neuve-et-Labrador (bourses à l'intention des étudiants en médecine et des résidents suivant des programmes de spécialité en manque d'effectifs, comme la médecine familiale et la psychiatrie, et postes de résidence attribués aux personnes dont les démarches par le biais du Service canadien de jumelage des résidents n'ont pu aboutir) ont permis d'améliorer le maintien en poste des médecins. En effet, plus de la moitié d'entre eux sont restés dans la province pour ouvrir un cabinet (Mathews et coll., 2013). En ce qui concerne d'autres groupes de professionnels de la santé, la subvention ontarienne Apprendre et rester est actuellement attribuée à 2 500 étudiants postsecondaires admissibles qui suivent des programmes prioritaires (soins paramédicaux, formation pratique en sciences infirmières, technologie de laboratoire médical) et qui s'engagent à travailler, après l'obtention de leur diplôme, dans les collectivités insuffisamment desservies où ils ont fait leurs études (gouvernement de l'Ontario, 2022a).

Les bourses se sont avérées des incitations plus efficaces que le financement de postes de résidence (Mathews et coll., 2013). La spécialisation des étudiants en médecine est une décision tributaire de nombreux facteurs, dont les préoccupations financières. La rémunération, quant à elle, influe sur le choix du lieu d'exercice (Quilliam et coll., 2021; Yang, Li et coll., 2019). La réponse aux préoccupations financières des étudiants semble donc un moyen propice de les inciter à se former ou à exercer dans des régions rurales et éloignées. Cela peut passer par le remboursement des frais d'inscription (Yang, Li et coll., 2019), l'exonération de remboursement des prêts ou le versement de primes de transport et d'hébergement aux stagiaires (Quilliam et coll., 2021).

Pour évaluer l'efficacité des ententes d'« obligation de service », il peut s'avérer utile de comparer les variantes offertes (notamment celles décrites ci-dessus). Ce type d'entente nécessite également de veiller à ce que les professionnels soient formés pour prodiguer des soins adaptés aux spécificités culturelles, compte tenu de la forte proportion d'Autochtones dans ces régions. Les moyens d'assurer la compétence culturelle de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé sont décrits au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones et au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées.

3.1.2 Proposer des incitations et des soutiens et favoriser l'intégration communautaire

Cette partie est consacrée aux stratégies (incitatives, notamment) visant spécialement le maintien des effectifs de santé dans les collectivités rurales et éloignées. Les stratégies s'appliquant plus généralement à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, telles que la sécurité du milieu de travail, sont décrites en détail au chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs. D'après les données probantes (Beccaria et coll., 2021; Esu et coll., 2021; Obamiro et coll., 2020; Schubert et coll., 2018), les professionnels de la santé seraient plus enclins à rester en milieu rural et éloigné s'ils bénéficiaient des avantages suivants :

- remplacement assuré pendant les vacances et les congés parentaux ou de formation
- accompagnement des conjoints et soutien familial
- soutien en temps réel à la prise de décision clinique (accompagnement d'un pair à l'aide des technologies virtuelles, par exemple)
- possibilités professionnelles d'acquisition de compétences pointues, de gestion de cas cliniques diversifiés et de participation à des activités de perfectionnement professionnel et de mentorat

Les interventions en faveur du perfectionnement des compétences d'enseignement et de recherche s'accompagnent également de taux élevés (75 %) de maintien des effectifs en milieu rural (Esu et coll., 2021). Par conséquent, les ateliers de formation continue peuvent promouvoir le maintien en poste. Esu et coll. (2021) ont constaté que 80 % des participants étaient susceptibles de continuer à exercer en milieu rural en présence de possibilités de perfectionnement professionnel. Parmi les autres facteurs propices au maintien en poste figurent l'accès aux formations locales et la création de réseaux communautaires de soutien professionnel (Holloway et coll., 2020).

Les professionnels de la santé ont plus de chances de rester au sein d'une collectivité où ils se sentent acceptés, où ils participent à la vie communautaire et où ils ont créé des attaches (Beccaria et coll., 2021; Gwynne et Lincoln, 2017; Hogenbirk et coll., 2022; Holloway et coll., 2020; MacQueen et coll., 2018; O'Sullivan et Worley, 2020; Obamiro et coll., 2020). Les soutiens professionnels et culturels, nés de l'affinité avec les pairs et les mentors, par exemple, favorisent également le maintien des effectifs (Gwynne et Lincoln, 2017). En particulier, le fait d'établir des relations avec la communauté autochtone/locale peut contribuer à la longévité et au maintien en poste des professionnels de la santé sans origines rurales.

Si la rémunération ne se traduit pas forcément, à elle seule, par un meilleur maintien des effectifs, les incitations financières pourraient en revanche s'inscrire dans une stratégie complète, plus large, capable d'améliorer l'attractivité professionnelle du milieu rural (Esu et coll., 2021; Kumar et Clancy, 2021; Russell et coll., 2021).

Au lieu de viser uniquement le gain financier, on observe une efficacité supérieure des stratégies qui s'efforcent d'améliorer la qualité de vie des professionnels de la santé en les aidant à nouer des liens communautaires, en accompagnant leurs conjoints et en favorisant l'équilibre entre travail et vie privée (Esu et coll., 2021; Kumar et Clancy, 2021).

À titre d'exemple, plusieurs rapports soulignent que la décision d'exercer dans les régions rurales et éloignées est en grande partie influencée par la situation familiale des professionnels (p. ex., éducation des enfants, possibilités d'emploi des conjoints) (Holloway et coll., 2020; Kumar et Clancy, 2021; Obamiro et coll., 2020). Par conséquent, il est essentiel de prendre en compte les besoins de la famille dans son ensemble, en plus de ceux du professionnel lui-même, lors de la conception des interventions destinées à favoriser le maintien des effectifs dans les collectivités rurales et éloignées. Le gouvernement du Canada (2021c) a déjà mis en place une Initiative d'emploi pour les conjoints de militaires visant à offrir aux époux et aux conjoints de fait des militaires (qui changent souvent d'affectation) des possibilités d'emploi par le biais d'inventaires, de bassins de candidats et d'autres options de recrutement. Ce type de programme pourrait éventuellement s'appliquer pour l'accompagnement des partenaires de vie des professionnels de la santé qui s'installent dans des collectivités rurales ou éloignées.

En Australie, les programmes à composantes multiples font partie des stratégies recommandées pour le maintien en poste des médecins en milieu de soins primaires (Kumar et Clancy, 2021). Ensemble, ces programmes répondent aux besoins suivants propres aux collectivités rurales et éloignées :

- dotation en personnel
- infrastructure
- rémunération
- organisation des lieux de travail

- environnement professionnel
- soutien social, familial et communautaire

Les médias ont eux aussi relayé le point de vue selon lequel les incitations financières ne suffisent pas, à elles seules, à retenir le personnel (Dubois, 2022). Par exemple, les professionnels sont également sensibles au sentiment d'appartenance communautaire, aux possibilités d'emploi de leur partenaire, ainsi qu'au climat bienveillant sur le lieu de travail et à la solidarité entre collègues.

En outre, la participation et l'établissement de relations à long terme au sein de la collectivité ressortent parmi les facteurs indispensables à l'intégration des professionnels ruraux et peuvent renforcer le soutien communautaire qu'ils reçoivent lorsqu'ils doivent s'absenter (Holloway et coll., 2020). Il vaut la peine de souligner à quel point il est difficile d'assurer la continuité des soins tout en permettant à la main-d'œuvre en milieu rural de souffler (Holloway et coll., 2020). Pour une solution pérenne, il est impératif d'adopter des stratégies efficaces de maintien des effectifs (Gwynne et Lincoln, 2017) et de discuter d'un calcul rationnel des besoins de dotation en personnel. Ce point est abordé au chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs.

Si la littérature souligne l'importance d'accorder du temps aux professionnels de la santé pour qu'ils participent à la vie communautaire à titre privé (Beccaria et coll., 2021), il n'est pas évident d'évaluer la durée nécessaire.

Les participants au processus de consultation ont proposé la création de réseaux de soins¹⁰ afin de mieux coordonner les ressources et le personnel dans le secteur de la santé, en citant l'exemple du Rural Coordination Centre of British Columbia (Health Research Institute, 2023) qui pourrait, selon eux, être reproduit par les provinces, les associations professionnelles et les universités.

3.1.3 Créer des modèles de soins plus réactifs, plus souples et mieux adaptés au contexte

En raison des particularités de la prestation des soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées, il est hautement nécessaire de créer des modèles de soins plus réactifs, plus souples et mieux adaptés au contexte, notamment par le biais d'investissements propices à une prise en charge interdisciplinaire en équipe qui permette aux professionnels d'adapter leur champ d'exercice (voir le chapitre 6 : Déploiement et prestation des services pour plus de détails) et leurs compétences pour mieux répondre aux besoins de la collectivité, et grâce au déploiement à grande échelle des soins virtuels en collaboration avec les praticiens et les collectivités.

¹⁰ Les réseaux de soins désignent des centres assurant la prestation de services interconnectés au sein d'établissements et entre différents établissements d'une région afin de pallier le manque de services essentiels et de garantir aux patients la continuité des soins (Carmone et coll., 2020).

3.1.3.1 Élargir les rôles pour améliorer l'exhaustivité et l'efficacité des modèles de soins

Les données probantes indiquent que les professionnels sont motivés à l'idée de pouvoir travailler au maximum de leur champ d'exercice : ce facteur peut donc les inciter à rester en milieu rural (MacQueen et coll., 2018; Yang et coll., 2021). Par exemple, aux États-Unis, le nombre d'infirmières praticiennes en milieu rural est plus élevé dans les États où elles ont le pouvoir d'exercer pleinement leurs fonctions, comparativement à ceux où les réglementations restreignent leur rôle (Yang et coll., 2021). L'élargissement des champs d'exercice peut également contribuer à mieux satisfaire les besoins de la collectivité en matière de gestion des soins primaires et des services de santé (O'Sullivan et Worley, 2020). D'après une étude australienne, la création de postes d'assistant a permis de diminuer le volume de travail de certains professionnels de la santé d'environ 17 % (Somerville et coll., 2015). Dans ce contexte, les « assistants paramédicaux » désignaient les membres du personnel de soutien exécutant des tâches déléguées par un « professionnel paramédical »¹¹, sous la supervision de ce dernier, afin d'offrir des services de santé.

Il est également possible d'assouplir et d'adapter le champ d'exercice des médecins de famille ruraux en fonction de la taille, des caractéristiques démographiques et des besoins socioéconomiques de la population (Schubert et coll., 2018). À titre d'exemple, un modèle axé sur la formation en médecine généraliste et les soins en milieu rural est en cours de mise au point à l'étranger pour apporter une réponse intégrée aux difficultés de prestation des soins dans les régions rurales et éloignées (Schubert et coll., 2018).

Les modèles de soins en équipe constituent une approche innovante face aux défis singuliers à relever dans les collectivités rurales et éloignées (Abelsen et coll., 2020). Compte tenu de l'accès limité aux spécialistes, l'adoption d'une stratégie collégiale est recommandée par divers organismes, dont Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien (2017) et la province de la Nouvelle-Écosse (2022). Ce type de modèle permet aux professionnels de la santé de participer activement aux réseaux de soins au sein et en dehors de leurs collectivités, et d'élargir ainsi leur champ d'exercice. Au Canada, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (2019) a mis en place des modèles de soins primaires en équipe faisant intervenir des préposés aux soins, du personnel infirmier, des pharmaciens, des médecins, des physiothérapeutes, etc. Nous présenterons davantage de données probantes sur les modèles de soins en équipe au chapitre 6 : Déploiement et prestation des services. Le plan d'action pour les professions de la santé en milieu rural de l'Alberta (s. d.) inclut un programme d'incitation financière (Financial Incentive for Rural Staff Training Program) permettant aux équipes pluridisciplinaires de concevoir des séances de formation collaborative en l'absence de financement existant pour ce type d'initiative.

¹¹ Dans le cadre de cette étude, le terme « professionnels paramédicaux » couvrait un éventail de métiers de la santé (à l'exclusion de la médecine et des soins infirmiers), notamment : l'audiologie, la psychologie, le travail social, la physiothérapie, l'ergothérapie, la diététique et la physiologie de l'exercice.

Les participants au processus de consultation ont également fait remarquer qu'une plus grande souplesse des modèles de dotation en personnel sous-tendant l'optimisation des champs d'exercice permettrait la fourniture de soins plus complets en un nombre de consultations inférieur. L'accès à une équipe intégrée de professionnels de la santé pourrait réduire le nombre de trajets aériens que doit réaliser un patient venu d'une collectivité isolée. Les participants ont également suggéré d'attribuer de nouveaux rôles au personnel paraprofessionnel et de perfectionner les compétences du personnel de soutien en poste dans les collectivités rurales et éloignées afin de renforcer leur intégration au sein des modèles de soins en équipe. À titre d'exemple, le programme OMTTP (Ophthalmic Medical Technologist Training Program) des Territoires du Nord-Ouest forme depuis longtemps des étudiants au métier de technologue médical en ophtalmologie afin de pallier le manque de services dans les régions rurales et éloignées (Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, s. d.).

3.1.3.2 Tenir compte des limites de la connectivité numérique dans le cadre de la prestation de soins virtuels

Les soins virtuels¹², dont la vidéoconférence et la télésurveillance, peuvent contribuer à améliorer l'accès aux services de réadaptation et de santé mentale, entre autres (Davies et coll., 2020; Eze et coll., 2020) pour les patients vivant dans des zones rurales et éloignées, tout en leur offrant une prise en charge de qualité (O'Sullivan et Worley, 2020). Ainsi, les divers programmes et plateformes de soins virtuels mis en place en ophtalmologie ont permis d'améliorer la prestation des services dans ce type de collectivité, notamment en Alberta (Conway et coll., 2021). Conway et coll. (2021) ont pris pour référence le programme de téléglaucome de l'Alberta dans le cadre duquel des spécialistes réalisent un examen virtuel à distance des patients présentant une suspicion de glaucome. Ce programme a non seulement amélioré l'accès aux soins, mais s'est aussi traduit par une prestation de services plus efficace en réduisant de 48 % les consultations au cabinet des spécialistes des maladies rétiniennes.

Les soins virtuels offrent également un moyen de relier les zones rurales à des hôpitaux de référence au moyen d'équipes mobiles qui se rendent en camionnette dans les collectivités accessibles par la route et desservies par des professionnels de la santé exerçant en individuel (Conway et coll., 2021; Goncalves-Bradley et coll., 2020).

Les technologies virtuelles permettent de renforcer l'interconnexion entre les professionnels exerçant dans des zones rurales/éloignées et leurs confrères, y compris parmi les spécialistes (Goncalves-Bradley et coll., 2020).

L'intégration réussie des soins virtuels en remplacement ou en complément des consultations sur site repose sur divers catalyseurs essentiels tenant compte des défis de connectivité

¹² Les soins virtuels désignent le recours aux technologies de la santé numérique à l'appui de la prise en charge des patients et s'avèrent une ressource propice à la prestation efficace des services de santé (Borycki et Kushniruk, 2022). Voir le chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs pour en savoir plus.

inhérents aux collectivités rurales et éloignées (Aghdam et coll., 2021; Davies et coll., 2020; Eze et coll., 2020; Goncalves-Bradley et coll., 2020; O'Sullivan et Worley, 2020). Citons notamment :

- l'accès à Internet haute vitesse et la couverture réseau
- les infrastructures de soutien permettant de résoudre les problèmes de bande passante
- l'appui d'un champion local pour doter les membres de la communauté des compétences numériques requises afin d'éviter l'isolement accru des patients vivant dans des régions rurales et éloignées
- l'assistance technologique et l'aide à la gestion du changement au sein des organisations adoptant les soins virtuels

Une discussion plus nuancée des facteurs propices et des obstacles à l'intégration de la télémédecine et des soins virtuels est proposée au chapitre 6 : Déploiement et prestation des services.

Au départ, une certaine méfiance peut se manifester en raison de préoccupations relatives à la littératie numérique et à la qualité des soins virtuels, le temps que les usagers et les professionnels de la santé s'habituent aux plateformes et aux programmes connexes (Davies et coll., 2020). Les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux ont constaté le potentiel de cette solution pour améliorer les échanges entre le personnel en milieu rural/ éloigné et les patients et ont convenu qu'il valait la peine d'explorer plus avant la promotion d'une collaboration entre différents groupes de professionnels de la santé et d'une coordination entre sites. Dans le Yukon, une approche de soins virtuels exploitant les technologies Cloud DX à des fins de surveillance cardiovasculaire des patients porteurs d'endoprothèses a permis aux professionnels de la santé d'amener leur expertise au cœur des régions les plus reculées du territoire (Cloud DX Inc., 2022).

Depuis 2011, le projet CPRPM (Community Paramedicine Remote Patient Monitoring) en Ontario offre une prise en charge aux patients rencontrant des besoins importants dans les régions périphériques du sud de la province (équipe Santé Ontario des lacs Kawartha, 2021), et assure notamment une télésurveillance après la sortie de l'hôpital avec suivi par des ambulanciers communautaires. Ce programme a permis de diminuer les transports au service des urgences de 31 % (Brohman et coll., 2018).

Les participants ont par ailleurs souligné que les soins virtuels sont susceptibles d'améliorer la continuité de la prise en charge par les professionnels de la santé itinérants qui interviennent dans des collectivités éloignées (visites en personne une fois par mois, puis suivi à distance le reste du temps par le biais des soins virtuels).

3.1.4 Favoriser la mobilité des professionnels de la santé pour pallier le manque de services

Les politiques et pratiques propices à la mobilité des professionnels de la santé ayant une aptitude et une formation spécifiques leur permettant d'exercer dans des régions rurales et éloignées peuvent contribuer à pallier le manque de services, à mettre en place de précieux services de suppléance¹³, à apporter un soutien en cas de crise en milieu rural et à prodiguer des soins virtuels interprovinciaux, au besoin (Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien, 2017). Par exemple, le Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord permet de voir au remplacement des médecins spécialistes – selon les besoins temporaires et les postes vacants – de manière à favoriser le recrutement et le maintien en poste de spécialistes dans les localités du Nord désignées (gouvernement de l'Ontario, 2020). Si ces stratégies peuvent servir de point de départ à l'extension des programmes vers d'autres professionnels de la santé, elles n'offrent pas une solution de remplacement adaptée à toutes les spécialités, telles que la protection de la maternité pour laquelle la continuité des soins s'avère particulièrement importante. En cas de mise en œuvre de programmes de suppléance, il est indispensable de prêter attention au sentiment d'appartenance organisationnelle pour garantir le maintien en poste et la bienveillance des relations professionnelles (Beccaria et coll., 2021; Obamiro et coll., 2020).

3.1.4.1 Explorer les gains de souplesse possibles et les pistes d'innovation pour améliorer l'accès aux soins

Compte tenu du nombre restreint de praticiens, parmi différents groupes de professionnels de la santé, enclins ou aptes à travailler dans les collectivités rurales et éloignées et de la difficulté d'accès aux services de suppléance, il peut s'avérer utile d'améliorer la mobilité des suppléants dans diverses disciplines pour favoriser le maintien des effectifs installés en milieu rural. Accroître la mobilité au sein des provinces et territoires est une solution qui a déjà fait ses preuves. Au Manitoba, par exemple, Ongomiizwin Health Services est un organisme interprofessionnel de prestation de services de santé au sein duquel les praticiens (médecins, assistants médicaux, etc.) travaillent à temps partiel et interviennent à la fois dans des régions éloignées et en milieu urbain (Rady Faculty of Health Sciences, 2023). D'après la direction du programme, la souplesse de cette approche a permis d'allonger considérablement la durée de maintien en poste. Le personnel infirmier relevant d'Ongomiizwin Health Services a également manifesté un intérêt croissant pour ce modèle. La mise en place de soutiens officiels à l'appui de tels modèles (en matière de transport et d'hébergement, entre autres) permet aux professionnels de la santé de gagner en mobilité et de se rendre notamment dans des régions éloignées.

Les participants au processus de consultation ont suggéré d'évaluer la faisabilité des soutiens structurels propices à la création d'un organisme pancanadien axé sur le déploiement et la

¹³ Les services de suppléance désignent l'affectation temporaire d'un professionnel de la santé en remplacement d'un collègue exerçant le même métier (Locums for Rural BC, 2022).

mobilité du personnel en milieu rural. À leurs yeux, un tel organisme, doté d'une « image de marque », d'une identité et d'une culture propres (à l'instar de la Croix-Rouge ou de Médecins sans frontières) pourrait favoriser le maintien en poste d'une main-d'œuvre pluridisciplinaire qualifiée et mobile. L'intérêt de ce mode d'exercice a des chances de se confirmer dans les années à venir, en particulier lorsqu'un afflux rapide et soudain de travailleurs est nécessaire. Les participants au processus de consultation ont jugé qu'il serait bénéfique pour un grand nombre de collectivités d'avoir accès à une équipe dédiée aux situations de crise en présence de circonstances exceptionnelles mettant les systèmes locaux à rude épreuve (p. ex., incendies, inondations, flambée de COVID-19). Les disciplines représentées au sein de ces équipes d'intervention pourraient varier en fonction des besoins de la zone géographique concernée. Ainsi, dans certaines régions d'Australie principalement axées sur l'agriculture ou l'élevage, des vétérinaires et des techniciens seraient susceptibles d'accompagner d'autres professionnels de la santé (Fairles et coll., 2020; Stanley-Clarke 2019).

3.1.4.2 Accroître la mobilité de la main-d'œuvre en levant les obstacles juridiques

Comme nous l'avons évoqué au chapitre 1 : Introduction, les professionnels de la santé doivent être titulaires d'un permis d'exercice et être inscrits dans une province ou un territoire en particulier pour prodiguer des soins (Leslie et coll., 2022).

Permis d'exercice : autorisation d'exercer un métier donné au sein d'une province ou d'un territoire, dont il faut être titulaire pour s'inscrire auprès d'un organisme de réglementation (Leslie et coll., 2022).

Inscription : processus de validation des critères d'admissibilité stipulés par l'organisme de réglementation d'une profession (dont la détention d'un permis d'exercice) afin d'obtenir le droit légal d'exercer au sein d'une province ou d'un territoire (Leslie et coll., 2022).

Professionnels de la santé réglementés : professionnels placés sous la supervision d'ordres de réglementation des professions de la santé, qui veillent à ce que leurs membres fournissent des services sûrs, professionnels et éthiques en établissant des normes d'exercice de la profession visée et en enquêtant sur les violations (gouvernement de l'Ontario, 2018).

Le fait d'autoriser la seule prise en charge des patients au sein de la province ou du territoire où les professionnels de la santé réglementés sont inscrits limite la circulation de la main-d'œuvre entre les provinces et territoires (Leslie et coll., 2022). Ces restrictions entravent également la prestation des soins virtuels et peuvent ainsi empêcher les

praticiens de pallier un manque de services hors de leur région d'inscription (Leslie et coll., 2022; Vogel, 2020).

La mobilité accrue des professionnels entre les provinces et territoires a été évoquée par plusieurs associations et syndicats de médecins et d'infirmiers (Association médicale canadienne, 2022; Ben Ahmed et Bourgeault, 2022). Selon le rapport de l'Association médicale canadienne (non évalué par un comité de lecture), une plus grande mobilité favoriserait en outre l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et contribuerait à augmenter les taux de maintien en poste. L'Australie a d'ailleurs mis en œuvre avec succès une telle stratégie. En outre, le rapport susmentionné indique que 90 % des 6 700 médecins canadiens interrogés étaient favorables à un système de permis d'exercice les autorisant à travailler dans l'ensemble des provinces et territoires (Association médicale canadienne, 2022).

Le gouvernement de l'Ontario (2023) a annoncé dernièrement la prochaine reconnaissance des titres de compétences des professionnels de la santé inscrits dans d'autres provinces et territoires du Canada de façon qu'ils puissent commencer à exercer en Ontario dès leur arrivée, sans inscription préalable auprès de l'ordre de réglementation compétent. Le registre des médecins du Canada atlantique annoncé récemment a été créé pour accroître la mobilité au sein de la région et pourrait être élargi à d'autres métiers de la santé (Société Radio-Canada, 2023). Les participants au processus de consultation ont exprimé leur soutien marqué en faveur d'un permis d'exercice pancanadien, soulignant qu'il pourrait constituer un objectif à long terme pour les professionnels de la santé formés tant sur le territoire national qu'à l'étranger.

Les données probantes relatives à la mobilité de la main-d'œuvre au Canada se sont avérées limitées, et nous avons constaté l'absence de débat au sujet d'un permis d'exercice national ou interprovincial à titre de mesure de facilitation. L'on peut également déplorer qu'aucune donnée probante ne mette en évidence les nuances entre un permis d'exercice national mobile (applicable de manière générale à toute intervention) et un permis de suppléance national (permettant d'assurer des services de relève dans d'autres collectivités en cas de besoin).

Les participants au processus de consultation et la littérature scientifique (MacQueen et coll., 2018; O'Sullivan et Worley, 2020) ont mis au jour les trois rôles cruciaux que le personnel itinérant détenteur d'un permis d'exercice national pourrait jouer, à savoir :

- assurer une prestation de services intermittente dans les collectivités trop petites pour proposer des services quotidiens ou spécialisés
- permettre à la main-d'œuvre permanente exerçant dans des zones rurales et éloignées de s'absenter le temps nécessaire pour partir en vacances et pour prendre des congés familiaux, de maladie ou de formation professionnelle continue
- pourvoir temporairement les postes vacants lorsque la main-d'œuvre locale s'en va

3.1.4.3 Améliorer les logements et d'autres infrastructures

La pénurie de logements et le manque d'infrastructures ont des répercussions sur le nombre de professionnels de la santé itinérants susceptibles d'être accueillis simultanément dans les régions rurales et éloignées.

Pour résoudre cette problématique, il est nécessaire que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux œuvrent aux côtés des collectivités concernées afin de prévoir des processus tenant compte des infrastructures requises pour assurer la prestation des services de santé, y compris dans le but de loger les professionnels de la santé.

À titre d'exemple, le programme de suppléance des médecins ruraux (Rural Physician Locum Program) de l'Alberta Medical Association (2023) met gratuitement des logements avec services complets à la disposition des étudiants en médecine et des résidents pendant leurs stages en milieu rural. De l'avis des participants au processus de consultation, beaucoup de professionnels de la santé itinérants comme permanents souhaitent également bénéficier d'un accès à Internet haute vitesse à des fins professionnelles, mais aussi pour échanger avec leur famille et leurs amis en dehors des heures de travail. Or, ces services ne sont pas forcément disponibles dans les zones les plus reculées ou le logement fourni.

LES POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES EN ACTION :

Laksh a grandi dans un centre urbain et suivi des études supérieures en physiothérapie dans une autre grande métropole. Durant son apprentissage, il a pu effectuer une partie de sa formation clinique dans une région rurale. Malgré son mode de vie citadin, il s'est pris de passion pour le ski, la randonnée et d'autres activités de plein air. Après plusieurs années d'exercice en ville dans une clinique de physiothérapie (où il a principalement traité des lésions orthopédiques simples), Laksh a postulé dans une zone rurale de la province. Une personne-ressource de l'hôpital l'a aidé à trouver un logement subventionné par l'autorité de la santé afin d'accueillir les professionnels de la santé nouvellement installés. En apprenant que

la conjointe de Laksh était travailleuse sociale, la personne-ressource de l'hôpital a également joué les intermédiaires pour l'aider dans sa recherche d'emploi sur place. À son arrivée, Laksh a rencontré un autre jeune professionnel de la santé nouveau venu dans la région, avec lequel il s'est noué d'amitié et qu'il retrouve une fois par semaine au centre communautaire local. Laksh et sa conjointe ont bénéficié d'une visite gratuite des attractions touristiques de la région et de forfaits de ski à demi-tarif dans la station locale. Outre ces avantages financiers et les relations communautaires qu'il a tissées, Laksh a désormais la chance de prendre en charge un vaste éventail de patients dans les différents services de l'hôpital.

3.2 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Le présent chapitre visait à cerner les stratégies permettant de répondre aux problématiques de dotation en personnel de la santé rencontrées par les collectivités rurales et éloignées insuffisamment desservies. Il est tout d'abord préconisé de consolider les filières d'enseignement et de recruter des étudiants issus des collectivités rurales et éloignées et des communautés autochtones ou qui se montrent enclins à exercer dans ces milieux. En outre, il est important d'offrir des occasions d'apprentissage (distribué et fondé sur la pratique, entre autres) positives dans les collectivités rurales et éloignées. Le maintien en poste des professionnels de la santé y exerçant peut être renforcé au moyen d'initiatives collectives pluridimensionnelles telles que l'offre d'incitations financières (et d'autre nature), de mesures de soutien adaptées et de possibilités de mentorat, ainsi que l'aide à la participation communautaire des praticiens et de leur famille. À la lumière des données probantes, l'intégration de modèles de soins en équipe et d'approches de soins virtuels permettrait également d'améliorer la prise en charge des patients dans ces régions, même s'il faut garder à l'esprit les limites inhérentes à l'accès à Internet haute vitesse et à la connectivité numérique. Lorsqu'il s'avère difficile ou inefficace de maintenir en poste des professionnels de la santé à temps plein, les stratégies favorisant la mobilité de la main-d'œuvre peuvent offrir une solution pour pallier le manque de services. Dans cette optique, il faut alors envisager de lever les obstacles entravant l'exercice au sein et au-delà des frontières provinciales et territoriales et d'améliorer la disponibilité à court terme des logements et des infrastructures.

CHAPITRE 4 :

POPULATIONS SYSTÉMATIQUEMENT DÉFAVORISÉES



Politiques et pratiques principales

- ➔ Accroître la diversité et la représentativité aux postes de formation et de direction grâce à une approche ciblée d'inscription, de recrutement, de maintien en poste et de soutien.
- ➔ Aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à s'insérer dans la vie active en leur offrant des soutiens pluridimensionnels avant même leur arrivée, et jusqu'à la délivrance du permis d'exercice et l'obtention d'un emploi.
- ➔ Favoriser des milieux de travail sûrs, justes et exempts de racisme, afin de doter le secteur de la santé d'une main-d'œuvre saine, robuste et diversifiée.
- ➔ Permettre aux professionnels de la santé d'assurer la prestation de soins adaptés aux spécificités culturelles et linguistiques grâce à des programmes d'études et de formation, ainsi qu'à des outils et ressources spécifiques, étayés par des changements de politiques et de procédures.
- ➔ Intensifier la collecte et l'analyse de données afin d'évaluer l'efficacité des méthodes d'amélioration de la qualité des initiatives de diversité, de lutte contre le racisme et de sécurité culturelle.

4.0 CONTEXTE

Le présent chapitre commence par évoquer les lacunes dans la prestation de soins équitables, adaptés aux spécificités culturelles et exempts de discrimination, avant d'expliquer comment une main-d'œuvre diversifiée et plus représentative serait en mesure de mieux répondre aux besoins en matière de santé d'une population canadienne en mutation. Nous décrivons ensuite les données, les outils et les ressources nécessaires pour que les effectifs de santé reflètent la diversité raciale, culturelle, d'âge et de genre de notre société et permettent ainsi une meilleure prise en charge des groupes historiquement mal desservis. Nous proposons également des stratégies éclairées par les données probantes en vue d'accélérer l'intégration des

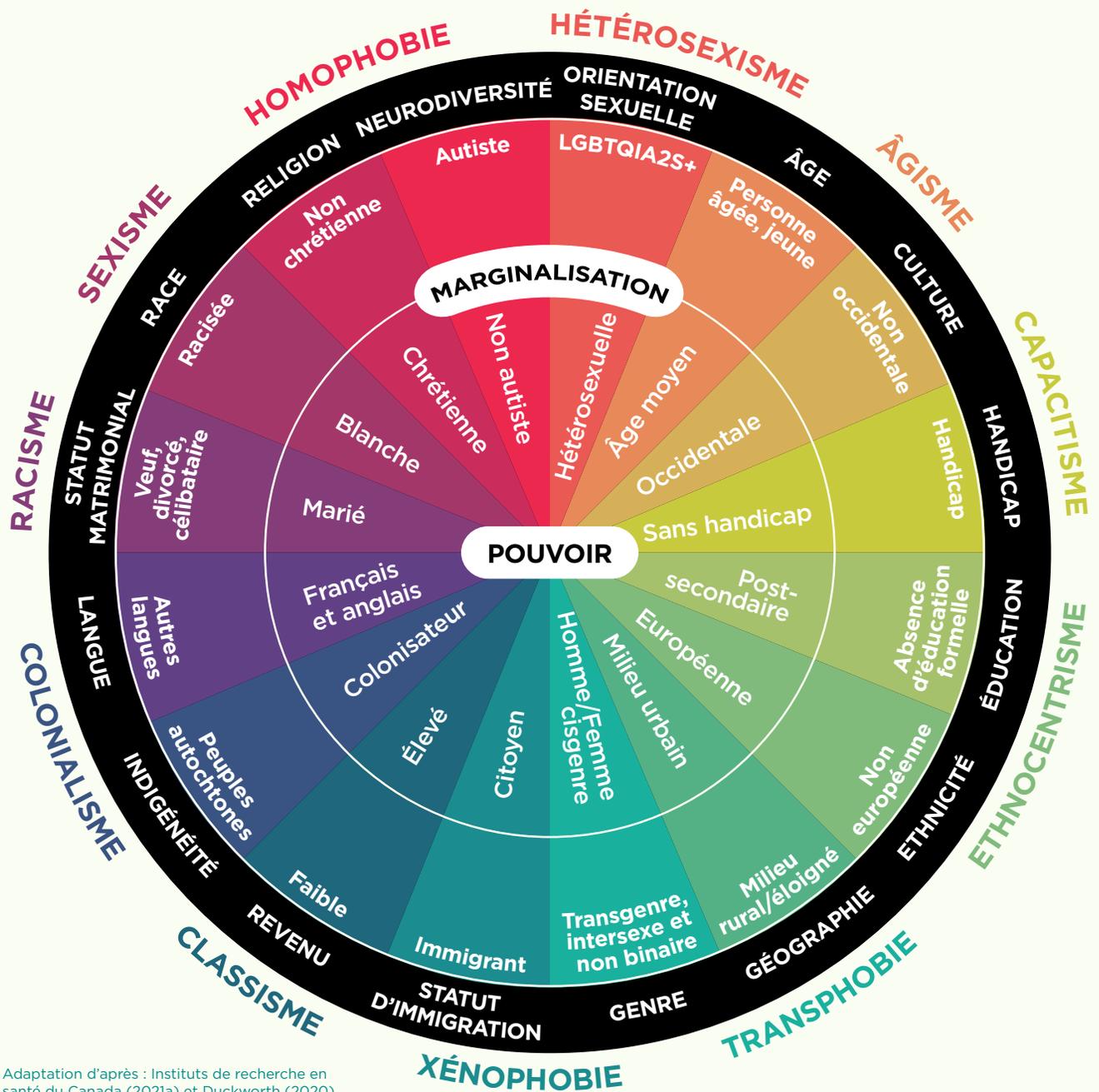
professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) au sein des milieux de soins canadiens. Enfin, nous analysons les outils et les ressources participant à la résolution des problèmes systémiques de racisme et de discrimination qui nuisent à la santé mentale et au bien-être de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Les populations systématiquement défavorisées désignent les groupes rencontrant d'importantes entraves à leur participation dans différents domaines de la vie sociale, principalement en raison de politiques et de pratiques qui entraînent une inégalité d'accès, de traitement et de résultat (Cooper Brathwaite et coll., 2022). Cette marginalisation naît des obstacles historiques et contemporains de nature comportementale, sociale, économique, juridique, patriarcale et environnementale auxquels se heurtent différentes populations au regard de motifs protégés par la *Charte canadienne des droits et libertés* (1982) tels que l'âge, la race, l'origine ethnique, la langue, la religion, le statut d'immigration, l'incapacité, le statut socioéconomique, le genre, la nationalité, l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Or, les préjudices systémiques sont contraires aux principes de justice sociale, en vertu desquels les chances, les ressources et les privilèges doivent faire l'objet d'une répartition équitable au sein d'une société (World Day of Social Justice, 2022). Les droits de la personne sont étroitement liés à la notion de justice sociale pour tous, dont le but ultime est de promouvoir l'équité (Organisation panaméricaine de la Santé, 2019).

La discrimination systémique transparait dans les textes législatifs, les politiques et les processus, ce qui nuit à l'égalité d'accès aux systèmes d'éducation, de santé, d'aide sociale, etc. Le décalage ainsi créé se traduit par un avantage ou un accès facilité aux biens, aux services et aux possibilités pour les personnes privilégiées. L'entrecroisement fréquent des identités (personne queer en situation de handicap, par exemple) engendre par ailleurs des formes d'oppression multiples (Hassen et coll., 2021). Outre le genre, les facteurs intersectionnels de race, de classe sociale, d'âge et de statut professionnel, entre autres, contribuent également à produire des gradients d'autorité et de privilège (Aspinall et coll., 2022). Ces exemples soulignent l'importance d'adopter des points de vue critiques sur les dynamiques de pouvoir au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. La roue du privilège (figure 14) illustre la manière dont différentes facettes de l'identité d'une personne peuvent s'entrecroiser et faire pencher la balance en sa faveur (au centre de la roue) ou en sa défaveur (à l'extérieur de la roue).

Figure 14. La roue du privilège.



Les professionnels de la santé comme les patients peuvent être victimes de discrimination et subir un préjudice systémique au sein des systèmes de santé. Les parties ci-dessous s'intéressent aux expériences de ces deux groupes, en commençant par les professionnels de la santé.

4.0.1 Discrimination et obstacles structurels rencontrés par les professionnels de la santé

Un vaste corpus de recherche documente d'ores et déjà les expériences de racisme et de discrimination systémique vécues par les professionnels de la santé en milieu de travail. D'après un examen incluant une étude canadienne, les membres du personnel infirmier peuvent être la cible de discrimination et de racisme de la part des patients, des collègues et des établissements qui les emploient (Schilgen et coll., 2017; Vaismoradi et coll., 2022). Au Canada et aux États-Unis, les professionnels de la santé d'origine asiatique ont fait état d'une augmentation considérable des microagressions, des actes de discrimination et des menaces de violence pendant la pandémie de COVID-19 (Shang et coll., 2021). Les professionnels de la santé formés à l'étranger et les infirmiers issus de minorités ethniques ont également déclaré subir du racisme et de la discrimination de la part des patients et des collègues de travail (Nourpanah, 2019). Dans le cadre d'un sondage mené récemment auprès de médecins noirs en Ontario, plus de 70 % des répondants avaient vécu des expériences négatives fondées sur leur race (Mpalirwa et coll., 2020).

La discrimination et le racisme peuvent prendre diverses formes : stéréotypes en vertu desquels le personnel racisé n'est bon qu'à assurer le nettoyage et l'entretien ou à jouer le rôle de préposé aux bénéficiaires, compétences remises en question par les patients, etc.

La discrimination par les pairs et les supérieurs se manifeste par l'exclusion de la victime ou par la limitation des possibilités qui lui sont offertes, par l'absence de soutiens et de mentors, et par le manque de reconnaissance pour le travail accompli comparativement à ses homologues. Selon une enquête non évaluée par un comité de lecture auprès du personnel infirmier noir en Ontario, plus de 88 % des répondants ont déjà été victimes de racisme ou de discrimination (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2022).

Les femmes racisées¹⁴ exerçant les fonctions de médecin souffrent davantage de discrimination que les hommes racisés ou que les femmes blanches au sein de la profession (Filut et coll., 2020). Les expériences de discrimination et de racisme entraînent les répercussions suivantes (Agence de la santé publique du Canada, 2020; Filut et coll., 2020; McKenzie, 2003; Vaismoradi et coll., 2022) :

- stress émotionnel
- problèmes de santé mentale
- souffrance psychologique
- anxiété et dépression
- mauvais état de santé physique

¹⁴ Le terme « personne de couleur » employé par les auteurs désigne les membres des communautés « asiatiques, noires ou afro-américaines, hispaniques ou latino-américaines, amérindiennes ou autochtones d'Alaska ».

Les microagressions à caractère sexiste et racial ou ethnique contribuent à l'épuisement professionnel des travailleurs de la santé (Sudol et coll., 2021). En outre, les victimes de discrimination peuvent se sentir contraintes d'accepter des tâches associées à la diversité (« taxe sur les minorités ») en plus de leur charge de travail, avec pour conséquence : isolement, fatigue, souffrance, invisibilité et rotation élevée du personnel (Filut et coll., 2020; Schilgen et coll., 2017).

La discrimination inclut le racisme, mais recouvre une notion plus vaste. Bien que maigre, la recherche sur l'expérience des professionnels de la santé LGBTQIA2S+ indique qu'ils sont parfois victimes de harcèlement et de discrimination de la part des confrères et des patients (Eliason et coll., 2017). Un examen récent incluant des études canadiennes a mis en lumière la prévalence de la discrimination au travail fondée sur la capacité physique (capacitisme) dans des groupes de professionnels de la santé, ce qui contribue à dissuader les personnes en situation de handicap de suivre des études ou des formations ou d'aller au terme de leur parcours (Lindsay et coll., 2022). Selon les auteurs, le capacitisme est également corrélé à la dépression et aux mauvais résultats de santé chez les praticiens en situation de handicap, et peut se manifester par l'inaccessibilité des environnements, la présence d'obstacles physiques ou le manque de soutien en milieu de travail.

Les adultes d'âge mûr et les jeunes adultes peuvent quant à eux subir un préjudice professionnel, car la discrimination fondée sur l'âge réduit leur engagement envers leur communauté et leur employeur (Organisation mondiale de la Santé, 2021b). Si, à l'échelle mondiale, les femmes sont plus nombreuses aujourd'hui qu'en 2000 à occuper des postes bien rémunérés dans le secteur de la santé, elles sont en revanche moins susceptibles que les hommes d'exercer à temps plein et elles perçoivent un salaire nettement inférieur (écart d'environ 11 %; Organisation mondiale de la Santé, 2019a).

Les personnes issues de communautés systématiquement défavorisées font davantage l'objet de violence et de harcèlement au travail comparativement au reste de la population canadienne (Berlingieri et coll., 2022). Souvent non signalés, les actes d'hostilité, de harcèlement, d'intimidation et de violence dans les milieux de soins se fondent à la fois sur le genre et sur la race. Les nombreuses formes de violence en milieu de travail sont abordées au chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs.

Les professionnels de la santé formés à l'étranger rencontrent des obstacles structurels singuliers entravant leur insertion sur le marché du travail canadien. En effet, ils sont nombreux à déclarer que les compétences acquises dans leur pays d'origine sont souvent sous-évaluées par leurs confrères formés au Canada, et que leur expérience professionnelle antérieure n'est pas reconnue au niveau institutionnel à l'heure d'attribuer les promotions ou de fixer les salaires (Balante et coll., 2021). Ainsi, certains ont le sentiment que cela dévalorise leur statut de professionnel de la santé (Bond et coll., 2020). Par exemple, si le personnel infirmier migrant subit parfois les contraintes d'un manque de temps et de soutien pour s'adapter à la

culture locale, les auteurs de l'examen en question (Schilgen et coll., 2017) ont conclu que la discrimination était la cause principale des problèmes de santé observés chez les infirmiers migrants ou issus d'une minorité.

4.0.2 Lacunes dans la prestation de soins impartiaux et adaptés aux spécificités culturelles

Les populations racisées font état de pratiques discriminatoires, par exemple : inégalité d'accès à la santé, absence d'examen médical en bonne et due forme, mise en situation d'infériorité et dénigrement, et symptômes ignorés (Mahabir et coll., 2021). Comme décrit au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones, la recherche canadienne met en évidence la façon dont le racisme, la discrimination et les stéréotypes à l'égard des populations autochtones limitent leur accès aux soins médicaux et nuisent à leur santé (Kitching et coll., 2020; Nelson et Wilson, 2018). Dans l'incapacité d'obtenir des services en raison du manque de connaissances des professionnels de la santé concernant leurs besoins, les personnes transgenres au Canada sont également victimes de discrimination et de non-respect de la vie privée, et craignent de voir leur identité révélée au risque de subir des menaces de violence de la part de la collectivité (Brooker et Loshak, 2020). Par ailleurs, Chang et coll. (2020) ont constaté une corrélation majeure entre âgisme, mauvais résultats de santé et refus d'accès aux services de santé. Les personnes neurodiverses sont également confrontées à la discrimination. D'après les constatations d'une récente évaluation menée par l'Académie canadienne des sciences de la santé (2022), les personnes autistes peinent à recevoir des soins de la part des professionnels de la santé spécialistes de l'autisme alors qu'elles présentent un plus grand nombre de conditions concomitantes que leurs pairs.

Par ailleurs, les auteurs de Moissac et Bowen (2018) ont documenté les effets des barrières linguistiques sur l'expérience en matière de santé des patients issus de la minorité francophone résidant hors du Québec. La plupart des répondants francophones se sont accordés à dire que les barrières linguistiques avaient contribué à la qualité médiocre des soins prodigués : erreur de diagnostic, retard de traitement et incompréhension totale de leur état (de Moissac et Bowen, 2018). En outre, la majeure partie des participants (71 %) a déploré la disponibilité limitée de services d'interprétation. De même, lors d'une étude récente portant sur les réfugiés syriens au Canada, les participants ont jugé que l'absence de services d'interprétation compétents, fournis en temps voulu, constituait un problème majeur entravant leur accès et leur recours aux services de santé (Guruge et coll., 2018).

D'après les données probantes, certaines issues médicales ont plus de chances d'être favorables si les patients et les praticiens partagent le même bagage culturel (Gahagan et Subirana-Malaret, 2018; Greenwood et coll., 2018; 2020; Mahase, 2020). Or, aucune collecte de données normalisée à l'échelle des populations n'est menée de manière systématique pour évaluer la diversité culturelle, linguistique ou ethnique de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Il s'avère donc difficile de mesurer la proportion totale de professionnels

représentatifs des populations systématiquement défavorisées au sein des effectifs de santé du Canada. Toutefois, selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2022b), les professionnels de la santé formés à l'étranger forment un pan important de cette main-d'œuvre : ils représentent notamment un quart, voire un tiers des médecins, des physiothérapeutes et des pharmaciens, entre autres groupes professionnels. Entre 2000 et 2015, les communautés afro-américaines, latino-américaines et amérindiennes/autochtones de l'Alaska constituaient 31 % de la population des États-Unis, mais seulement 12 % des médecins en exercice à l'échelle nationale (Kelly-Blake et coll., 2018). Par ailleurs, au Canada, moins de 5 % des professionnels de la santé se déclarent en situation de handicap, soit l'un des plus faibles taux de représentation de la population active ayant une incapacité (Lindsay et coll., 2022).

4.1 POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES

Les politiques et pratiques stratégiques principales ci-dessous, présentées en début de chapitre, contribuent à résoudre les problématiques rencontrées par les professionnels de la santé et les patients systématiquement défavorisés.

4.1.1 Accroître la diversité et la représentativité des apprenants et des dirigeants

Accroître la diversité et la représentativité des professionnels de la santé, en particulier aux postes de direction et parmi les éducateurs et les stagiaires, est un moyen de lutter contre le racisme et la discrimination qui entraînent la sous-représentation des personnes issues de groupes défavorisés dans l'ensemble du système de santé, laquelle renforce à son tour l'exclusion aux plus hauts échelons (Karani et coll., 2017).

La littérature scientifique suggère qu'une main-d'œuvre diversifiée dans le secteur de la santé dynamise les milieux d'apprentissage et améliore donc la prestation des services de santé requis auprès des populations insuffisamment desservies (Kelly-Blake et coll., 2018). La recherche indique en outre que les professionnels de la santé originaires de communautés défavorisées sont plus susceptibles de se mettre au service de ces dernières (Xierali et Nivet, 2018). Toutefois, les initiatives de recrutement ne peuvent pas leur imposer de prendre en charge ces populations en particulier, car cela constitue en soi une forme de discrimination (Kelly-Blake et coll., 2018).

Si la plupart des données probantes relatives aux stagiaires et aux dirigeants concernent les médecins, les démarches visant à accroître la diversité et la représentativité valent également pour d'autres groupes de professionnels de la santé.

4.1.1.1 Assurer un accès plus équitable pour les stagiaires systématiquement défavorisés

Les programmes de formation médicale s'appuyant sur la notation de tests, à l'instar du MCAT (Medical College Admission Test), peuvent conduire à l'exclusion disproportionnée des candidats issus de communautés sous-représentées (Ware et coll., 2021). C'est notamment

le cas pour l'entrée en école de médecine (p. ex., en raison du biais inhérent au MCAT) et pour l'obtention d'une résidence (en raison du biais des évaluations de stage clinique ou des examens de délivrance des permis d'exercice dans le domaine médical aux États-Unis; Ware et coll., 2021). En outre, l'endettement des apprenants occasionné par les frais de stage clinique et de demande de résidence limite le nombre d'étudiants issus de communautés sous-représentées qui se portent candidats dans certaines spécialités médicales exigeant une résidence (Ware et coll., 2021). Diverses initiatives sont menées pour éliminer ces obstacles. Citons l'exemple de QuARMS (Queen's University's Accelerated Route to Medical School, Faculty of Health Sciences, s. d.) qui permet aux étudiants du secondaire issus des communautés noires et autochtones satisfaisant aux exigences scolaires de suivre un programme de premier cycle enrichi, sur deux ans. Ensuite, s'ils sont intéressés, ils peuvent bénéficier d'une admission directe en école de médecine, sans notation au MCAT.

À la lumière des données probantes issues de la recherche, accroître la représentation des minorités nécessite de (Kelly-Blake et coll., 2018; Ware et coll., 2021) :

- créer des filières pour attirer et préparer les étudiants à un stade précoce de leur parcours d'éducation
- prévoir des lois sur l'équité en matière d'emploi¹⁵ propices à la diversification de la main-d'œuvre, afin de gommer les disparités en matière de santé dans les collectivités insuffisamment desservies
- privilégier l'évaluation qualitative et holistique des candidats dans les politiques d'admission, et non la seule note obtenue aux tests
- dispenser une formation sur les préjugés implicites, notamment au moyen d'interventions utilisant le test d'associations implicites pour la sélection des membres d'un comité

Les programmes d'équité en matière d'emploi sont jugés efficaces pour attirer et maintenir en poste une main-d'œuvre diversifiée (Kelly-Blake et coll., 2018; Koea et coll., 2020). S'ils favorisent la diversification des étudiants inscrits aux programmes médicaux de premier cycle, peu de données probantes permettent de confirmer leur réussite dans le cadre des études de cycle supérieur (Koea et coll., 2020). Les programmes d'équité en matière d'emploi sont surtout efficaces lorsqu'ils s'accompagnent d'une préparation, d'un soutien et d'un mentorat dès la formation initiale, et jusqu'à l'entrée dans la vie active et à l'accession aux postes de direction (Aseffa et coll., 2021; Koea et coll., 2020). En Ontario, par exemple, les expériences vécues par les étudiants en maïeutique s'identifiant comme membres des communautés noires, autochtones ou de couleur pointent la nécessité d'accroître la représentativité raciale, culturelle et religieuse (Aseffa et coll., 2021), faisant en cela écho aux constatations d'autres régions quant aux avantages d'une diversité accrue pour lutter contre le racisme.

¹⁵ L'« équité en matière d'emploi » est le terme privilégié dans le contexte canadien (*Loi sur l'équité en matière d'emploi*, 1995) et revêt la même signification que le terme « action positive » employé dans les analyses documentaires.

De l'avis des participants au processus de consultation, les politiques d'inscription des universités devraient favoriser la diversité en matière d'origine ethnique/raciale, de genre, d'orientation sexuelle, de revenu, de capacité physique et de langue. Pour ce faire, l'Université de Toronto a lancé en 2017 le Black Student Application Program (Université de Toronto, MD Program, 2023a), lequel a permis, d'après les médias, d'observer une augmentation régulière du nombre d'étudiants noirs inscrits en médecine (Collie, 2021).

Outre les associations de professionnels de la santé autochtones dont il est question au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones, d'autres organisations ont été mises sur pied pour soutenir les étudiants et les professionnels de la santé racisés. Citons notamment la Canadian Black Nurses Alliance (2022) et Black Physicians of Canada (2022). Les outils et soutiens suivants sont notamment mis à disposition par leur biais :

- bourses octroyées aux étudiants souhaitant exercer un métier de la santé
- mentorat proposé aux professionnels de la santé en exercice
- possibilités de développement du leadership
- ressources en faveur du bien-être mental

Les participants au processus de consultation ont également appuyé diverses approches visant à lever les obstacles à la participation des étudiants systématiquement défavorisés, par exemple : passerelles dédiées, soutien par les pairs, mentorat et exonération de remboursement des prêts. Le soutien communautaire offert au titre du MD Program de l'Université de Toronto (2023b) s'inscrit dans le cadre d'une initiative de collaboration continue destinée à venir en aide aux étudiants en école de médecine qui sont issus des communautés autochtones, noires, philippines ou défavorisées sur le plan économique ou qui s'autodéclarent en situation de handicap.

4.1.1.2 Accroître la diversité aux postes de direction dans le secteur de la santé en réglant les problèmes d'équité

Il existe une multitude de postes de direction (de nature clinique ou non) au sein des organisations, administrations publiques et universités relevant du secteur de la santé.

Accroître la diversité et la représentativité des effectifs de santé, en particulier aux postes de direction en question, s'avère une stratégie de premier plan dans la lutte contre le racisme et la discrimination systémiques.

Et pourtant, la diversité de genre ou de race, entre autres, reste limitée au sein des équipes de haute direction dans le secteur de la santé (Bourgeault et coll., 2018).

Accroître la diversité de genre aux postes de direction dans le secteur de la santé

Pendant de nombreuses années, la représentation des femmes est restée inférieure à celle des hommes aux postes de direction dans le secteur de la santé (Glauser, 2018; Yang, Rhee et coll., 2019). D'après certains examens, les femmes sont fréquemment exclues des

fonctions de direction, de prise de décision et d'orientation stratégique (Ayaz et coll., 2021; Bucknor et coll., 2018; Glauser, 2018). À l'inverse, une étude récente menée auprès de quelque 3 000 dirigeants de la santé au Canada a constaté une parité entre les genres dans les grands hôpitaux du pays et au sein de tous les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux (Sergeant et coll., 2022). Toutefois, cela n'est pas forcément synonyme d'équité entre les genres, en particulier dans les milieux des soins où la majorité de la main-d'œuvre est féminine.

Ailleurs, les travaux de recherche canadiens mettent au jour une inégalité salariale entre les genres en médecine, sans que cela se justifie par un nombre inférieur d'heures de travail ou un moindre rendement des femmes. Selon les auteurs, ces écarts sont liés aux préjugés systémiques à l'œuvre dans les écoles de médecine, les entretiens d'embauche, les processus de promotion, les ententes de prise en charge clinique, les barèmes des frais et d'autres structures sociétales (Cohen et Kiran, 2020). En outre, les femmes exerçant le rôle de médecin rencontrent d'importants obstacles en lien avec l'équilibre entre vie professionnelle et familiale, les horaires et environnements de travail, la discrimination et les préjugés fondés sur le genre (el Arnaout et coll., 2019; Organisation mondiale de la Santé, 2022b; Tricco et coll., 2021). Pendant la pandémie de COVID-19, par exemple, les professionnelles de la santé ont peiné à assumer leurs fonctions de direction, d'administration ou de recherche en parallèle de leurs responsabilités accrues d'aidantes naturelles (Morgan et coll., 2022). Autant de facteurs souvent omis dans la planification de la main-d'œuvre, comme nous le verrons au chapitre 7 : Planification et développement. Ces constatations soulignent la nécessité de prendre en compte les normes sociales et l'équité entre les genres à l'heure d'élaborer des politiques et des stratégies en la matière (Ayaz et coll., 2021).

L'Organisation mondiale de la Santé (2021c) invite les autorités de tous niveaux à prendre des mesures pour renforcer l'équité entre les genres aux postes de direction dans le secteur de la santé. D'après ses recommandations, les gouvernements doivent créer les bases juridiques de l'égalité des genres, à savoir :

- garantir un salaire égal à travail égal
- améliorer la transparence, en rendant obligatoire la publication des écarts de salaire entre les femmes et les hommes
- instaurer des politiques en faveur des familles, comme le congé parental et la flexibilité du travail
- promulguer des lois contre la violence et le harcèlement sexuel au travail

Il est par ailleurs préconisé de prendre d'importantes mesures d'examen des systèmes et de la culture du lieu de travail, telles que la nomination de défenseurs de l'égalité clairement identifiés dont l'action sera évaluée, l'instauration d'objectifs permettant d'atteindre la parité entre les genres, ainsi que le suivi et la publication d'autres indicateurs clés (Organisation mondiale de la Santé, 2021c). Les employeurs peuvent aider les femmes à réussir grâce au développement de réseaux formels et informels promouvant le leadership des femmes et grâce à la mise en place de mécanismes de soutien par les pairs et d'un système de mentorat des femmes (Organisation mondiale de la Santé, 2021c, 2022b; Tricco et coll., 2021).

Accroître la diversité raciale aux postes de direction dans le secteur de la santé

Malgré certaines percées sur le plan de la diversité de genre, le secteur de la santé continue d'accuser un retard quant à la diversité raciale des équipes de direction. Par exemple, d'après un examen récent, les personnes racisées restent sous-représentées parmi les cadres supérieurs en milieu hospitalier et les dirigeants provinciaux et territoriaux, l'écart de représentation allant de 7 % à 28 % par rapport à la population racisée dans les provinces à l'étude (Sergeant et coll., 2022). En outre, une analyse de la diversité aux postes de direction dans le secteur de la santé ontarien n'a recensé que 16 % de personnes racisées parmi les hauts dirigeants (Sinha et coll., 2013). Les auteurs ont par ailleurs constaté que plus de 40 % des régies régionales de la santé et des organismes communautaires ne comptaient aucun membre racisé au sein de leur équipe de haute direction. L'on peut également déplorer un manque de diversité aux postes de direction universitaires au Canada, même si les métiers de la santé ne sont pas les seuls concernés. À titre d'exemple, près de 99 % des professeurs d'université sont d'origine non autochtone (Diversity Gap Canada, 2019). Ces analyses auraient le mérite d'être consolidées en recueillant des données normalisées fondées sur la race à l'échelle de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (voir le chapitre 7 : Planification et développement).

Pour combler les écarts observés, il est indispensable de faire évoluer les normes sociales et les stéréotypes en favorisant l'inclusion et en menant un débat essentiel sur ces problématiques dans les programmes d'études en santé. Parmi les mesures possibles, citons les campagnes ciblées pour attirer les groupes sous-représentés et pour lutter contre les préjugés (conscients et inconscients) et les stéréotypes (Organisation mondiale de la Santé, 2021c). Les participants au processus de consultation ont souligné l'importance de voir les valeurs d'équité, de diversité et d'inclusion se refléter dans la composition des comités de direction et de sélection et au sein des groupes qu'ils supervisent. Ils ont également jugé nécessaire de recueillir davantage de données fondées sur le genre et la race concernant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

4.1.2 Aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à s'insérer

Les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) constituent une ressource précieuse et sous-utilisée au Canada. Selon un rapport publié récemment par Statistique Canada, les nouveaux arrivants qualifiés sont sous-utilisés dans le secteur de la santé. En effet, 47 % des immigrants ayant fait des études en santé à l'étranger ne travaillent pas ou occupent un emploi dans une profession non liée à la santé qui ne nécessite pas plus qu'un diplôme d'études secondaires (Hou et Schimmele, 2020).

Le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2010b), signé par le Canada, dissuade le recrutement actif dans les pays en proie à une grave pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, et préconise la création de politiques permettant de mieux favoriser l'insertion professionnelle des PSFE résidant déjà sur le territoire.

4.1.2.1 Simplifier l'insertion en optimisant les processus d'inscription et de délivrance des permis d'exercice

Les processus d'inscription et de délivrance des permis d'exercice présentent de multiples obstacles à l'intégration rapide des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) au sein des effectifs du secteur (Covell et coll., 2016; Davda et coll., 2018; Eklund et Bailit, 2017; Kalu et coll., 2019; Safari et coll., 2022) : manque d'uniformité des exigences et mise à disposition de ressources limitées (Safari et coll., 2022), non-reconnaissance des enseignements suivis à l'étranger et absence de formation relais (Davda et coll., 2018; Safari et coll., 2022), et mise en place peu systématique des programmes de stage préalables à l'inscription (Kalu et coll., 2019), ce qui s'avère source de stress et de frustration pour ces professionnels.

Les problématiques liées au permis d'exercice et à l'inscription sont aggravées par la difficulté pour les PSFE d'obtenir des renseignements fiables avant leur arrivée, les organismes de recrutement ne rendant parfois pas compte des réelles exigences (études et compétences) que les immigrants doivent satisfaire pour exercer dans le secteur de la santé (Safari et coll., 2022). Cette pratique peut engendrer des attentes irréalistes auxquelles s'ajoutent des niveaux de soutien organisationnel très variables sur place (Bond et coll., 2020). À ce propos, un examen canadien a laissé entendre que les PSFE ne sont pas toujours en mesure d'exercer dès leur arrivée au Canada en raison d'un manque d'information ou d'accès aux examens en amont ou d'une mauvaise interprétation du système de points d'appréciation, qui semble constituer une évaluation de leur capacité à s'inscrire et à exercer immédiatement dans le pays (Covell et coll., 2016).

Face à ces problématiques, il existe de nombreux moyens d'améliorer la transparence, l'équité, la rapidité et les coûts associés à la reconnaissance des permis d'exercice et à la formation relais des PSFE. Les chercheurs ont notamment suggéré d'accroître le niveau de soutien institutionnel pour les nouveaux arrivants, de concevoir des systèmes équitables de reconnaissance des études et formations suivies à l'étranger et d'instaurer des règles claires, assorties des ressources nécessaires, pour la validation des qualifications et expertises antérieures (Bond et coll., 2020; Davda et coll., 2018; Safari et coll., 2022).

En 2022, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario a travaillé en partenariat avec Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada afin d'inclure les PSFE dans son Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants. Ce centre de ressources régionales en ligne leur donne accès à des services de navigateur, des programmes de formation, de transition et d'apprentissage, des communautés de pratique et des trousseaux d'aide à l'installation. Par ailleurs, le Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers subventionne actuellement des projets visant à éliminer les obstacles qui entravent la reconnaissance des titres de compétences étrangers, l'acquisition d'une expérience de travail au Canada et la mobilité de la main-d'œuvre (Emploi et Développement social Canada, 2022a).

Divers organismes régionaux ou groupes de professionnels ont mis en place des soutiens ponctuels favorisant l'insertion des PSFE. À titre d'exemple, le programme PASS (Pre-Arrival

Supports and Services) propose 100 heures de formation virtuelle sur l'accès au marché du travail que les infirmiers formés à l'étranger peuvent suivre avant leur arrivée au Canada (Centre for Internationally Educated Nurses, 2019). Par ailleurs, l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse ont conclu un partenariat pour mener un programme de transition/retour du personnel infirmier autorisé (gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, 2023) et œuvrent pour l'élargir aux centres universitaires et pour nouer une collaboration avec le Nouveau-Brunswick afin de consolider la filière. Au Manitoba, le Projet de personnel infirmier formé à l'étranger assuré par le Red River College offre des possibilités de mentorat pour aider les infirmiers à satisfaire aux critères d'évaluation des compétences linguistiques (gouvernement du Manitoba, 2021). Le projet de portail TLM (MLT Gateway Canada Project) accompagne les titulaires d'un grade en sciences et les technologues de laboratoire médical formés à l'étranger afin de soutenir leur entrée sur le marché du travail (Alliance canadienne des organismes de réglementation des professionnels de laboratoire médical, 2023). Il est envisageable de créer davantage de programmes de ce type et de les ouvrir à d'autres groupes de professionnels de la santé.

De l'avis des participants au processus de consultation, il semble prometteur d'assurer rapidement le financement pérenne de programmes de transition mis à la disposition des PSFE dès leur arrivée, de créer un guichet pancanadien unique pour les demandes de permis d'exercice et d'instaurer à l'échelle pancanadienne, pour chaque groupe de professionnels de la santé, une approche harmonisée respectant le bilinguisme officiel. Les participants au processus de consultation ont également suggéré de dématérialiser le processus de délivrance des permis d'exercice pour tenter d'améliorer l'insertion des PSFE.

4.1.2.2 Faciliter l'intégration culturelle à l'aide de soutiens linguistiques et culturels

Les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) peuvent tirer parti de programmes de soutien favorisant leur intégration au sein d'une nouvelle culture et d'un nouveau système de soins. Or, les questions linguistiques et culturelles sont susceptibles de compromettre grandement leur insertion (Aseffa et coll., 2021; McKitterick et coll., 2021; Safari et coll., 2022), sachant qu'il est parfois difficile d'interpréter la communication verbale et non verbale propre à une culture étrangère (Balante et coll., 2021; Kalu et coll., 2019). Ainsi, les PSFE se sentent en marge dans leur nouveau pays (au travail et en général) en raison des difficultés de communication et des différences culturelles auxquelles ils se heurtent (Balante et coll., 2021; Covell et coll., 2016; Kalu et coll., 2019; Safari et coll., 2022). Les problèmes d'isolement sont aggravés par la discrimination et la déqualification (Balante et coll., 2021; Bond et coll., 2020; Davda et coll., 2018).

Parmi les pratiques prometteuses visant à lever les barrières linguistiques, citons la transition d'un apprentissage purement linguistique à un apprentissage plus général sur le plan culturel et linguistique qui débute à l'arrivée sur le territoire (Kalu et coll., 2019; Safari et coll., 2022), la mise en place d'un soutien linguistique officiel continu offert par l'employeur (Bond et coll., 2020; McKitterick et coll., 2021) et le soutien informel de collègues et de mentors permettant l'acquisition des compétences culturelles et linguistiques nécessaires à une intégration efficace

(Kalu et coll., 2019). Les compétences linguistiques apportées par les PSFE pourraient être exploitées dans le système de santé canadien afin de promouvoir la concordance linguistique des soins, c'est-à-dire l'emploi d'un langage commun aux professionnels de la santé et aux patients, comme nous le verrons dans la suite de ce chapitre.

Si beaucoup d'examens portaient sur l'intégration des PSFE (Balante et coll., 2021; Bond et coll., 2020; Davda et coll., 2018; Kalu et coll., 2019; McKitterick et coll., 2021; Safari et coll., 2022), ces derniers étaient presque exclusivement axés sur l'expérience des médecins et du personnel infirmier, et seulement deux s'intéressaient en premier lieu au contexte canadien (Covell et coll., 2016; Kalu et coll., 2019).

4.1.3 Favoriser des milieux de travail sûrs, justes et exempts de racisme

Pour créer des milieux de travail plus sûrs et exempts de racisme, de sexisme, d'âgisme et de toute autre forme de discrimination, il convient de mettre en œuvre des cadres de lutte contre l'oppression et de justice sociale propices à l'épanouissement d'une main-d'œuvre robuste, saine et diversifiée.

4.1.3.1 Intégrer des politiques pour lutter contre le racisme et d'autres formes de discrimination

Pour contrer les effets néfastes de la discrimination, les professionnels de la santé ont pointé l'importance de recevoir des soutiens personnels et organisationnels (Filut et coll., 2020). À défaut, certains participants à cette étude se sont dits prêts à quitter une organisation dans laquelle ils auraient été victimes de racisme et de discrimination.

Pour éliminer le racisme et la discrimination qui imprègnent les institutions et les systèmes, il conviendrait d'instaurer des politiques et des pratiques pluridimensionnelles incitant au changement à l'échelon organisationnel et individuel (Aseffa et coll., 2021; Filut et coll., 2020; Hassen et coll., 2021). À titre d'exemple, les interventions favorisant les échanges intergénérationnels au travail font reculer l'âgisme à l'égard des travailleurs d'âge mûr et peuvent également prévenir ce type de comportement chez les jeunes (Organisation mondiale de la Santé, 2021b). Hassen et coll. (2021) recommandent :

- d'employer un langage explicite de non-tolérance du racisme et de la discrimination
- d'obtenir l'approbation et l'engagement de la direction
- de dédier des fonds et des ressources à cette problématique
- d'inviter les membres des populations racisées et systématiquement défavorisées à participer à la création d'interventions et de ressources pédagogiques
- d'embaucher des animateurs issus de certains groupes racisés
- de nouer des partenariats communautaires pérennes et constructifs
- d'appliquer sur le long terme une approche à plusieurs niveaux prévoyant simultanément des interventions ciblées aux échelons systémique, organisationnel et interpersonnel

- d'élaborer des politiques et des procédures en faveur de l'équité au regard de la race et d'autres motifs de discrimination, notamment en ce qui concerne le recrutement, le maintien en poste et la promotion du personnel
- de mettre les actions obligatoires de lutte contre la discrimination (éducation et formation du personnel, entre autres) en corrélation avec les systèmes généraux de pouvoir, de hiérarchie et de dominance
- d'inclure des mécanismes permanents de supervision, d'évaluation et de responsabilisation dans les programmes, interventions et politiques en place

4.1.3.2 Lutter contre les inégalités salariales fondées sur le genre

Les inégalités salariales fondées sur le genre ont récemment attiré beaucoup d'attention, tous métiers confondus, mais particulièrement en médecine. En effet, un examen portant sur 46 études menées dans 10 pays a révélé que les médecins s'identifiant de sexe féminin percevaient un salaire nettement inférieur par rapport aux hommes, à travail similaire (Hoff et Lee, 2021). Visiblement tenace, cet écart de revenus atteignant souvent des dizaines de milliers de dollars à l'année perdurait dans toutes les spécialités médicales et dans tous les pays.

Ces constatations ont été confirmées par plusieurs travaux de recherche récemment publiés au Canada. Cohen et Kiran (2020) ont ainsi observé une inégalité salariale femmes/hommes homogène au sein des différentes spécialités médicales et entre elles, sans que cela se justifie entièrement par un nombre inférieur d'heures de travail des médecins de sexe féminin. De la même façon, Merali et coll. (2021) ont mis au jour un biais systémique concernant le paiement à l'acte des soins en Ontario, les femmes percevant là aussi des revenus inférieurs à ceux des hommes, toutes spécialités confondues.

4.1.4 Permettre la prestation de soins adaptés aux spécificités culturelles et linguistiques

Pour lever les multiples obstacles systémiques entravant l'équité de participation à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, il conviendrait d'adopter une approche stratégique complète visant à s'assurer que les professionnels de la santé prodiguent des soins exempts de discrimination et adaptés sur le plan culturel et linguistique (Commission de la santé mentale du Canada, 2016; Handtke et coll., 2019; Hassen et coll., 2021; Jongen et coll., 2018). Si l'on constate un intérêt croissant pour la recherche de solutions à ces problèmes, nous disposons d'un socle limité de données probantes sur la formation en matière de compétences culturelles permettant de lutter contre le racisme, les généralisations culturelles et les stéréotypes (Hassen et coll., 2021; Jongen et coll., 2018). Les notions de sécurité et d'humilité culturelles sont abordées au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones.

4.1.4.1 Assurer un accès équitable aux soins adaptés aux spécificités culturelles

Les points de vue des praticiens sur les questions de diversité culturelle et linguistique influent sur leurs attitudes et leurs comportements (p. ex., racisme, discrimination institutionnalisée) et entravent la prestation de soins équitables (Dune et coll., 2018).

La formation en matière de compétences culturelles constitue l'un des moyens d'assurer une prise en charge appropriée sur ce plan (Commission de la santé mentale du Canada, 2016), et doit idéalement s'inscrire dans le contexte des facteurs systémiques contribuant aux inégalités en matière de santé.

Il est indispensable d'agir aux niveaux individuel, interpersonnel, organisationnel et politique pour réussir à mettre en œuvre des soins adaptés aux spécificités culturelles (Handtke et coll., 2019; Hassen et coll., 2021).

Intégrer une formation obligatoire sur la sécurité culturelle dans les exigences de perfectionnement professionnel

Plusieurs examens soulignent la nécessité d'inclure un volet sur la sécurité culturelle dans les programmes d'études et de formation (Dune et coll., 2018; Handtke et coll., 2019; Hassen et coll., 2021; Joo et Liu, 2020; McCann et Brown, 2018; Minnican et O'Toole, 2020; Pitama et coll., 2018; Sekoni et coll., 2017; Tremblay et coll., 2020; Wilson et coll., 2022) et préconisent de consacrer davantage de temps à discuter des problèmes de santé touchant les populations systématiquement défavorisées (p. ex., communautés autochtones et noires, autres groupes racisés et personnes LGBTQIA2S+) et d'encourager le perfectionnement professionnel continu afin de cerner et de gérer les préjugés personnels.

La formation continue permet aux professionnels de se tenir à jour dans une société multiculturelle en mutation (Dune et coll., 2018) et s'avère d'autant plus importante pour ceux qui n'ont pas abordé le sujet de la compétence culturelle pendant ou depuis leurs études préparatoires (Dune et coll., 2018; McCann et Brown, 2018; Sekoni et coll., 2017). Des programmes de formation de ce type ont été proposés ou mis en œuvre pour améliorer la prestation de soins adaptés aux spécificités culturelles auprès des membres de la communauté LGBTQIA2S+ (Kirubarajan et coll., 2021; McCann et Brown, 2018; Sekoni et coll., 2017). Parmi les pratiques exemplaires, citons l'élaboration de programmes d'études continus ou intégrés qui (Kirubarajan et coll., 2021; McCann et Brown, 2018; Sekoni et coll., 2017) :

- tiennent compte des données probantes et évolutions terminologiques les plus récentes
- fournissent des explications sur la stigmatisation et la discrimination, sur la sexualité et sur les préoccupations de nature sexuelle
- présentent des techniques de communication pour aborder les problèmes de santé (sexuelle notamment) propres à la communauté LGBTQIA2S+
- traitent des inégalités en matière de santé qui la concerne

Ces stratégies peuvent s'appliquer à d'autres groupes sous-représentés et personnes racisées, et s'attaquer également aux préjugés implicites qui nuisent à la prestation des soins (Hostetter et Klein, 2018). La figure 15 synthétise les caractéristiques recommandées des programmes de formation en matière de lutte contre l'oppression.

Figure 15. Caractéristiques d'efficacité des programmes de formation en matière de lutte contre l'oppression à l'égard des populations systématiquement défavorisées. D'après une synthèse des données probantes.



- 1) Alpert et coll., 2020; Hassen et coll., 2021
- 2) Jones et coll., 2017; Sekoni et coll., 2017
- 3) Dune et coll., 2018; Hostetter et Klein, 2018
- 4) Chen et coll., 2020; Hostetter et Klein, 2018
- 5) Wilson et coll., 2022
- 6) Filmer et Herbig, 2018; Jongen et coll., 2018; Pitama et coll., 2018
- 7) Agner, 2020; Alpert et coll., 2020; Lekas et coll., 2020
- 8) Pitama et coll., 2018; Wilson et coll., 2022
- 9) Dune et coll., 2018; Handtke et coll., 2019; Hassen et coll., 2021; Joo et Liu, 2020; McCann et Brown, 2018; Minnican et O'Toole, 2020; Pitama et coll., 2018; Sekoni et coll., 2017; Tremblay et coll., 2020; Wilson et coll., 2022
- 10) Hassen et coll., 2021

Ce type de formation a pour but principal de faire évoluer les opinions des professionnels de la santé et d'aider les apprenants à analyser et à éliminer d'éventuelles formes de racisme ou d'intolérance, tout en assurant un perfectionnement continu (Dune et coll., 2018; Hassen et coll., 2021; Minnican et O'Toole, 2020) propice à un changement profond de mentalité et à une nouvelle interprétation personnelle du monde (Dune et coll., 2018; Hassen et coll., 2021; Minnican et O'Toole, 2020; Wilson et coll., 2022). Ces apprentissages permettent de mieux appréhender les effets de l'oppression systémique sur la santé des populations stigmatisées se trouvant à l'intersection de plusieurs identités, ainsi que les besoins en matière de santé propres aux populations systématiquement défavorisées.

Comme l'ont constaté Handtke et coll. (2019), une initiative de formation sur la compétence culturelle menée dans deux établissements de soins primaires aux États-Unis a conduit à une meilleure notation des comportements et des attitudes des professionnels de la santé par les patients afro-américains. Les mêmes conclusions ont été observées à la suite de l'inclusion obligatoire de volets sur la santé sexuelle et la santé des personnes LGBTQIA2S+ dans les programmes d'études de premier cycle et de cycle supérieur en médecine, en soins infirmiers et dans d'autres disciplines de santé (Sekoni et coll., 2017).

Les participants au processus de consultation étaient également d'avis que les établissements d'enseignement et les organismes de certification, d'agrément et de réglementation devaient agir collectivement pour intégrer et imposer une formation obligatoire sur la prise de conscience des préjugés et pour instaurer des normes en faveur de la sécurité culturelle. Selon eux, l'humilité culturelle constitue également un facteur important et le perfectionnement professionnel continu s'avère crucial pour permettre à tous les professionnels de la santé de cerner et de gérer leurs préjugés personnels. Enfin, les participants au processus de consultation ont pointé la nécessité de dispenser une formation plus claire et approfondie sur la diversité (p. ex., en matière de lutte contre le racisme) à tous les niveaux d'éducation, voyant là également une possibilité d'inviter des membres des populations systématiquement défavorisées à élaborer conjointement et à diriger lesdits modules de formation.

4.1.4.2 Assurer un accès équitable aux soins adaptés aux spécificités linguistiques

Au Canada, les services fédéraux doivent être accessibles dans les deux langues officielles du pays : le français et l'anglais (*Loi sur les langues officielles*, 1985). Si cette exigence législative ne s'applique pas à la prestation des services de santé par les provinces et territoires, les communautés anglophones et francophones disséminées partout dans le pays ont besoin d'une prise en charge dans l'une ou l'autre de ces langues. Or, dans de nombreuses régions du Canada, il existe un déséquilibre de répartition entre professionnels de la santé francophones et patients francophones. En Ontario, par exemple, les pharmaciens francophones sont principalement concentrés dans les régions comptant les plus faibles populations francophones (Timony et coll., 2022). Un décalage similaire a été mis au jour par une étude sur les médecins francophones en Ontario, la plupart d'entre eux étant implantés dans le sud de la province

et dans les zones urbaines, tandis que le nord de la province s'avère insuffisamment desservi au vu des nombreux patients francophones y résidant (Gauthier et coll., 2012). Lorsque les professionnels de la santé ne parlent pas la même langue que leurs patients, les deux parties peuvent rencontrer des difficultés, avec pour conséquence une augmentation du volume de travail (Squires et coll., 2019).

La concordance linguistique, c'est-à-dire la communication dans une langue parlée à la fois par le professionnel de la santé et par le patient, est une caractéristique importante de l'accès aux soins pour toutes les Canadiennes et tous les Canadiens (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). Reconnaisant le rôle essentiel de la langue dans l'identité, la culture, la spiritualité et l'autodétermination des peuples autochtones, le gouvernement du Canada a promulgué la *Loi sur les langues autochtones* (2019) qui codifie le droit d'accès aux services fédéraux dans les langues autochtones (gouvernement du Canada, 2021b). Pourtant, au Nunavut, les patients inuits ont peu de chances de recevoir des services de santé en inuktitut, la première langue parlée par la majorité d'entre eux (Webster, 2018). Comme nous l'avons vu au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones, la formation de professionnels de la santé locaux (parlant les langues de la région) est un moyen de réduire ces barrières linguistiques et d'améliorer l'accès général aux soins.

Améliorer la concordance linguistique dans l'accès aux services de santé

Bien que préférable, la concordance linguistique des soins n'est pas toujours possible. Certaines stratégies visant à résoudre les problèmes d'accès aux services de santé dans les langues officielles du Canada invitent les professionnels de la santé non francophones à (Gauthier et coll., 2015) :

- recourir aux services d'interprétation
- faire preuve de souplesse dans le dialecte adopté pour interagir avec les patients
- embaucher du personnel administratif bilingue
- remettre des brochures pédagogiques sur la santé en français et en anglais

Autres suggestions : déterminer la compétence linguistique au moment de l'embauche pour éviter les frustrations (Narayan, 2017), rédiger des documents dans la langue de prise en charge pour aider le personnel de soutien unilingue (Baretto et coll., 2021) et affecter le personnel bilingue auprès des patients parlant la même langue.

Au Canada, de plus en plus de personnes parlent une autre langue que le français ou l'anglais à la maison (13 % en 2021 contre 8 % en 1991; Statistique Canada, 2022d). Comme évoqué au chapitre 7 : Planification et développement, la collecte limitée de données normalisées sur les professionnels de la santé ne permet pas d'évaluer la diversité et la représentativité linguistiques de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Malgré l'existence de services d'interprétation en milieu de soins, la disponibilité et la qualité de ces derniers varient à l'échelle du pays (de Moissac et Bowen, 2018). Et même lorsqu'ils

sont disponibles, il peut s'avérer difficile pour les professionnels de la santé d'y avoir recours (Hsieh, 2014). L'élaboration de lignes directrices et de ressources organisationnelles en matière de compétence linguistique et d'interprétation à l'intention des professionnels de la santé peut améliorer les résultats pour les patients, sur le plan de la sécurité notamment, en l'absence de concordance linguistique (Hsieh, 2014). Les chercheurs suggèrent également aux organisations de soins de santé d'évaluer le niveau de maîtrise des praticiens dans les langues autres que l'anglais et de définir des politiques sur l'utilisation des compétences linguistiques pour la prise en charge clinique (Diamond et coll., 2019).

Les participants au processus de consultation ont souligné que la langue devait être envisagée comme un critère de sécurité et de qualité des soins et qu'il était nécessaire d'assurer la prestation de services adaptés aux spécificités linguistiques tout au long du parcours des patients. En outre, ils ont évoqué la possibilité de rehausser le niveau de maîtrise linguistique chez les professionnels de la santé en offrant un soutien supplémentaire aux étudiants qui choisissent d'exercer auprès des communautés francophones, ainsi qu'à ceux qui ne parlent pas les langues officielles du Canada. À titre d'exemple, citons le Programme pour les langues officielles en santé lancé en 2003 dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire (gouvernement du Canada, 2022c). De son côté, la Société Santé en français (2023) travaille aux côtés de réseaux de santé et d'organisations du secteur à travers le pays afin d'établir et de déployer des stratégies de gestion des talents bilingues dans l'optique de promouvoir le développement de la santé en français pour les communautés francophones et acadienne vivant en situation minoritaire au Canada.

4.1.5 Intensifier la collecte de données afin d'évaluer les initiatives en matière d'équité

Il est primordial d'intensifier la collecte et l'analyse de données pour mieux évaluer l'efficacité des approches d'amélioration de la qualité portant sur les initiatives de diversité et les programmes de formation en matière de lutte contre le racisme et de sécurité culturelle, et ainsi garantir des résultats positifs pour les patients issus de populations systématiquement défavorisées. De l'avis des chercheurs, il ne suffit pas de mettre en œuvre des initiatives en faveur de la diversité : il faut également les évaluer de manière régulière pour s'assurer qu'elles portent leurs fruits (Filmer et Herbig, 2018; Jongen et coll., 2018; Pitama et coll., 2018).

4.1.5.1 Recueillir des données exhaustives pour évaluer les résultats des initiatives en matière d'équité

Les participants au processus de consultation ont suggéré de recueillir des données fondées sur la race et le genre des professionnels de la santé (ce que font déjà certaines régies de la santé) pour permettre l'évaluation des progrès découlant des initiatives de diversité. À l'heure actuelle, les données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé compilées par l'Institut canadien d'information sur la santé (2023a) n'incluent pas la race ou l'origine ethnique au sein des groupes de professionnels de la santé. Toutefois, son nouveau fichier minimal de données

prévoit des directives visant la collecte volontaire de données fondées sur la race (Institut canadien d'information sur la santé, 2022c). À l'appui de cette démarche, il pourrait être utile de nouer un partenariat avec les organismes de délivrance des permis d'exercice et de réglementation de façon à mieux identifier les personnes appartenant à des populations systématiquement défavorisées au moyen d'autodéclarations effectuées lors du processus annuel de renouvellement.

Les participants au processus de consultation ont appelé à la création d'espaces de déclaration sécuritaires pour signaler les expériences de racisme, de discrimination et d'inégalité, et ont approuvé l'élaboration d'un plan d'action, assorti de jalons et de mesures de responsabilisation clairement définis, afin d'évaluer les politiques de diversité à la lumière de données de résultat. Ils ont également suggéré de mettre en œuvre un cadre d'évaluation et de normalisation des programmes de formation sur la lutte contre le racisme et la sécurité culturelle.

LES POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES EN ACTION :

Michelle dirige un service de soins actifs dans un hôpital urbain très fréquenté, où Cleas vient d'être embauché. Cet infirmier autorisé d'origine haïtienne est arrivé récemment au Canada. Michelle remarque peu à peu que Cleas prend en charge des cas moins complexes que les autres membres du personnel infirmier autorisé au sein de son service, et qu'il effectue des tâches habituellement confiées aux infirmiers auxiliaires autorisés ou aux préposés aux bénéficiaires. Si elle suppose d'abord que la personne responsable de l'équipe a décidé d'affecter ainsi le personnel afin d'aider Cleas à s'habituer aux processus du service et au flux des patients, elle entend ensuite cette dernière dire à une collègue : « Cleas vient d'arriver et qui sait la formation qu'il a reçue dans son pays? ». Michelle se rend alors compte que Cleas est victime de discrimination systémique de la part de la responsable de l'équipe, voire d'autres collègues. Soucieuse de remédier à la situation, elle convoque l'intéressée pour lui faire part de ses observations, puis lui demande si

un quelconque problème de rendement justifie d'attribuer systématiquement des cas et des tâches moins complexes à Cleas. La responsable de l'équipe, d'abord sur la défensive, reconnaît avoir fondé ses décisions sur des présupposés et accepte de revoir immédiatement les affectations du personnel afin d'attribuer à Cleas les mêmes responsabilités qu'aux autres infirmiers autorisés. Michelle explique à la responsable de l'équipe comment créer un milieu de travail sûr, juste et exempt de racisme, la première étape consistant à ouvrir le dialogue avec Cleas. La responsable de l'équipe rencontre donc Cleas et s'excuse d'avoir adopté un comportement discriminatoire. Elle l'invite ensuite à donner son avis quant à la manière d'accueillir au mieux les employés racisés et formés à l'étranger. Michelle veille à réserver du temps pour permettre à tous les membres de l'équipe d'assister à la formation de l'hôpital sur la discrimination en milieu de travail, et ce, avant la date butoir qu'elle a fixée. Elle assure également un suivi régulier des progrès accomplis.

4.2 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Ce chapitre a présenté des stratégies axées sur les solutions de lutte contre le racisme et la discrimination dans le secteur de la santé, que ces comportements prennent pour cible les patients ou les praticiens. Les politiques et pratiques principales énoncées préconisent d'accroître la diversité et la représentativité des apprenants et des dirigeants, d'aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à s'insérer dans la vie active, de favoriser des milieux de travail sûrs, justes et exempts de racisme, et d'assurer la prestation de soins adaptés aux spécificités culturelles et linguistiques. Les données probantes recommandent fortement de s'appuyer sur l'éducation et la formation du personnel. L'adoption combinée de stratégies pluridimensionnelles aux échelons individuel, organisationnel et systémique peut contribuer à faire reculer le racisme et la discrimination au travail dans le secteur de la santé.

SECTION B

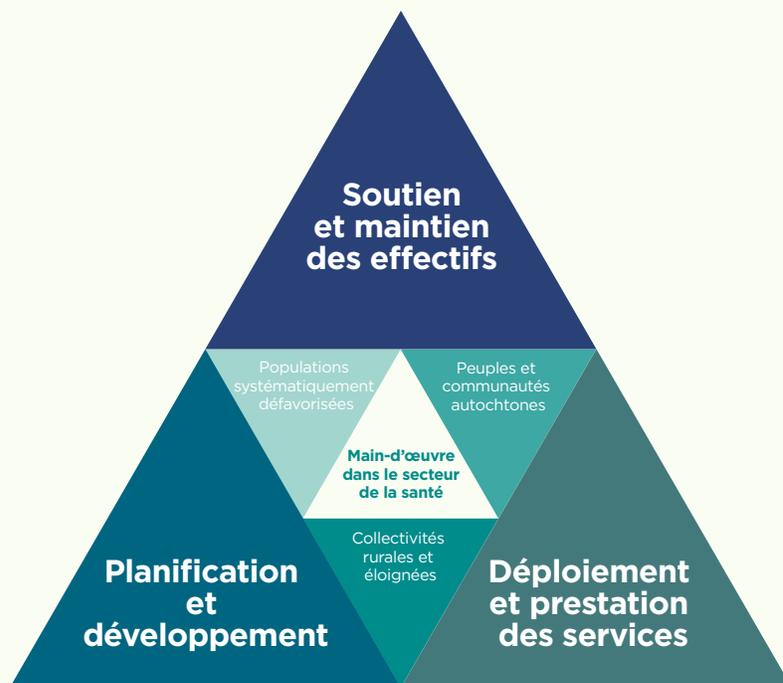
Approches thématiques spécifiques

- Chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs
- Chapitre 6 : Déploiement et prestation des services
- Chapitre 7 : Planification et développement



SECTION B

Approches thématiques spécifiques



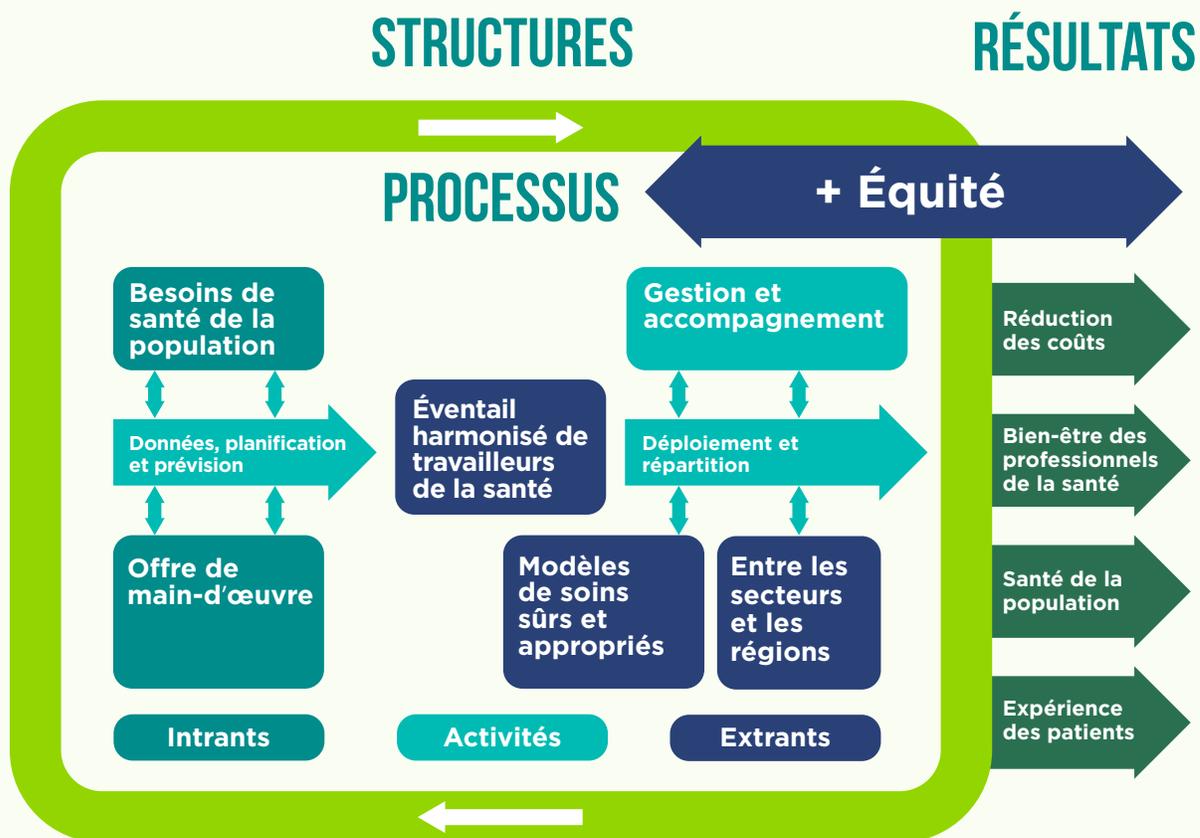
Après trois chapitres consacrés aux questions transversales fondées sur la population, les trois suivants étudieront les pistes possibles de consolidation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé à travers trois thèmes distincts, mais interconnectés : 1) soutien et maintien des effectifs, 2) déploiement et prestation des services et 3) planification et développement.

La figure 16 met en situation ces résultats au sein d'un cadre logique complet de planification et de développement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Bourgeault et Chamberland-Rowe, 2023). Ce cadre offre une modélisation complète et à jour de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé proposée par les chercheuses canadiennes Bourgeault et Chamberland-Rowe (2023) d'après les travaux antérieurs réalisés par O'Brien-Pallas et coll. (2004) et Birch et coll. (2007; 2009). L'inclusion des « cinq objectifs » connexes est révélatrice d'une approche de la planification axée sur les résultats. Les multiples composantes transactionnelles de ce modèle, qui tiennent compte de différents niveaux et facteurs systémiques, démontrent la complexité et la nature adaptative des systèmes de santé et, par voie de conséquence, de la planification de la main-d'œuvre dans ce secteur. Sans l'application de tels outils de planification et de développement, certains éléments majeurs

risquent d'être involontairement négligés. Par exemple, toute future décision de planification se fondant strictement sur les schémas d'utilisation actuels serait susceptible de perpétuer les inégalités existantes en matière d'accès aux services de santé. C'est pourquoi de tels cadres de travail peuvent s'avérer utiles pour orienter les activités de planification, de développement et d'évaluation. Nous reviendrons plus en détail sur ce cadre, ses éléments structurels et ses procédures au chapitre 7 : Planification et développement.

Compte tenu de l'urgence de la situation actuelle, nous passerons d'abord en revue les pratiques, outils, ressources et politiques capables de renforcer la santé mentale et le bien-être de la main-d'œuvre, et donc d'améliorer le maintien des effectifs. Nous décrirons ensuite les effets favorables ou défavorables que peuvent avoir diverses politiques et pratiques de déploiement et de prestation des services. Enfin, nous expliquerons comment optimiser la planification et le développement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé afin d'être en mesure de satisfaire aux besoins de santé actuels et futurs de notre société et d'éviter les crises à l'avenir.

Figure 16. Cadre intégré de planification et de développement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (modèle logique et démarche de Donabedian).



Adaptation d'après : Bourgeault et Chamberland-Rowe (2023)

CHAPITRE 5 :

SOUTIEN ET MAINTIEN DES EFFECTIFS



Politiques et pratiques principales

- ➔ Encourager et renforcer le rôle de soutien des équipes de direction.
- ➔ Créer des milieux de travail sains, sûrs, justes et équitables, dotés d'effectifs suffisants et exempts d'hostilité, de harcèlement, d'intimidation et de violence.
- ➔ Alléger le fardeau administratif des professionnels de la santé grâce à la meilleure mise en œuvre des dossiers de santé électroniques, à l'harmonisation des formulaires et au transfert des tâches non cliniques et liées à la documentation.
- ➔ Maintenir en poste les professionnels de la santé par le biais de politiques et de processus qui renforcent leur autonomie, leur assurent une meilleure reconnaissance et veillent à leur épanouissement professionnel.
- ➔ Améliorer la santé mentale et le bien-être des professionnels de la santé et renforcer leur résilience aux facteurs de stress au travail par le biais de soutiens individuels et collectifs.

5.0 CONTEXTE

Le Canada est en proie à une pénurie de main-d'œuvre sans précédent. Au premier trimestre 2022, le nombre de postes vacants a atteint un sommet historique (Statistique Canada, 2022e). Cette situation est le fruit de nombreux facteurs complexes, dont une baisse de la population en âge de travailler (The Economist Intelligence Unit Ltd., 2020). Toutefois, dans le secteur de la santé, une corrélation a également été établie entre les postes vacants, la rotation du personnel, les intentions de départ et l'absentéisme, d'une part, et l'hostilité, le harcèlement, l'intimidation et la violence au travail, ainsi que le manque de sécurité des conditions de travail, les volumes de travail excessifs, et le manque de reconnaissance et de sécurité d'emploi, d'autre part.

Au premier trimestre 2022, Statistique Canada (2022e) a recensé plus de 150 000 postes vacants – un record – dans le secteur des soins de santé et de l’aide sociale, soit une hausse de 9,5 %. En outre, beaucoup de professionnels de la santé canadiens ont exprimé leur intention de quitter leur emploi au cours des trois prochaines années, précisément : près d’une personne sur quatre chez les infirmiers, près d’une sur six chez les préposés aux bénéficiaires ou les aides-soignants, plus d’une sur huit chez les autres travailleurs de la santé et un peu plus d’une sur dix chez les médecins (Statistique Canada, 2022a). Parmi les travailleurs de la santé n’ayant pas l’intention de prendre leur retraite, les raisons pouvant les inciter à quitter leur emploi incluent le stress ou l’épuisement professionnel (63 %), les préoccupations concernant leur santé mentale et leur bien-être (53 %) et le manque de satisfaction au travail (49 %). Les professionnels de la santé ayant moins de cinq ans d’expérience étaient plus susceptibles d’envisager de quitter leur emploi (Statistique Canada, 2022a).

D’après la recherche, le moindre changement du milieu de travail peut avoir des répercussions positives en cascade sur la culture organisationnelle et les résultats (Berta et coll., 2018).

Avant d’étudier ces politiques et pratiques principales, nous fournirons des éléments de contexte sur la violence au travail dans les milieux de soins, puis nous ferons l’état des lieux de la santé mentale et du bien-être de la main-d’œuvre dans le secteur de la santé, et nous discuterons des décisions historiques et contemporaines touchant la dotation en personnel qui sont susceptibles d’influer sur les problèmes auxquels se heurtent actuellement les professionnels de la santé (p. ex., emploi instable, usure et épuisement professionnel) et les systèmes de santé au Canada (p. ex., accumulation de retards, expérience des patients, ripostes de santé publique).

5.0.1 La violence au travail dans les milieux de soins

Si la violence au travail revêt différentes définitions, ce terme désigne généralement les actes ou les menaces de violence à l’égard des employés, sur le lieu de travail ou en dehors, allant de l’hostilité aux agressions physiques, voire à l’homicide, en passant par les injures, l’intimidation et le harcèlement (Lim et coll., 2022). D’après le rapport « Violence subie par les travailleurs de la santé au Canada » (Comité permanent de la santé, 2019), la violence au travail est un problème généralisé dans les milieux de soins au Canada, dont la plupart des cas ne sont pourtant pas signalés en raison d’une culture d’acceptation. Les professionnels de la santé peuvent être pris pour cible par leurs collègues et leurs superviseurs, ou encore par les patients et les familles.

La violence au travail, la discrimination fondée sur la race ou le genre et la violence à caractère sexuel font partie des raisons incitant les professionnels de la santé à quitter leur emploi (Filut et coll., 2020; Hawkins et coll., 2019; Olsen et coll., 2020; Pariona-Cabrera et coll., 2020).

Comme nous l’avons précisé au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées, ce sont ces communautés qui sont le plus souvent visées par l’hostilité, le harcèlement, l’intimidation et la violence au travail, et ce, en lien étroit avec la discrimination et le racisme.

Les travailleurs de la santé sont quatre fois plus susceptibles de subir de la violence au travail que les travailleurs des autres professions (Comité permanent de la santé, 2019). Par ailleurs, lors d'un récent sondage en ligne (non évalué par un comité de lecture), près de 75 % des personnes exerçant dans les secteurs des soins de santé et des services sociaux au Canada ont déclaré avoir été victimes de harcèlement et de violence (Berlingieri et coll., 2022). La violence vécue au travail entraîne une détérioration de la santé mentale chez les professionnels de la santé (Jarden et coll., 2021; Velando-Soriano et coll., 2020).

5.0.2 État des lieux de la santé mentale chez les professionnels de la santé

La santé mentale des professionnels de la santé, déjà mise à rude épreuve avant la pandémie de COVID-19, n'a cessé de se détériorer depuis. Ainsi, Bourgeault et coll. (2022) classent les métiers de la santé parmi les emplois les plus stressants, comme en témoignent les taux supérieurs d'épuisement professionnel, d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique et de toxicomanie observés chez les professionnels de la santé, comparativement à la population générale. Si la pandémie de COVID-19 a accentué l'anxiété ressentie par bon nombre de Canadiennes et de Canadiens, c'est particulièrement le cas pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. D'après un sondage en ligne de Recherche en santé mentale Canada (2021), les diagnostics d'anxiété parmi les professionnels de la santé du Canada ont doublé pour atteindre 40 % pendant cette pandémie, soit un taux 17 % plus élevé qu'au sein de la population générale.

Par nature, le travail dans le secteur de la santé est exigeant sur le plan émotionnel. Lorsque viennent s'ajouter divers facteurs organisationnels tels qu'un climat exacerbé d'hostilité, de harcèlement, d'intimidation, de violence au travail et de conflit, un manque d'adéquation ou d'équité des salaires, et un volume de travail excessif, le risque d'usure de compassion et de souffrance morale augmente. Parmi les raisons expliquant la rotation du personnel infirmier en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan, une étude de cas récente a recensé : les problématiques touchant la santé mentale et le bien-être émotionnel en milieu de travail (p. ex., niveaux élevés de stress, surcharge, tension au travail), les préoccupations liées à la sécurité en raison des contraintes de dotation en personnel et de ressources, le déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée (p. ex., congés refusés) et le manque de soutien des équipes de direction (Tomblin Murphy et coll., 2022). Compte tenu de l'entrecroisement de ces facteurs, les professionnels de la santé ont 1,5 fois plus de chances d'être en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'incapacité que les personnes exerçant dans d'autres secteurs (Casselman, 2013).

L'Organisation mondiale de la Santé (2019b) a reconnu que l'épuisement professionnel constitue un risque du métier qui, à défaut d'être pris en charge, peut engendrer fatigue, cynisme et baisse d'efficacité au travail. En particulier, une corrélation a été établie entre l'épuisement professionnel et ses effets (fatigue oculaire, douleurs cervicales, inattention, stress, difficultés à gérer plusieurs tâches et fatigue extrême), d'une part, et l'adoption des dossiers de santé électroniques et d'autres technologies numériques en milieu de soins, d'autre part (Hilty et coll., 2022; Kruse et coll., 2022; Li et coll., 2022).

5.0.3 Usure, amplification des problèmes systémiques et instabilité de la main-d'œuvre

Selon un sondage préoccupant (non évalué par un comité de lecture) réalisé début 2021, 16 % du personnel infirmier autorisé est susceptible de cesser d'exercer ce rôle après la pandémie (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2021). Une enquête transversale menée en 2021 auprès de quelque 400 médecins de famille de Toronto a indiqué que 18 % des répondants prévoyaient de fermer leur cabinet au cours des cinq prochaines années (Kiran et coll., 2022). Aux départs à la retraite peut s'ajouter la transition vers d'autres spécialités médicales (Dunn, 2022).

Dans les années 1990, la plupart des administrations canadiennes chargées de la santé avaient pour objectif principal de réduire les coûts, ce qui les a généralement conduites à diminuer le nombre de professionnels de la santé à temps plein pour privilégier le recours au personnel occasionnel et à temps partiel, ainsi qu'aux agences privées et aux heures supplémentaires (Baumann et coll., 2006). Si certaines personnes préfèrent la souplesse qu'offrent le travail à temps partiel ou les missions contractuelles (Birmingham et coll., 2019; Simpson et Simpson, 2019), cette stratégie de dotation en personnel – encore en vigueur dans beaucoup d'administrations à ce jour – a eu de nombreuses répercussions sur la stabilité de la main-d'œuvre et la prise en charge des patients. Chez les préposés aux bénéficiaires prodiguant des soins à domicile, par exemple, les heures occasionnelles ainsi que le manque perçu de sécurité d'emploi s'avèrent des facteurs importants d'incitation au départ et de roulement de l'emploi (Zeytinoglu et coll., 2009). Durant la pandémie de COVID-19, beaucoup de membres du personnel des établissements de soins de longue durée se sont trouvés dans la nécessité d'occuper plusieurs emplois pour atteindre l'équivalent d'un poste à temps plein, ce qui a grandement compromis l'efficacité de la riposte de santé publique (ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 2021).

Une corrélation a également été établie entre une plus forte intention de départ chez certains professionnels de la santé et, sur le long terme, le manque d'effectifs et le retard accumulé dans la prestation des services au Canada. Dans le cadre d'un sondage auprès du personnel infirmier canadien (non évalué par un comité de lecture) réalisé en 2019, 73 % des répondants ont déclaré que leur établissement était fréquemment surchargé et 83 % ont estimé que les effectifs réguliers étaient insuffisants pour répondre aux besoins des patients (Stelnicki et coll., 2020). Plusieurs rapports ont fait d'état de fortes tensions en matière de dotation en personnel de la santé au Canada avant la pandémie (Association des hôpitaux de l'Ontario, 2022; Tomblin Murphy et coll., 2022). Et le contexte actuel a amplifié les problématiques liées à la main-d'œuvre. En effet, il faut désormais absorber le retard accumulé pendant la pandémie sur le plan des services de santé et des interventions chirurgicales (Association des hôpitaux de l'Ontario, 2022; Institut canadien d'information sur la santé, 2022d; Tomblin Murphy et coll., 2022). Les professionnels de la santé sont toujours aux prises avec la crise des opiacés, tandis que le personnel des services d'urgence et les premiers intervenants subissent la tension

induite par les taux élevés de morbidité et de mortalité (Humphreys et coll., 2022; Simha et coll., 2022).

De plus, divers rapports mettent au jour un nombre élevé d'heures supplémentaires chez divers groupes de professionnels de la santé (Association des hôpitaux de l'Ontario, 2022; Tomblin Murphy, et coll., 2022). À titre d'exemple, le nombre moyen d'heures supplémentaires travaillées du personnel infirmier au Québec est passé de six en mai 2019 à près de 17 en mai 2020 (Alami et coll., 2021). Au contraire, le travail au sein d'agences permet d'avoir des horaires plus souples et de toucher parfois une rémunération plus élevée (Birmingham et coll., 2019; Simpson et Simpson, 2019). Les participants au processus de consultation ont ajouté que le personnel infirmier des agences était épargné par diverses contraintes potentielles telles que les heures supplémentaires obligatoires, les demandes de congé refusées et les changements d'horaire de dernière minute, qui sont monnaie courante dans le secteur public.

Une dépendance accrue à l'égard du personnel des agences a également été rapportée (Association des hôpitaux de l'Ontario, 2022; Yang et Mojtehdzadeh, 2022). En 2021, l'Institut canadien d'information sur la santé (2022e) a en effet constaté une tendance à la hausse parmi les infirmiers (7 % pour les infirmiers autorisés; 8 % pour les infirmiers auxiliaires autorisés) exerçant dans certaines structures telles que les agences privées, tandis que les effectifs en milieu communautaire et au sein des établissements de soins de longue durée, entre autres, ont reculé.

Au Québec, la dépendance à l'égard des infirmiers exerçant pour des agences a notamment eu pour conséquence d'accroître la rotation du personnel, de dégrader la qualité des soins, de nuire à l'égalité des conditions de travail et des salaires, et de déstabiliser les équipes (Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2022).

Selon divers articles parus dans les médias, ce penchant pour les agences privées est onéreux. Ainsi, un grand hôpital du centre-ville de Toronto a enregistré des coûts « 550 % plus élevés » au cours du dernier exercice financier en raison du recours au personnel d'agences, soit une dépense supplémentaire de 6,7 millions de dollars canadiens comparativement aux années ayant précédé la pandémie (Yang et Mojtehdzadeh, 2022). Autre exemple : le budget consacré au personnel d'agences par Alberta Health Services a été multiplié par plus de dix (passant de moins de 400 000 dollars à 5,1 millions de dollars) au cours des sept dernières années (French, 2023). Par ailleurs, en Nouvelle-Écosse, les dépenses relatives aux travailleurs de la santé des agences ont augmenté de plus de 3 millions de dollars au cours de l'année précédente, d'après les médias (Luck, 2022). En plus d'engendrer des coûts salariaux plus élevés, les agences privées facturent d'importants frais administratifs (Association des hôpitaux de l'Ontario, 2022; Yang et Mojtehdzadeh, 2022). Les participants au processus de consultation et les représentants gouvernementaux se sont inquiétés du fait que cette pratique constituait une cause majeure d'aggravation des déficits et menaçait à elle seule la solvabilité des organisations.

5.1 POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES

Au terme d'un processus approfondi de recherche et de collaboration, la National Academy of Medicine (2022) a recensé les changements nécessaires à l'échelle du système de santé et au niveau organisationnel afin d'inverser la tendance préoccupante en matière d'épuisement professionnel chez la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Dans cette optique, il a été jugé prioritaire de créer et de maintenir des cultures et des milieux de travail et d'apprentissage positifs, et d'inscrire le bien-être parmi les valeurs institutionnelles à long terme. Le plan complet de cette initiative invite les acteurs clés à agir collectivement pour insuffler un changement politique et systémique, et peut les aider à prendre des mesures étayées par des données probantes pour améliorer le système de santé, avec évaluation et reddition de comptes à l'appui. Les politiques et pratiques stratégiques principales présentées en début de chapitre ont été établies dans cette optique, en tenant compte des problématiques majeures actuellement rencontrées par la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada.

5.1.1 Encourager et renforcer le rôle de soutien des équipes de direction

Dans les milieux de soins, les choix de la direction ont une incidence à différents niveaux et nombreuses sont les décisions (affectation des ressources, salaires, mise en œuvre des programmes, politiques organisationnelles, etc.) qui influent sur la santé mentale, le bien-être et le maintien en poste des professionnels de la santé. Ces décisions sont prises en haut lieu, dans les organisations de santé et à l'échelon gouvernemental. Toutefois, la recherche indique que les superviseurs immédiats et le personnel d'encadrement des professionnels de la santé jouent également un rôle important sur le plan de la santé mentale, du bien-être et du maintien en poste de leurs équipes, comme nous le verrons ci-après.

5.1.1.1 Renforcer le rôle des superviseurs pour résoudre efficacement les problèmes rencontrés par la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

Le soutien des superviseurs est essentiel à la santé mentale des professionnels de la santé et s'avère propice au maintien en poste (Halter, Pelone et coll., 2017; Harrison, 2019; Niinihuhta et Haggman-Laitila, 2022). Au contraire, l'absence d'un tel soutien est un facteur de difficultés émotionnelles, de dépression et d'insatisfaction au travail (Harrison, 2019). Les dirigeants donnent le ton des relations interpersonnelles et établissent des normes définissant les comportements acceptés au sein d'un service (Hawkins et coll., 2019).

D'après la recherche, la prévalence de l'intimidation et de la maltraitance entre collègues augmente lorsque ces comportements font partie intégrante du milieu de travail et que la direction n'intervient pas (Nowrouzi-Kia, Isidro et coll., 2019).

Les professionnels de la santé ont tout particulièrement besoin de soutien dans les situations extrêmement pénibles et stressantes. Pendant la pandémie, le soutien des superviseurs et des collègues a constitué un facteur de protection contre le stress post-traumatique, la dépression

et l'anxiété (d'Ettorre et coll., 2021; Rony et coll., 2022; Schneider et Weigl, 2018). Il ressort des données probantes que l'apport affectif et le soutien du personnel d'encadrement sont importants pour les professionnels de la santé victimes de discrimination raciale ou de violence au travail et peuvent atténuer les effets néfastes de ces expériences (Filut et coll., 2020; Zhang et coll., 2020). Au contraire, le manque de soutien de l'encadrement après un incident discriminatoire ou violent en milieu de travail peut plonger dans la détresse les professionnels de la santé pris pour cible, et figure parmi les causes de changement de profession ou d'employeur chez les travailleurs de la santé (Filut et coll., 2020; Zhang et coll., 2020). Pour en savoir plus sur les programmes de lutte contre la discrimination raciale, consultez le chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées.

5.1.1.2 Améliorer le bien-être des professionnels de la santé grâce au soutien des équipes de direction

Il est possible d'améliorer le bien-être des professionnels de la santé, ainsi que le maintien des effectifs et le recrutement, en instaurant et en renforçant le soutien et le leadership positif des équipes de direction dans les milieux de soins (Compton et coll., 2021; Halter, Pelone et coll., 2017; Harrison, 2019; Niinihuhta et Haggman-Laitila, 2022). La recherche fournit des indications sur les styles de leadership néfastes ou bénéfiques au bien-être et au maintien en poste des professionnels de la santé.

D'après certains travaux, un style de leadership négatif augmente le stress, nuit à la santé mentale et accentue l'épuisement professionnel et émotionnel (Abraham et coll., 2020; Albendin-Garcia et coll., 2021; Karatuna et coll., 2020; Niinihuhta et Haggman-Laitila, 2022; Sanfilippo et coll., 2017). Par exemple, le manque de considération, la maltraitance, l'autoritarisme, les attentes irréalistes et le laxisme des dirigeants qui fuient leurs responsabilités sont des styles de leadership négatif (Cummings et coll., 2018; Niinihuhta et Haggman-Laitila, 2022). Les travailleurs qui y sont soumis sont par ailleurs plus susceptibles de déclarer qu'ils envisagent de quitter l'organisation qui les emploie (Cummings et coll., 2018; Halter, Boiko et coll., 2017).

Les professionnels de la santé soutenus par une équipe de direction bienveillante, qui favorise leur autonomie, ont plus de chances d'être en bonne santé mentale et d'avoir l'intention de rester en poste (Adams et coll., 2021; Compton et coll., 2021; Halter, Boiko et coll., 2017; McCay et coll., 2018).

Plusieurs caractéristiques et compétences en leadership ont des effets bénéfiques sur le bien-être des professionnels de la santé et le maintien des effectifs. Les professionnels de la santé apprécient que les dirigeants :

- les soutiennent, les félicitent et reconnaissent les efforts accomplis (Adams et coll., 2021; McCay et coll., 2018)

- fondent la cohésion de groupe et la communication sur le respect et la confiance (Halter, Pelone et coll., 2017; Pedrosa, 2020)
- valorisent et mettent souvent en application les suggestions du personnel (Adams et coll., 2021; Compton et coll., 2021; Halter, Boiko et coll., 2017)
- mettent les procédures et ressources organisationnelles au service du perfectionnement de leurs équipes (Adams et coll., 2021; Compton et coll., 2021; Halter, Boiko et coll., 2017)

Le renforcement de l'autonomie et du contrôle, ainsi qu'une prise de décision commune, sous-tendue par la valorisation et la mise en application fréquente des suggestions du personnel, apparaissent dans de nombreuses études comme des facteurs propices au recrutement et à l'intention de rester (Adams et coll., 2021; Compton et coll., 2021; Halter, Boiko et coll., 2017).

5.1.1.3 Proposer des possibilités de formation pour préparer les futurs dirigeants de la santé

D'après les données probantes issues de la recherche, les interventions de développement du leadership peuvent avoir des retombées positives pour le personnel de la santé en poste dans l'organisation. En effet, un examen systématique a mis au jour des améliorations du bien-être pour les professionnels de la santé, sans aucun effet néfaste (Stuber et coll., 2021). Dans une autre recherche similaire, la formation au leadership s'est traduite par un soutien accru des superviseurs et une meilleure résolution collective des problèmes (Seidman et coll., 2020). Diverses données probantes montrent également que la formation des équipes de direction aux styles de leadership positif peut influencer sur l'intention de rester des professionnels de la santé (Halter, Pelone et coll., 2017). Conscients de la nécessité de réaliser davantage d'études de haute qualité, Stuber et coll. (2021) ont néanmoins recensé plusieurs caractéristiques contribuant à l'efficacité des interventions de leadership, notamment la mise en place de volets pédagogiques, réflexifs et pratiques permettant aux dirigeants d'appliquer leurs nouvelles connaissances dans l'exercice quotidien de leurs fonctions. L'adaptation au contexte et le soutien de la haute direction sont également des facteurs importants pour la réussite des programmes (Seidman et coll., 2020). Outre la formation au leadership, la planification de la relève fait partie des pratiques recommandées pour mieux préparer les professionnels de la santé à l'avenir (Hartney et coll., 2021).

Les participants au processus de consultation ont notamment suggéré d'appuyer davantage les possibilités de formation au leadership et de mentorat, et d'établir une stratégie provinciale ou nationale pour aider les dirigeants à gérer les changements. Ils ont également souligné l'importance d'inclure les professionnels de la santé dans les processus décisionnels clés afin de renforcer leur autonomie au service de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et d'encourager et de récompenser le leadership « dispositionnel »¹⁶, afin que les professionnels de

¹⁶ Fait d'endosser des rôles selon les aspects dispositionnels de la personnalité, en s'affranchissant des fonctions officielles.

la santé se sentent à l'aise pour prendre des initiatives, y compris en vue d'assumer de nouvelles tâches et responsabilités. Plusieurs initiatives de développement du leadership sont en cours au Canada. Les Territoires du Nord-Ouest, par exemple, ont mis sur pied l'Executive Leadership Development Program qui propose des possibilités de perfectionnement des compétences en leadership et des compétences de base indispensables pour occuper un poste de direction dans le secteur des services de santé et des services sociaux (Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2017). Le cadre des capacités de leadership en santé LEADS constitue un élément fondamental pour le développement du leadership en santé (Collège canadien des leaders en santé et coll., 2015).

Une approche visant à accroître la diversité aux postes de direction a été décrite au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones et au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées.

5.1.2 Créer des milieux de travail sains, sûrs, justes et équitables

La création d'un milieu de travail sain et sûr améliore le bien-être et la résilience des professionnels de la santé, et contribue donc à les attirer et à les maintenir en poste. Les parties suivantes mettent en évidence les liens de cause à effet entre volume de travail excessif et dotation insuffisante en personnel, d'une part, et augmentation du niveau de stress, prévalence élevée de l'hostilité, du harcèlement, de l'intimidation et de la violence au travail et faible taux de maintien des effectifs, d'autre part, avant d'étudier les solutions potentielles.

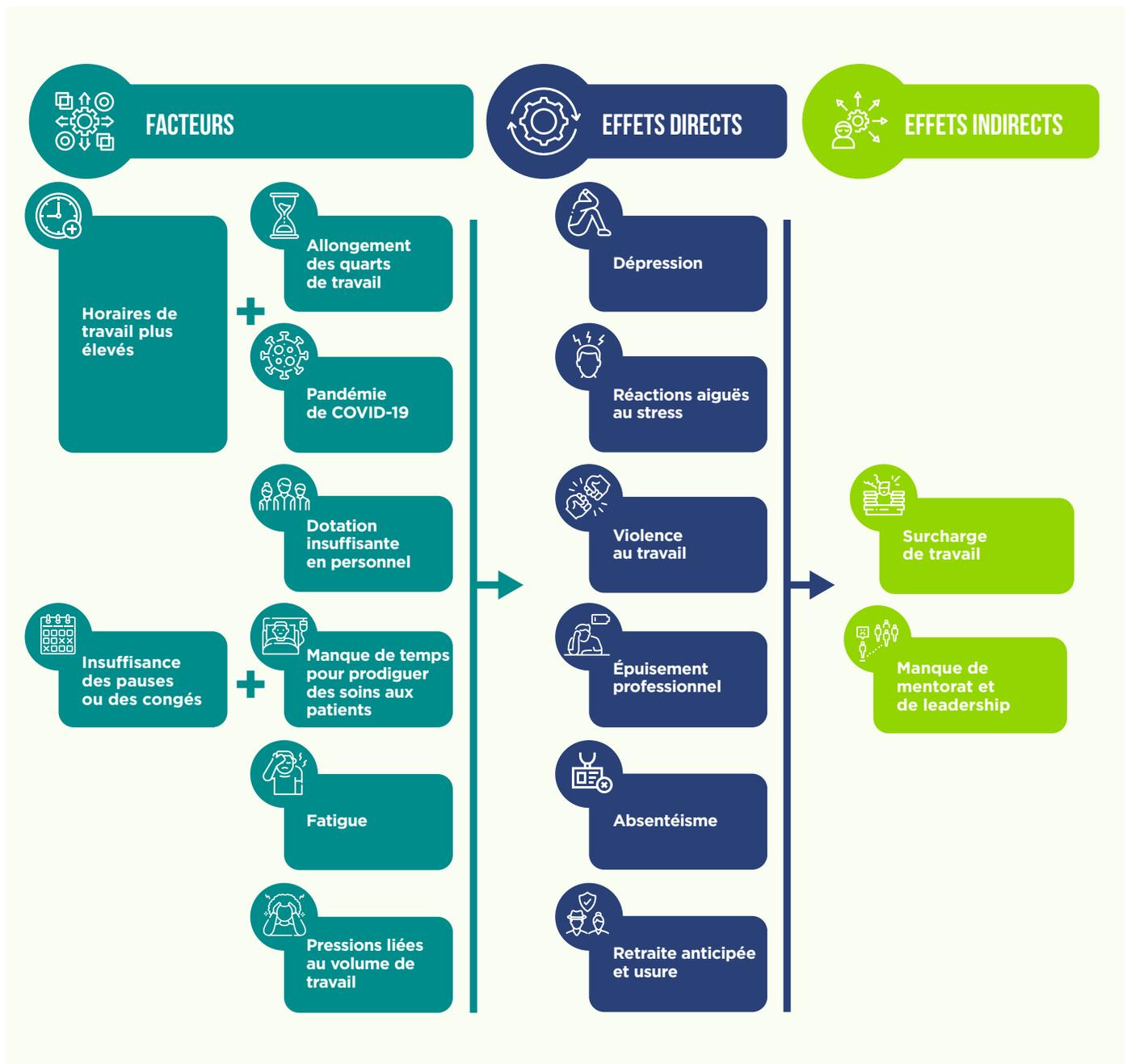
5.1.2.1 Garantir des niveaux de dotation en personnel et des volumes de travail sûrs

Plusieurs études ont documenté la corrélation entre volume de travail élevé et augmentation des niveaux de stress (Labrague et McEnroe-Petitte, 2018; Suleiman-Martos et coll., 2020) et d'épuisement professionnel (Cohen et coll., 2021; Hui et coll., 2019; O'Connor et coll., 2018), et ce, chez divers professionnels de la santé : technologues spécialisés en échographie, chirurgiens orthopédistes, infirmiers, professionnels de la santé mentale, sages-femmes et médecins (Cohen et coll., 2021; Hui et coll., 2019; Labrague et McEnroe-Petitte, 2018; O'Connor et coll., 2018; Suleiman-Martos et coll., 2020). Les volumes de travail excessifs sont un facteur d'incitation au départ (Azam et coll., 2017; de Saxe Zerden et coll., 2021; Jun et coll., 2021; Suleiman-Martos et coll., 2020; Yong et coll., 2020). Comme l'illustre la figure 17, les effets suivants ont été associés à la surcharge de travail et à la dotation insuffisante en personnel :

- Les horaires de travail élevés et la durée prolongée des quarts de travail contribuent à augmenter les taux d'épuisement professionnel et de dépression (Buckley et coll., 2020; Gribben et Semple, 2021; Sanfilippo et coll., 2017).
- Pendant la pandémie de COVID-19, les horaires de travail plus élevés en première ligne ont augmenté le risque de réactions aiguës au stress, telles que l'apparition de symptômes de stress post-traumatique (Sanghera et coll., 2020).

- Le manque de personnel se traduit par des taux supérieurs de violence au travail (McDermid et coll., 2019; Nowrouzi-Kia, Isidro et coll., 2019; Zhang et coll., 2020).
- L'insuffisance des pauses ou des congés annuels est un facteur d'épuisement professionnel (Buckley et coll., 2020; Gribben et Semple, 2021).
- La fatigue est fortement liée à l'absentéisme en milieu de travail et au risque de commettre des erreurs (Cho et Steege, 2021).
- Une corrélation a été établie entre la prestation de soins d'une qualité sous-optimale, par manque de temps, et l'épuisement professionnel (Azam et coll., 2017; Buckley et coll., 2020; Gribben et Semple, 2021; Hui et coll., 2019).
- La pression induite par le volume de travail peut conduire au départ en retraite anticipée des professionnels de la santé (Cohen et coll., 2021).

Figure 17. Facteurs liés au volume de travail ayant des effets néfastes directs ou indirects pour les professionnels de la santé. D'après une synthèse des données probantes.



Aux conséquences directes susmentionnées viennent s'ajouter d'importants effets indirects. Par exemple, l'absentéisme et les départs en retraite anticipée risquent d'ajouter aux contraintes et au volume de travail du personnel resté en poste (Cho et Steege, 2021). En cas de retraite anticipée, un moins grand nombre d'employés chevronnés est disponible pour jouer le rôle de mentor auprès du personnel novice (Cohen et coll., 2021).

Gérer les volumes de travail à l'aide d'interventions organisationnelles

Les interventions de terrain visant à réduire le volume de travail ont des effets bénéfiques sur le bien-être des professionnels de la santé. Le taux d'épuisement professionnel augmente lorsque le personnel a l'impression de manquer de temps pour prodiguer des soins d'excellente qualité (Azam et coll., 2017; Buckley et coll., 2020; Gribben et Semple, 2021; Hui et coll., 2019). Le manque de temps a été mesuré d'après le ratio patient/personnel parmi les infirmiers (Buckley et coll., 2020; Gribben et Semple, 2021) et d'après le surplus de patients pris en charge par quart de travail ou par semaine parmi les médecins (Azam et coll., 2017; Hui et coll., 2019). Une réduction du volume de travail global s'accompagne d'une amélioration du bien-être et d'un recul de l'épuisement professionnel chez les résidents et les médecins (Bazargan-Hejazi et coll., 2021; Busireddy et coll., 2017).

Pour prévenir la surcharge de travail, d'autres aménagements sont possibles, tels qu'une supervision en interne des résidents le soir et la nuit, une diminution du ratio patient/médecin traitant et une augmentation du nombre d'équipes chargées d'effectuer la tournée des patients (Thomas Craig et coll., 2021). La mise en place d'une équipe mobile soudée, composée de membres hautement qualifiés, a été suggérée pour diminuer efficacement les heures supplémentaires du personnel infirmier et le recours à la main-d'œuvre contractuelle (Lebanik et Britt, 2015; Straw, 2018).

La réglementation limitant les heures de travail des résidents aux États-Unis a fait l'objet de nombreuses études. L'ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) a mis en place des restrictions du temps de service (en 2003 et 2011). Dans l'ensemble des études, cette mesure a systématiquement été associée à une diminution de la fatigue émotionnelle (une composante de l'épuisement professionnel) et à une réduction globale des taux d'épuisement professionnel (Busireddy et coll., 2017; Simmons et coll., 2019; Walsh et coll., 2019). Lors de nos consultations virtuelles, les participants ont proposé d'instaurer des normes pancanadiennes en matière de volume de travail afin de garantir des niveaux de dotation en personnel adéquats, à l'aide de mesures telles que les ratios patient/personnel établis à la lumière des données de sécurité au travail.

Étudier les répercussions sur la santé des approches de dotation en personnel

Les volumes de travail ingérables peuvent nuire à l'expérience et aux résultats pour les patients ou les résidents des établissements de soins de longue durée (mortalité, notamment), mais aussi aux résultats pour les professionnels de la santé (épuisement, absentéisme, usure). La première vague de la pandémie de COVID-19 offre un cas d'étude permettant de mesurer l'ampleur et l'entrelacement des répercussions que les approches de dotation en personnel et les autres infrastructures de travail ont pu avoir sur les résidents et le personnel des établissements de soins de longue durée.

La main-d'œuvre en milieu de soins de longue durée dans les provinces de l'Ontario et du Québec, par exemple, était au bord de la rupture bien avant la flambée de COVID-19 (Alami

et coll., 2021, ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 2021). En Ontario, la vaste majorité des établissements de soins de longue durée (et plus particulièrement ceux à but lucratif) souffraient déjà d'une instabilité de la main-d'œuvre et d'une grave pénurie de personnel (ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 2021). Au moment de la première vague, nombre d'entre eux ont été submergés et ont vu leurs effectifs s'effondrer (ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 2021). En outre, dans divers milieux du système de santé, l'approvisionnement en fournitures médicales (y compris en équipement de protection individuelle) était restreint (Alami et coll., 2022). Les stocks stratégiques ont été rapidement épuisés, c'est pourquoi beaucoup de membres du personnel ont reçu pour consigne de prolonger le port des masques N95, voire de les réutiliser (Institut national de santé publique du Québec, 2020). Aucune solution n'étant prévue pour remplacer les professionnels de la santé qui ne pouvaient pas ou ne voulaient pas venir travailler (Alami et coll., 2021), les Forces armées canadiennes et la Croix-Rouge canadienne ont dû être appelées en renfort.

Augmenter le nombre d'infirmiers et de préposés aux bénéficiaires est un moyen d'améliorer la qualité des soins et les résultats de santé pour les patients (Boscart et coll., 2018; Clemens et coll., 2021). Or, les niveaux de personnel sont généralement moins élevés dans les établissements de soins de longue durée à but lucratif, surtout ceux exploités par de grandes sociétés de gestion, en comparaison des structures sans but lucratif (Hsu et coll., 2016; McGregor et Harrington, 2020). Outre la variabilité de la dotation en personnel, qui influe directement sur le volume de travail des professionnels de la santé, d'autres infrastructures de travail ont eu des répercussions majeures et interreliées pour les résidents des établissements de soins de longue durée. Des études portant sur les décès liés à la pandémie parmi les résidents d'établissements de soins de longue durée en Ontario ont mis au jour des écarts significatifs concernant la surmortalité observée en fonction du régime de propriété et de la région géographique (Akhtar-Danesh, 2022; Stall et coll., 2020). La prévalence supérieure des anciennes normes de conception (chambres plus petites et plus souvent partagées, moins de salles de bains particulières) dans le secteur à but lucratif et l'appartenance à une chaîne ont été jugées déterminantes à la fois dans l'ampleur des éclosions et dans le nombre de décès parmi les résidents des établissements de soins de longue durée (Stall et coll., 2020). Cette étude n'incluait aucune donnée sur les niveaux de dotation en personnel ou sur la mobilité des effectifs, vecteur important de la transmission (McGregor et Harrington, 2020; ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 2021). De manière générale, on a recensé en outre davantage de plaintes des résidents et des familles, un surcroît d'hospitalisations en soins actifs et des taux de mortalité supérieurs dans les établissements de soins de longue durée à but lucratif (Akhtar-Danesh, 2022). L'impact conjoint des régimes de propriété sur la dotation en personnel et le volume de travail doit faire l'objet de recherches approfondies incluant les effets d'entraînement entre les différents milieux.

En milieu de soins actifs, les niveaux de dotation en personnel infirmier ont une incidence moins nette sur l'amélioration des résultats pour les patients, d'où la nécessité d'approfondir

la recherche (Butler et coll., 2019; Olley et coll., 2019). Toutefois, ce facteur peut s'avérer bénéfique au bien-être et au maintien en poste des professionnels de la santé (Twigg et coll., 2021). Par exemple, la Californie a fixé un ratio minimal patient/infirmier pour les soins actifs en milieu hospitalier : en moyenne, les infirmiers de cet État traitaient un patient de moins que leurs homologues des États comparatifs, et deux patients de moins qu'au sein des services médicaux et chirurgicaux (Aiken et coll., 2010). La promulgation de cette loi s'est accompagnée d'un maintien accru des effectifs en soins infirmiers et d'une meilleure satisfaction au travail (Wynendaale et coll., 2019).

Selon des données probantes, l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail du personnel infirmier étaient moindres dans les États où le volume de travail s'accordait avec les ratios californiens obligatoires, et une qualité de soins supérieure a été rapportée (Aiken et coll., 2010).

Ces constatations viennent étayer les résultats susmentionnés, selon lesquels les infirmiers sont plus susceptibles d'être victimes d'épuisement professionnel lorsque leur volume de travail est élevé et qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour fournir des soins d'excellente qualité aux patients.

5.1.2.2 Lutter contre l'hostilité, le harcèlement, l'intimidation et la violence au travail

Comme expliqué précédemment, la violence au travail englobe l'hostilité, le harcèlement, l'intimidation et la violence physique. Peuvent inciter au départ : les comportements négatifs en milieu de travail, la violence au travail, le harcèlement, la discrimination fondée sur la race/le genre et la violence à caractère sexuel (Filut et coll., 2020; Hawkins et coll., 2019; Olsen et coll., 2020; Pariona-Cabrera et coll., 2020).

Modifier les facteurs environnementaux pour réduire l'hostilité, le harcèlement, l'intimidation et la violence que les patients exercent à l'égard des professionnels de la santé

D'après les données probantes issues d'études transversales et de travaux de recherche qualitative, les facteurs contextuels suivants sont associés à un nombre supérieur d'incidents liés à la violence au travail :

- dotation en personnel : pénuries de main-d'œuvre, volumes de travail élevés, ressources insuffisantes à la disposition du personnel, manque de cohésion de groupe et de travail d'équipe, personnel non formé aux méthodes de désamorçage de la violence au travail (McDermid et coll., 2019; Nowrouzi-Kia, Isidro et coll., 2019; Zhang et coll., 2020)
- espaces physiques : fréquentation excessive et absence de mesures visibles de sécurité, y compris dans les services d'urgence et de psychiatrie, les établissements de soins de longue durée et les milieux de soins à domicile (Nowrouzi-Kia, Chai et coll., 2019; Varghese et coll., 2021)
- facteurs organisationnels : inadéquation des politiques relatives à la violence au travail, absence de mesures de protection et défaut de sanctions à l'égard des auteurs d'actes de violence (Pompeii et coll., 2020; Varghese et coll., 2021)

Les taux de violence au travail peuvent varier en fonction du type de soins ou du milieu de soins (Pompeii et coll., 2020; Raveel et Schoenmakers, 2019; Weltens et coll., 2021). À titre d'exemple, les professionnels de la santé qui prennent en charge des patients ayant des problèmes de dépendance ou de santé mentale en milieu communautaire ou dans des établissements spécialisés courent davantage le risque d'être victimes de violence (Weltens et coll., 2021). De plus, il a été établi que la violence se manifeste en cas d'écart entre les attentes du patient et les services offerts par le professionnel de la santé (non-délivrance d'un arrêt de travail pour cause de maladie, par exemple) traduisant un manque de clarté des échanges (Pompeii et coll., 2020; Raveel et Schoenmakers, 2019). Le contexte actuel de la pandémie est marqué par des pénuries de personnel (Statistique Canada, 2022e), des services d'urgence surchargés avec beaucoup d'attente (Alberta Health Services, 2023a; Qualité des services de santé Ontario, 2023) et un nombre accru de travailleurs intérimaires employés par des agences (Association des hôpitaux de l'Ontario, 2022) qui n'ont pas tous suivi une formation sur la violence au travail ou les méthodes de désescalade. Les temps d'attente prolongés (pour bénéficier d'une intervention chirurgicale ou recevoir des soins d'urgence, par exemple; Institut canadien d'information sur la santé, 2022d) peuvent décevoir les attentes des patients. Pour mieux préparer le terrain, un grand nombre de provinces rendent compte publiquement de la durée d'attente et de la congestion des services d'urgence (Alberta Health Services, 2023a; Qualité des services de santé Ontario, 2023).

De l'avis de nombreuses personnes, apporter une réponse aux facteurs contextuels susmentionnés permettrait de réduire efficacement la violence au travail (Raveel et Schoenmakers, 2019; Weltens et coll., 2021). Cette approche va dans le sens des recommandations figurant dans le rapport sur la violence au travail publié avant la pandémie par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes du Canada (Casey, 2019), à savoir : combler les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, notamment dans les milieux de soins aux aînés et de soins communautaires, et offrir du financement ciblé pour améliorer les espaces physiques existants, en particulier les établissements de soins de longue durée et d'autres infrastructures de la santé.

Lutter contre l'hostilité, le harcèlement, l'intimidation et la violence que les patients exercent à l'égard des professionnels de la santé

De plus en plus de chercheurs s'accordent à dire que l'efficacité des programmes de prévention de la violence repose sur l'adoption d'une approche complète et intégrée à plusieurs volets (Raveel et Schoenmakers, 2019; Wirth et coll., 2021) et de politiques spéciales de lutte contre la violence au travail (Pompeii et coll., 2020; Varghese et coll., 2021). La plupart de ces initiatives ont été mises à l'essai dans des environnements où l'on enregistre des taux élevés de violence au travail, comme les services de psychiatrie, les urgences et les établissements de soins de longue durée. Parmi les éléments essentiels mis au jour figurent :

- un bon travail d'équipe et une forte cohésion de groupe (McDermid et coll., 2019; Nowrouzi-Kia, Isidro et coll., 2019; Zhang et coll., 2020)
- la réalisation d'une évaluation complète des risques sur le lieu de travail (Nowrouzi-Kia, Isidro et coll., 2019; Varghese et coll., 2021; Wirth et coll., 2021)
- l'évaluation des risques chez les patients à haut risque, en psychiatrie par exemple (Pompeii et coll., 2020; Raveel et Schoenmakers, 2019; Weltens et coll., 2021)
- la définition d'exigences en matière de rapport (De la Fuente-Solana et coll., 2019; Hawkins et coll., 2019; McDermid et coll., 2019; Raveel et Schoenmakers, 2019)
- l'engagement de la direction et la participation des employés (Wirth et coll., 2021)
- l'éducation, la formation et le soutien du personnel (Bekelepi et Martin, 2022; McDermid et coll., 2019; Nowrouzi-Kia, Isidro et coll., 2019; Raveel et Schoenmakers, 2019; Zhang et coll., 2020)

L'éducation, la formation et le soutien mis à la disposition des travailleurs victimes de violence exercée par les patients recouvrent plusieurs modalités et finalités. L'éducation et la formation contribuent à sensibiliser les employés, et à prévenir ainsi la violence (Zhang et coll., 2020). Il est recommandé d'acquérir les compétences nécessaires à une bonne communication avec les patients, car la rupture des échanges peut engendrer des actes de violence (Bekelepi et Martin, 2022). La formation aux méthodes de désescalade est également utile. Elle permet d'améliorer les comportements et les réactions en cas d'agression en faisant appel à diverses compétences cognitives, affectives et pratiques (Raveel et Schoenmakers, 2019). Parmi les stratégies de soutien à mettre en œuvre auprès des victimes de violence, citons le partage des connaissances pour faciliter la gestion de futurs incidents, les discussions de groupe sur les moyens de surmonter la situation et les pratiques saines pour gérer le stress induit par l'exposition à un comportement violent (Bekelepi et Martin, 2022). La recherche a confirmé que bon nombre des interventions susmentionnées parviennent à apaiser le stress des professionnels de la santé (Bekelepi et Martin, 2022).

Faire reculer l'hostilité, le harcèlement et l'intimidation entre les travailleurs

Si le terme « incivilité » est apparu à maintes reprises dans nos recherches documentaires sur les milieux de travail sains, nous avons choisi d'employer plutôt le terme « hostilité ». Le comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé nous a fait savoir que, pour les communautés historiquement considérées comme « non civilisées » ou « inférieures » aux prémices de la nation canadienne, et systématiquement exclues du marché du travail et de l'élaboration des normes collectives, l'emploi des termes « civilité » et « incivilité » peut sous-entendre une assimilation attendue aux cultures dominantes. Le défaut d'assimilation risque alors d'être considéré comme justifiant la prise de mesures disciplinaires dans le cadre de la gestion du rendement, et d'occulter la nécessité de questionner et de lutter contre le racisme systémique en milieu de travail.

Peu de travaux de recherche se sont penchés sur les antécédents ou les facteurs contextuels qui peuvent être source d'hostilité entre les travailleurs. Selon certaines indications, les circonstances suivantes augmentent le risque de harcèlement exercé par des collègues ou des superviseurs (el Ghaziri et coll., 2022; Rafique, 2022; Torkelson et coll., 2016) :

- volumes de travail élevés
- épuisement émotionnel
- fortes exigences

Une baisse d'hostilité au travail entre les membres du personnel est observée :

- lorsque l'équipe de direction fait preuve d'exemplarité en incarnant les normes collectives qui sous-tendent les comportements acceptés (Hawkins et coll., 2019)
- lorsque les politiques (tolérance zéro en cas d'hostilité et d'intimidation, par exemple) prévoient des mesures d'exécution visant à faire respecter leurs principes (Olsen et coll., 2020)
- lorsque le personnel bénéficie d'une approche pédagogique à plusieurs volets abordant le partage de renseignements, la mise en application des compétences et l'apprentissage réflexif dans le but de renforcer l'autonomie des participants et de les aider à reconnaître les répercussions bénéfiques que l'hostilité peut avoir sur la satisfaction au travail et la rotation du personnel (Olsen et coll., 2020)

5.1.3 Alléger le fardeau administratif

Il a été constaté que le temps excessif consacré à la documentation (y compris aux dossiers de santé électroniques) contribue à l'épuisement professionnel et à la baisse de satisfaction au travail chez un éventail de professionnels de la santé, et plus particulièrement chez les médecins (Bateman et Viana, 2019; Kruse et coll., 2022; Nedvedova et coll., 2017; Sibeoni et coll., 2019; Yan et coll., 2021). Les infirmiers en poste dans des services nécessitant d'accomplir de nombreuses tâches documentaires et informatiques, mais où les interactions avec les patients sont limitées, présentent des taux supérieurs d'épuisement professionnel (Molina-Praena et coll., 2018). Parmi les facteurs contribuant à l'épuisement professionnel, les médecins citent en particulier l'ampleur des tâches liées à la documentation, en plus des volumes de travail élevés (Gajjaar et coll., 2021; Sibeoni et coll., 2019). Les participants au processus de consultation ont également souligné que les tâches administratives influent grandement sur le maintien des effectifs, les professionnels de la santé se sentant frustrés lorsque ces dernières nuisent au temps qu'ils peuvent consacrer aux patients.

5.1.3.1 Gérer les conséquences involontaires des dossiers de santé électroniques

L'épuisement professionnel induit par la technologie constitue un vrai problème dans les systèmes de santé modernes. Les dossiers de santé électroniques ont pour but d'améliorer la prise en charge et le travail d'équipe. Or, s'ils ne sont pas pensés et déployés en consultation avec les utilisateurs finaux (c'est-à-dire les professionnels de la santé, le personnel administratif et les patients), il existe un risque de frustration et de surcharge pouvant nuire à l'efficacité du

système ainsi qu'à la qualité des soins et accentuer l'usure du personnel (Hilty et coll., 2022; Li et coll., 2022; Organisation de coopération et de développement économiques, 2020). Les professionnels de la santé ont plus de chances d'être insatisfaits des dossiers de santé électroniques s'ils les jugent inefficaces et difficiles à utiliser et qu'ils les associent à une perte d'autonomie professionnelle (Hilty et coll., 2022; Kruse et coll., 2022).

D'après une étude, les dossiers de santé électroniques entravaient le plus le travail d'équipe lorsqu'ils n'intégraient ni logiciels de gestion des soins ni plans de prise en charge, manquaient d'interopérabilité avec d'autres systèmes et ne permettaient pas un suivi aisé des données patient dans le temps (O'Malley et coll., 2015). Si peu d'interventions relatives à l'épuisement professionnel induit par la technologie ont été évaluées, les données probantes indiquent qu'il peut s'avérer judicieux, à l'échelon systémique et organisationnel, de veiller à l'ergonomie et à l'utilité clinique pour l'ensemble des utilisateurs finaux (Kruse et coll., 2022; O'Malley et coll., 2015). En cas de déploiement d'un nouveau système ou logiciel de gestion électronique en santé, la participation des utilisateurs finaux à la conception des différentes composantes permet d'amorcer un changement de comportement chez les professionnels de la santé et de favoriser l'ergonomie et l'utilité (Hilty et coll., 2022).

Les dossiers de santé électroniques contribuent à l'efficacité du travail d'équipe lorsqu'ils intègrent des plans de prise en charge dynamiques et des logiciels de gestion des soins, favorisent l'interopérabilité avec d'autres systèmes et simplifient le suivi des données patient dans le temps (O'Malley et coll., 2015). En parallèle, le déploiement organisationnel doit s'appuyer sur la formation et le perfectionnement professionnel du personnel, et prévoir des flux de travail pour les tâches administratives (Hilty et coll., 2022). Une telle démarche requiert généralement l'expertise technique de professionnels en informatique de la santé (Bernstein et coll., 2015; Brommeyer et coll., 2023; Kruse et coll., 2022). En plus d'assurer la gestion et la mise à jour des systèmes, ces spécialistes jouent le rôle important d'intermédiaire entre les professionnels de la santé, le personnel d'encadrement et les fournisseurs (Bernstein et coll., 2015; Kruse et coll., 2022; O'Malley et coll., 2015). En outre, les techniciens chargés des dossiers de santé électroniques et des logiciels de reconnaissance vocale sur site peuvent participer à la formation des utilisateurs, aider à l'optimisation des flux de travail, et contribuer à réduire le temps nécessaire à la tenue des dossiers ainsi qu'à améliorer l'efficacité et la satisfaction au travail (Nguyen et coll., 2021; Saxena et coll., 2018).

Si leur déploiement est soigneusement réfléchi, en tenant compte des « cinq objectifs », les technologies de la santé numérique peuvent offrir de multiples avantages du point de vue des systèmes, des patients et des professionnels de la santé (Hilty et coll., 2022; Iyamu et coll., 2022; Spinks et coll., 2017). Il est impératif d'envisager les conséquences (volontaires ou non) que la technologie peut avoir, à différents niveaux, sur les flux et les volumes de travail, et sur le travail d'équipe parmi les professionnels de la santé. Compte tenu du manque de connaissances théoriques et d'interventions validées, il s'avère par ailleurs nécessaire de mener

spécialement des travaux de recherche sur la corrélation entre l'utilisation des dossiers de santé électroniques et le fardeau des tâches liées à la documentation (Li et coll., 2022; Moy et coll., 2021). Nous reviendrons sur la transition vers les technologies de la santé numérique et ses répercussions sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au chapitre 6 : Déploiement et prestation des services.

5.1.3.2 Harmoniser et centraliser les dossiers patient pour réduire le temps consacré à la documentation

Après étude des interventions, il apparaît que l'utilisation de modèles normalisés réduit la durée totale des tâches documentaires et améliore l'efficacité des professionnels de la santé (Thomas Craig et coll., 2021). Pour mieux coordonner les exigences de documentation et écourter le travail connexe, les participants au processus de consultation ont suggéré d'harmoniser et de centraliser les documents afin d'éviter la création de doublons au moment de la transmission aux régimes d'assurance/tiers payeurs ou du transfert d'établissement des patients, par exemple. De leur point de vue, la mise en place d'une plateforme de partage pancanadienne permettrait d'améliorer la portabilité des données. Une telle initiative conjointe aux échelons fédéral-provincial favoriserait le partage et la portabilité des données dans le respect des exigences législatives en matière de confidentialité. L'importance de dialoguer avec divers partenaires pour déterminer l'ampleur requise/optimale des tâches liées à la documentation en vue de garantir aux patients une prise en charge de qualité a également été soulignée.

5.1.3.3 Transférer les tâches non cliniques et liées à la documentation

Le transfert de tâches est une autre solution envisageable pour répondre au problème croissant de l'épuisement professionnel induit par les dossiers de santé électroniques et la documentation connexe (Shah et coll., 2021). Le transfert de certaines fonctions documentaires au sein des équipes de soins présente de nombreux avantages. D'après des études consacrées aux médecins (dont des spécialistes et des fournisseurs de soins primaires), le fait d'élargir les équipes de soins en incluant des préposés aux registres médicaux ou des assistants chargés d'établir un compte rendu des consultations en temps réel, sous la supervision des médecins, permet d'écourter le temps que ces derniers consacrent à la documentation, y compris en dehors des heures de travail et durant les fins de semaine (Thomas Craig et coll., 2021). Parmi les effets bénéfiques recensés figurent également les gains d'efficacité et de productivité, la meilleure qualité des échanges avec les patients et la satisfaction accrue des médecins, ainsi que la hausse des recettes et de la satisfaction des patients (Nguyen et coll., 2021; Thomas Craig et coll., 2021). De la même façon, l'appui administratif des aides-pharmaciens peut faire gagner du temps à la fois aux pharmaciens et au personnel infirmier (Banks et coll., 2020).

Les participants au processus de consultation étaient favorables à l'introduction de nouveaux membres ou à l'élargissement de certains rôles au sein des équipes de soins (p. ex., assistants cliniques ou médicaux) afin d'absorber les tâches requises en matière de documentation. Si la réattribution des tâches non cliniques au personnel administratif a également été jugée

bénéfique par les représentants provinciaux et territoriaux, ces derniers ont toutefois souligné les difficultés d'obtention des financements et des ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette stratégie.

5.1.4 Renforcer l'autonomie, améliorer la reconnaissance et veiller à l'épanouissement

Pour attirer les professionnels de la santé et favoriser leur maintien en poste, il peut s'avérer judicieux de renforcer l'autonomie dans les processus et d'assouplir les horaires de travail, de valoriser les efforts par le biais de la rémunération ou d'une reconnaissance officielle et de proposer des possibilités de perfectionnement.

5.1.4.1 Améliorer le contrôle sur le travail et l'autonomie

Le faible degré de contrôle sur le travail et le manque d'autonomie nuisent à la santé mentale et sont corrélés à une fréquence supérieure de rotation du personnel dans de multiples métiers de la santé et milieux de soins (p. ex., Halter, Boiko et coll., 2017; Suleiman-Martos et coll., 2020). L'autonomie se définit comme la capacité perçue d'une personne d'influer sur les décisions qui concernent son propre travail (O'Connor et coll., 2018), notamment les flux et les quarts de travail. L'absence d'autonomie dans leur emploi était l'une des sources majeures d'épuisement professionnel citées par les infirmiers, les médecins, les professionnels de la santé mentale et les sages-femmes (Dall'Ora et coll., 2020; De Sio et coll., 2020; O'Connor et coll., 2018; Suleiman-Martos et coll., 2020), tandis qu'une plus grande autonomie a concouru à améliorer le bien-être chez les médecins, les infirmiers et d'autres professionnels de la santé, ainsi que chez les fournisseurs de soins primaires (Abraham et coll., 2020; Schneider et Weigl, 2018), et à renforcer la résilience d'un éventail de professionnels de la santé (De Brier et coll., 2020). À titre d'exemple, les ambulanciers ont déclaré que, malgré le contrôle détenu sur les décisions cliniques, ils subissaient un stress professionnel important en raison du manque de contrôle sur les contraintes organisationnelles, telles que la répartition du volume de travail sur la journée, le moment où prendre leurs pauses et la durée de leurs quarts de travail (Harrison, 2019).

Selon la recherche, le fait d'assouplir les horaires de travail fait reculer l'épuisement professionnel et accroît le maintien des effectifs de santé (Suleiman-Martos et coll., 2020). Comme nous l'avons évoqué précédemment au sujet du leadership, une prise de décision commune, sous-tendue par la valorisation et la mise en application fréquente des suggestions du personnel, apparaît dans de nombreuses études comme un facteur propice au recrutement et à l'intention de rester (Adams et coll., 2021; Compton et coll., 2021; Halter, Boiko et coll., 2017).

Lors des consultations virtuelles, une « transition massive » vers le travail occasionnel a été constatée chez les professionnels de la santé, qui recherchent « la souplesse plutôt que la régularité ». Selon les participants au processus de consultation, il est facile de trouver des emplois occasionnels pour l'équivalent horaire d'un poste à temps plein dans l'environnement actuel, ce qui permet aux praticiens de maintenir le niveau de revenu souhaité tout en leur offrant la liberté de refuser les quarts de travail qui ne leur conviennent pas. Toutefois, comme

nous l'avons indiqué en début de chapitre, le financement et la prestation des soins dans le secteur public pâtissent du choix des professionnels de la santé qui se tournent vers les agences privées.

C'est pourquoi le gouvernement du Québec s'est engagé à réglementer et à réduire, voire à éliminer, le recours à ces agences pour combler les lacunes dans la prestation des soins (Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2022).

À la place, diverses mesures sont prises pour recruter davantage d'infirmiers et de préposés aux bénéficiaires dans le secteur public et pour limiter les honoraires que les agences peuvent facturer.

5.1.4.2 Assurer la reconnaissance par le salaire, l'équité salariale et la stabilité d'emploi

La rémunération est un facteur crucial de maintien des effectifs. S'ils sont bien payés, les professionnels de la santé (infirmiers, médecins, etc.) sont plus susceptibles de rester en poste (Adams et coll., 2021; Darbyshire et coll., 2021). À l'inverse, un salaire insatisfaisant ou perçu comme insuffisant au regard des exigences du travail, des responsabilités ou des incompatibilités avec la vie de famille augmente les chances qu'ils quittent leur emploi (Adams et coll., 2021; Halter, Boiko et coll., 2017; Yong et coll., 2020). Pour les professionnels de la santé, le salaire s'avère important non seulement d'un point de vue pratique, mais aussi parce qu'il témoigne d'un respect de leurs attributions et d'une valorisation de la discipline exercée (Adams et coll., 2021).

Par exemple, l'équité salariale désigne le fait d'offrir un salaire égal à travail égal. Comme nous l'avons expliqué en détail au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées, l'équité salariale entre les genres vise à garantir que les femmes et les hommes exerçant les mêmes fonctions perçoivent la même rémunération (Organisation mondiale de la Santé, 2019a). Les perceptions de justice distributive (équité de répartition des salaires au sein de l'organisation) et de justice en matière de procédure (mode de gestion des salaires) influent sur le maintien des effectifs dans le secteur de la santé et en dehors (Darbyshire et coll., 2021).

Certains écarts financiers existent parfois pour un métier de la santé donné, en fonction du secteur d'exercice, ce qui peut conduire à la « cannibalisation » de la main-d'œuvre des milieux moins rémunérateurs (soins de longue durée, soins communautaires) dès lors que les professionnels de la santé recherchent des emplois mieux payés (en milieu hospitalier, par exemple) offrant un revenu plus stable (ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 2021). À titre d'exemple, on observe un écart sur le marché de l'emploi des préposés aux bénéficiaires entre le milieu communautaire et le milieu hospitalier. D'après une étude canadienne récente, les préposés aux bénéficiaires prodiguant des soins à domicile en Ontario occupaient moins d'emplois permanents, étaient plus nombreux à cumuler plusieurs postes, avaient plus souvent des horaires de travail irréguliers ou à temps partiel et traversaient davantage de périodes de

chômage que leurs homologues dans d'autres secteurs (Berta et coll., 2018). Cette dotation en personnel temporaire et à temps partiel a eu des retombées significatives sur la santé des résidents en établissement de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19 (ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 2021). En réponse, le gouvernement de la Colombie-Britannique (2020) a réduit les effectifs exerçant sur plusieurs sites en harmonisant ou en relevant les salaires et les conditions de travail pour l'ensemble du personnel des établissements de soins de longue durée.

L'équité salariale entre les milieux est un moyen d'assurer une dotation en personnel suffisante partout.

Le respect à l'égard des contributions apportées par certains groupes de professionnels de la santé en particulier peut également s'exprimer en leur offrant la sécurité d'emploi et l'accès aux avantages sociaux des employés ainsi qu'à divers soutiens, et en reconnaissant leur statut. En raison d'une tendance à la spécialisation des soins de santé, de plus en plus de rôles en médecine générale (p. ex., médecins de famille, préposés aux bénéficiaires) sont moins recherchés que les fonctions de spécialiste (Drummond et coll., 2022). Selon certains avis, par exemple, la nature non réglementée des fonctions de préposé aux bénéficiaires a contribué au manque de reconnaissance de ce rôle dans les établissements de soins de longue durée, d'où une aggravation des problèmes de recrutement et de maintien des effectifs dans ce milieu (ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 2021).

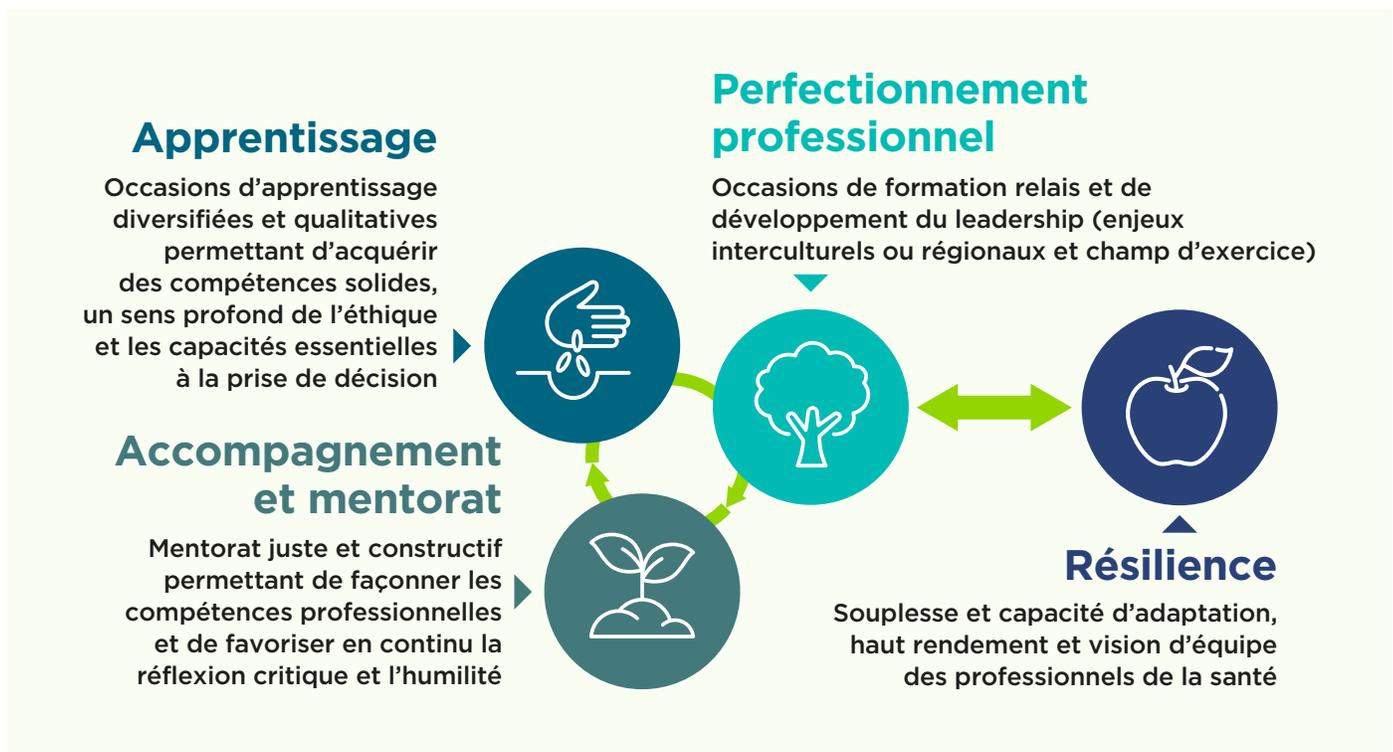
Il peut donc s'avérer judicieux de rehausser le statut professionnel et le prestige de la médecine générale, ainsi que les taux de rémunération, et d'améliorer les conditions de travail pour augmenter l'offre de main-d'œuvre et favoriser le maintien des effectifs dans ces métiers où la demande est forte (Drummond et coll., 2022).

5.1.4.3 Proposer des possibilités de perfectionnement et d'amélioration de la résilience

Les possibilités offertes en matière de perfectionnement professionnel, de formation et de promotion jouent un rôle dans le maintien des effectifs et l'intention de rester. D'après la recherche, le fait de bénéficier d'un mentorat diminue les chances que les infirmiers quittent l'organisation qui les emploie (Bakker et coll., 2020; Kakyo et coll., 2021). Les programmes de formation, y compris les programmes de tutorat, les modèles de transition en milieu d'exercice, les programmes de perfectionnement des compétences en leadership et de travaux pratiques fondés sur des données probantes, ainsi que les programmes de résidence, sont propices au maintien des effectifs et incitent les nouveaux infirmiers à rester (Bakker et coll., 2020; Brook et coll., 2019; Jarden et coll., 2021; Kakyo et coll., 2021; van Camp et Chappy, 2017). Aux États-Unis, les certificats de spécialisation de cycle supérieur et les bourses d'un an sont corrélés à un moindre taux d'usure des effectifs parmi les médecins (Darbyshire et coll., 2021). À l'inverse, les infirmiers dont les possibilités de développement ou de perfectionnement

professionnel sont réduites manifestent une intention plus forte de quitter leur emploi (Halter, Boiko et coll., 2017). En outre, la médiocrité perçue des perspectives d'évolution et le manque de possibilités de développement professionnel conduisent au départ des sages-femmes et des pharmaciens (Suleiman-Martos et coll., 2020; Yong et coll., 2020). À la lumière de ces constatations, présentées à la figure 18, favoriser l'épanouissement des professionnels de la santé (en multipliant les possibilités de formation ou de promotion, par exemple) semble une piste efficace pour améliorer le maintien des effectifs (Kim et Kim, 2021). Nous présenterons en détail quelques initiatives fructueuses en matière de mentorat et de formation au chapitre 7 : Planification et développement.

Figure 18. Processus de perfectionnement professionnel visant à renforcer la résilience personnelle des professionnels de la santé.



5.1.5 Offrir des soutiens favorisant le bien-être des professionnels de la santé

Comme expliqué précédemment, les problèmes de santé mentale au travail peuvent être atténués en adaptant les volumes de travail, en renforçant l'autonomie et en garantissant le soutien des équipes de direction. Pour assurer le bien-être à l'échelle organisationnelle, il convient notamment d'instaurer la culture et de prévoir les infrastructures permettant aux professionnels de la santé de solliciter et de recevoir des services de santé mentale confidentiels quand ils en ont besoin. Il est également possible d'améliorer la santé mentale et le bien-être des professionnels de la santé par le biais d'un soutien individuel ou collectif, ce

facteur étant susceptible de jouer un rôle majeur dans le maintien des effectifs. En outre, les interventions s'adressant particulièrement aux professionnels de la santé les plus vulnérables au stress en milieu de travail, à la souffrance, à l'anxiété et à l'épuisement professionnel constituent une forme importante de soutien.

5.1.5.1 Améliorer le bien-être et la résilience grâce à des interventions cliniques

Le bien-être et l'accomplissement professionnel sont non seulement fonction de la résilience personnelle de chacun, mais aussi de la volonté organisationnelle et systémique d'instaurer une culture du bien-être et d'améliorer les synergies en milieu de travail (Olson et coll., 2019).

Si l'employeur est responsable de la plupart des facteurs inhérents au bien-être professionnel, diverses interventions individuelles telles que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et de réduction du stress, ainsi que les ateliers ou les cours d'autoréflexion, de pleine conscience et de simulation, sont également propices au renforcement de la résilience des professionnels de la santé (Huey et Palaganas, 2020).

De nombreuses études se sont penchées sur l'efficacité des stratégies individuelles destinées à réduire le stress, à améliorer le bien-être et à renforcer la résilience des professionnels de la santé. Parmi les approches les plus analysées figurent les interventions basées sur la pleine conscience et les TCC. Le recours à la pleine conscience a été jugé plus efficace que les solutions « passives » (p. ex., lecture d'une brochure psychopédagogique) face à la souffrance psychologique, au stress, à la dépression et à l'épuisement professionnel chez la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Alkhaldeh et coll., 2020; Fendel et coll., 2021; Ramachandran et coll., 2022). De la même façon, les études portant sur les TCC ou leurs principes ont constaté des effets bénéfiques sur la pleine conscience, le sommeil, la fatigue, la dépression et l'implication au travail (Alkhaldeh et coll., 2020; Melnyk et coll., 2020). L'une des difficultés posées par ces interventions réside dans le temps à consacrer aux séances, d'où un taux élevé d'usure observé dans bon nombre des études en question (Ramachandran et coll., 2022). Si les interventions de ce type se sont avérées efficaces chez les professionnels de la santé ayant suivi le programme de bout en bout, les bienfaits en cas d'abandon précoce sont généralement méconnus (Ramachandran et coll., 2022). Ainsi, il est important d'adapter les programmes en fonction du contexte local et des emplois du temps (Cleary et coll., 2018; Melnyk et coll., 2020). Par exemple, l'efficacité des interventions visant à réduire l'épuisement professionnel des médecins-résidents était optimale lorsque les programmes employaient plusieurs méthodes d'enseignement et qu'un créneau était réservé aux séances dans le cadre de leur résidence (Vasquez et coll., 2021).

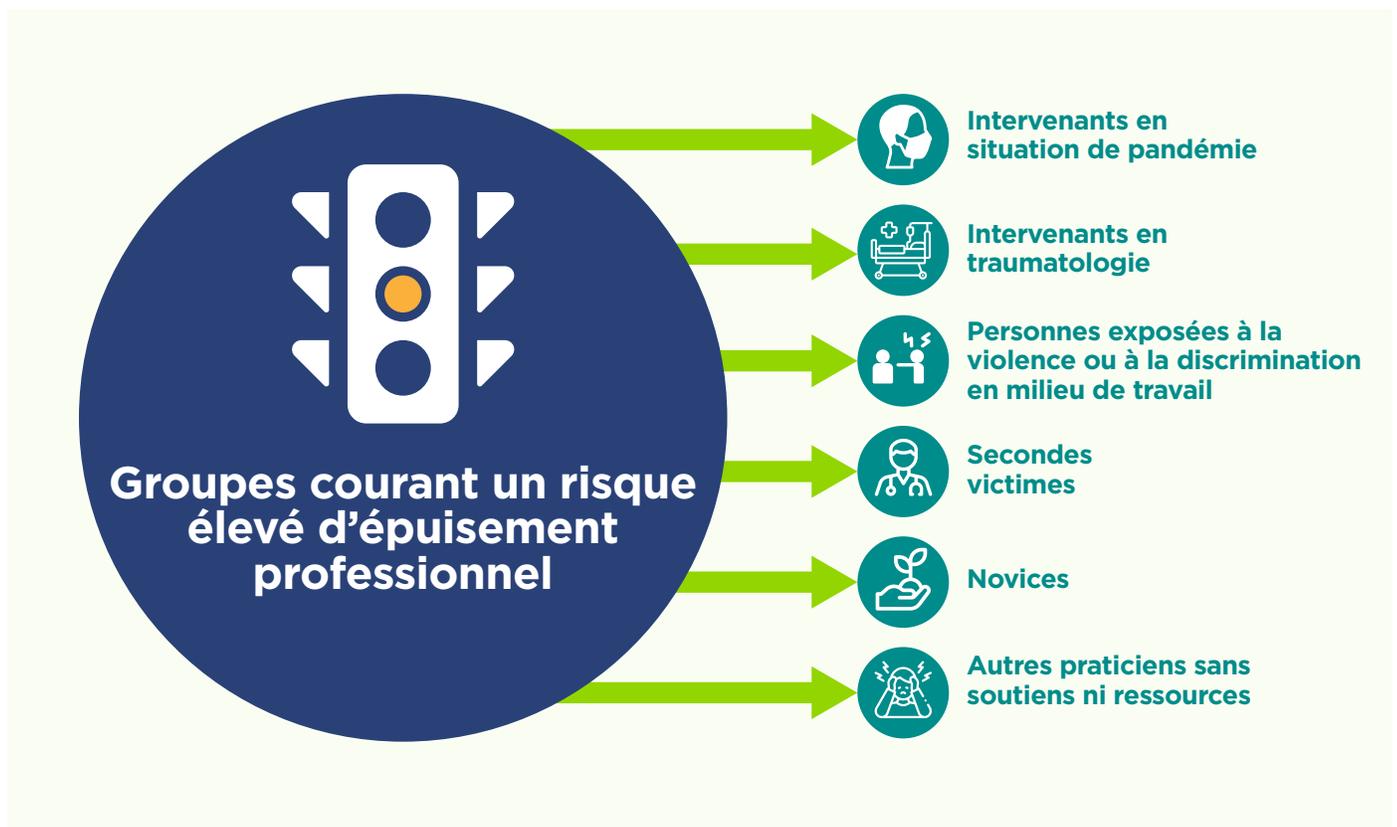
5.1.5.2 Offrir un soutien ciblé en matière de santé mentale aux professionnels de la santé

Il est possible de mener des interventions s'adressant particulièrement aux travailleurs qui courent un risque élevé de souffrir d'anxiété, de stress, de dépression ou de stress

post-traumatique. D'après la recherche, certains professionnels de la santé sont plus vulnérables au stress en milieu de travail, à la souffrance, à l'anxiété et à l'épuisement professionnel (figure 19; Bekelepi et Martin, 2022; Buckley et coll., 2020; Busch et coll., 2021; De Brier et coll., 2020; Gribben et Semple, 2021; Lowe et coll., 2021; Schneider et Weigl, 2018).

Les nouveaux diplômés des métiers de la santé sont également exposés au risque de subir des niveaux élevés de stress (Eckerson, 2018). La transition du statut d'étudiant à l'exercice professionnel peut être un cap difficile à franchir. Selon les estimations d'un rapport, 35 % à 60 % du personnel infirmier quitte son premier emploi dans un délai d'un an (Eckerson, 2018). Au vu du contexte actuel, ce stress pourrait être exacerbé par le manque de soutien de la part des collègues et des superviseurs découlant des pénuries de personnel. Les programmes de mentorat et d'autres formes de soutien aux nouveaux diplômés des métiers de la santé font l'objet d'une discussion approfondie au chapitre 7 : Planification et développement.

Figure 19. Groupes de professionnels de la santé courant un risque élevé d'épuisement professionnel.



5.1.5.3 Appuyer les professionnels de la santé pendant les pandémies

D'après la recherche, les organisations de soins de santé ont un rôle important à jouer pour accompagner mentalement leurs employés pendant les pandémies (Brooks et coll., 2018;

Chigwedere et coll., 2021; De Brier et coll., 2020; Zace et coll., 2021). Ce soutien peut prendre diverses formes. Par exemple, les professionnels de la santé ayant suivi une formation sur la gestion des flambées de maladies infectieuses ont affiché des taux inférieurs d'anxiété (Brooks et coll., 2018). Au contraire, ceux qui jugeaient leur formation inadaptée avaient plus de chances, même après la pandémie, de présenter des symptômes d'épuisement professionnel et de stress post-traumatique. Les professionnels de la santé ayant bénéficié d'une communication claire et d'un soutien de la part de leur employeur étaient, quant à eux, moins susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale (De Brier et coll., 2020). D'autres interventions à l'échelon organisationnel contribuent à améliorer la santé mentale, notamment (Chigwedere et coll., 2021; Zace et coll., 2021) :

- la promotion du leadership et du travail d'équipe
- l'adaptation des horaires de travail afin d'offrir un temps de repos suffisant
- la fourniture d'équipement de protection individuelle en quantité suffisante et d'autres ressources matérielles et humaines appropriées
- les occasions offertes au personnel de première ligne de transmettre une rétroaction à l'administration

Les chercheurs sont arrivés à la conclusion que les interventions ciblant la source de stress sont particulièrement bien accueillies par les professionnels de la santé et constituent une piste d'action hautement efficace (Zace et coll., 2021). Sur la question du soutien psychologique, les professionnels de la santé ayant reçu des services de santé mentale couraient un risque plus faible d'avoir des problèmes de santé mentale (De Brier et coll., 2020). Il convient de tenir compte de divers obstacles et facteurs favorables à l'heure de choisir les interventions de soutien psychologique permettant d'appuyer les professionnels de la santé. Parmi les obstacles possibles figurent le manque de ressources matérielles et de temps, ainsi que la connaissance imparfaite (par le personnel et par l'employeur) des éléments à réunir pour préserver le bien-être mental des travailleurs. Parmi les facteurs favorables, citons l'adaptation des interventions aux besoins locaux, la création d'un milieu de travail positif, sûr et solidaire et la mise en place d'une communication efficace (Zace et coll., 2021).

Il peut s'avérer instructif d'étudier spécifiquement dans quelle mesure la pandémie a eu des répercussions disproportionnées sur certains professionnels de la santé. D'après un examen de 2022 s'intéressant aux expériences des professionnelles de la santé durant la pandémie de COVID-19 et d'autres crises antérieures, on a observé des taux supérieurs de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique chez les femmes, en partie à cause d'un risque plus élevé d'exposition, de la hausse des volumes de travail et de leurs responsabilités accrues d'aidantes naturelles (Morgan et coll., 2022). Parmi les stratégies fondées sur le genre préconisées par les auteurs figurent l'assistance économique visant à combler les inégalités salariales liées à la COVID-19, les soutiens au titre des responsabilités familiales et la représentation accrue des femmes dans la prise de décision en lien avec la pandémie.

Les participants au processus de consultation ont fait l'éloge des initiatives privilégiant le bien-être des professionnels de la santé. À titre d'exemple, le Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario (2017) appuie les professionnels de la santé et les étudiants par l'intermédiaire du programme ECHO Coping with COVID. Dans la même optique, la Colombie-Britannique a mis sur pied une nouvelle équipe chargée du bien-être de la main-d'œuvre provinciale dans le secteur de la santé afin d'étayer et de compléter les ressources existantes sur la santé mentale à l'intention des professionnels de la santé (gouvernement de la Colombie-Britannique, 2022). D'autres provinces sont également en train de créer ou d'élargir des initiatives dans ce domaine, ce qui est particulièrement bienvenu étant donné le climat d'anxiété qui règne actuellement dans le secteur de la santé.

5.1.5.4 Offrir des programmes de soutien aux secondes victimes

Les patients peuvent être victimes d'événements indésirables et d'erreurs médicales au sein du système de santé. Le terme « seconde victime » est employé pour désigner les professionnels de la santé qui assuraient la prise en charge au moment où l'incident s'est produit. En effet, il existe une forte probabilité que ces derniers développent des symptômes tels que le remords, les sentiments de culpabilité ou de honte, l'anxiété et la dépression lorsqu'un patient sous leur responsabilité subit un préjudice d'origine médicale. D'après les données probantes issues de la recherche, les programmes de soutien aux secondes victimes sont bénéfiques au bien-être des praticiens concernés (Busch et coll., 2021). Il est également attesté que ces programmes favorisent l'émergence d'une culture de la sécurité dans les établissements de soins de santé.

« La mise en œuvre d'une intervention de soutien aux secondes victimes témoigne d'une prise de position contre la culture du blâme et la stigmatisation des problèmes de santé mentale, montre l'importance accordée au bien-être professionnel et personnel des travailleurs de la santé, et illustre la volonté de leur offrir le soutien psychologique qu'ils méritent. » (Busch et coll., 2021, p. 12, traduction libre)

À l'échelon organisationnel, il peut également être utile de prévoir des politiques de prévention, de consignation et de résolution des accidents évités de justesse ou des erreurs.

LES POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES EN ACTION :

Gerald occupe un emploi d'infirmier autorisé dans un établissement de soins de longue durée. Étant seul à exercer ces fonctions aux côtés d'une équipe nombreuse d'infirmiers auxiliaires autorisés et de préposés aux bénéficiaires, Gerald se rend vite compte que l'administration des médicaments aux centaines de résidents de l'établissement repose uniquement sur ses épaules. Il n'a pratiquement plus le temps de prodiguer d'autres soins de première ligne aux patients. Or, c'est une chose qu'il appréciait et qui faisait partie des qualités saluées chez lui par ses confrères et anciens encadrants. En outre, il est sans cesse interrompu pendant qu'il prépare les médicaments, entre les questions de son équipe, les appels mécontents des

familles et les demandes de soutien pour apaiser certains patients aux comportements complexes. Un jour, Gerald commet une erreur de médication aux conséquences mortelles. Son responsable, qui vient de suivre une formation sur le leadership, a conscience que cette erreur est le fruit de problèmes systémiques (volume de travail excessif et manque de personnel). À l'issue du processus officiel d'examen des faits et de débriefage, il prend la décision de passer à deux infirmiers autorisés par quart de travail, d'offrir un soutien administratif renforcé et de reconnaître à Gerald le statut de seconde victime pour qu'il bénéficie d'une prise en charge immédiate.

5.2 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Le présent chapitre visait à analyser les questions relatives au soutien et au maintien des effectifs de santé, y compris l'influence du milieu de travail sur la santé mentale des travailleurs. Les données probantes confirment qu'un volume de travail excessif et une dotation insuffisante en personnel augmentent le niveau de stress, les taux d'hostilité, de harcèlement, d'intimidation et de violence au travail, ainsi que l'absentéisme, tout en nuisant au maintien en poste de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, en particulier parmi les professionnels issus de groupes systématiquement défavorisés ou courant un risque élevé d'épuisement professionnel. Plusieurs politiques et pratiques principales ont été formulées pour relever ces défis cruciaux : il conviendrait notamment d'encourager et de renforcer le rôle de soutien des équipes de direction et de consolider les infrastructures organisationnelles, de garantir des niveaux de dotation en personnel et des volumes de travail sûrs, de lutter contre l'hostilité, le harcèlement, l'intimidation et la violence au travail, et d'alléger le fardeau administratif. Par ailleurs, les stratégies visant à promouvoir le maintien des effectifs et le bien-être au travail ont préconisé d'assurer une meilleure reconnaissance et de renforcer l'autonomie des professionnels de la santé par le contrôle sur le travail, le salaire, l'équité salariale et la stabilité d'emploi, et de leur offrir un accès adapté à des soutiens éprouvés en matière de santé mentale.

CHAPITRE 6 :

DÉPLOIEMENT ET PRESTATION DES SERVICES



Politiques et pratiques principales

- ➔ Permettre aux professionnels de la santé d'optimiser leur champ d'exercice pour répondre aux besoins de la collectivité de manière plus efficiente, plus efficace et plus sûre.
- ➔ Appuyer le déploiement d'un plus grand nombre de modèles de soins en équipe qui intègrent et facilitent le recours à un éventail élargi de professionnels de la santé.
- ➔ Garantir l'accessibilité, la qualité et l'interopérabilité des technologies de la santé numérique, comprenant les soins virtuels, en investissant dans les infrastructures sous-jacentes et en recueillant des données sur l'expérience utilisateur auprès des patients, des professionnels de la santé et d'autres acteurs clés.
- ➔ Aligner les modèles de financement et de rémunération pour un déploiement plus efficace de la main-d'œuvre et une optimisation des résultats de santé.

6.0 CONTEXTE

L'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) a déjà réalisé des examens sur la transformation des systèmes de santé selon le prisme des maladies chroniques complexes (Nasmith et coll., 2010), de l'optimisation des champs d'exercice au moyen de nouveaux modèles de soins (Nelson et coll., 2014) et de l'accès aux soins de santé buccodentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada (Académie canadienne des sciences de la santé, 2014). Dans le cadre d'évaluations plus récentes, l'ACSS a étudié l'impact des systèmes de santé actuels sur certaines populations en particulier (Académie canadienne des sciences de la santé, 2019; 2022). Le présent chapitre vient approfondir ces travaux antérieurs.

Le déploiement efficace des professionnels de la santé reste un objectif difficile à atteindre et un enjeu important pour assurer l'accès aux services et aux soins de nombreux patients canadiens, ainsi que la qualité de leur prise en charge. Plusieurs facteurs entrent en jeu à différents niveaux, notamment (sans s'y limiter) : les divers modèles de soins adoptés à l'échelon local et organisationnel, la présence ou l'absence d'infrastructures de santé, les questions économiques (c.-à-d. le budget, le financement et la rémunération des professionnels

de la santé) et les dynamiques d'ordre juridique et réglementaire, ainsi que les responsabilités à l'œuvre (Bourgeault et coll., 2014).

6.0.1 Obstacles à une prise en charge concertée en équipe

Malgré l'ampleur des données probantes justifiant l'intérêt d'une approche concertée des soins de santé qui permette aux professionnels d'optimiser leur champ d'exercice (Duignan et coll., 2020; Hatton et coll., 2021; Wilson et coll., 2021), les obstacles suivants persistent (Girard, 2021; Hatton et coll., 2021; Nelson et coll., 2014; Teper et coll., 2020; Wilson et coll., 2021) :

- rigidité de la législation, de la réglementation et des modes de financement et de rémunération
- manque de communication entre et à l'échelle des milieux de soins et des effectifs de santé
- hiérarchies strictes au sein des organisations
- absence de définition claire des rôles
- manque d'adoption des champs d'exercice élargis

Problématique bien connue, l'importante fragmentation des normes et des processus de réglementation des professions entre les provinces et territoires a entravé la normalisation à l'échelle nationale, le partage transparent des données et la mobilité des professionnels de la santé (Lewis, 2023). La formulation claire des paramètres d'exercice des professionnels de la santé et la levée des obstacles à l'emploi sont deux éléments de la riposte à la pandémie de COVID-19 sur le plan réglementaire dont la pertinence n'a pas lieu de se démentir (Bolislis et coll., 2021).

Contrairement aux idées reçues voulant que les modèles de soins collaboratifs aient vocation à remplacer les praticiens bien rémunérés par d'autres professionnels touchant un salaire plus faible (Lafontaine, 2022), leur adoption est destinée à lever les obstacles de prise en charge afin que les patients puissent obtenir les soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin, de la part de la personne la plus compétente (Lafontaine, 2022; Wei et coll., 2022).

Les modèles de paiement et les structures salariales destinées à rembourser les professionnels de la santé ont également la réputation d'être une entrave majeure à la mise en place des modèles de soins en équipe. Toutefois, les données probantes ne permettent pas d'établir clairement un lien entre la rentabilité des pratiques de rémunération et l'issue positive des soins en équipe.

6.0.2 Financement et rémunération

Compte tenu de la proportion importante du produit intérieur brut canadien consacrée aux dépenses de santé, le choix du financement et de la prestation des services par le secteur public ou le secteur privé s'avère toujours une source de tension considérable, de même que la détermination de la source, des modalités et du montant du paiement versé aux professionnels de la santé au titre de ces services (Marchildon et Allin, 2022).

Si le sujet est souvent abordé de manière simple et binaire, les systèmes de santé du Canada reposent en réalité sur un entremêlement de mécanismes de financement, de prestation de services et de rémunération de nature publique et privée.

Ainsi, il est extrêmement difficile de savoir qui paie pour la prestation des soins de santé au Canada, et par quel biais et à quelle hauteur les professionnels de la santé sont rémunérés. Nous reviendrons brièvement sur ces complexités et leurs implications pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé dans la suite du présent chapitre.

6.0.3 Santé numérique et soins virtuels

Les technologies numériques revêtent un énorme potentiel pour le secteur de la santé, avec d'importantes implications pour la main-d'œuvre. En effet, elles peuvent améliorer non seulement l'accessibilité pour les patients vivant loin des établissements de santé, comme décrit au chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées, mais aussi l'accès aux soins en général, sans notion de distance. Lorsque la technologie facilite la prestation des soins et optimise les ressources ou accélère le travail des professionnels, elle offre un moyen de renforcer les capacités du système dans son ensemble.

Pourtant, en pratique, sa mise en œuvre peut avoir des répercussions sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui ne sont pas toujours prises en compte (attentes, compétences, ergonomie, volume de travail, etc.). Par exemple, les professionnels de la santé au Canada déclarent consacrer en moyenne plus d'une heure par jour, *au-delà* du temps qu'ils jugent raisonnable, à la recherche de renseignements sur les patients (Inforoute Santé du Canada, 2022). Les outils numériques peuvent soulever d'autres préoccupations quant au manque potentiel de transparence, au risque de non-respect de la confidentialité des données ou encore à la pérennité de certaines fonctions (Brommeyer et coll., 2023; Organisation de coopération et de développement économiques, 2019; Socha-Dietrich, 2021). Les professionnels de la santé peuvent également avoir des difficultés à utiliser les systèmes, en particulier s'ils ne leur trouvent pas d'utilité clinique ou s'ils constatent une faible interopérabilité¹⁷. D'autres répercussions, en termes d'épuisement professionnel induit par la technologie, ont déjà été évoquées au chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs.

6.1 POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES

Les politiques et pratiques stratégiques principales ci-dessous, présentées en début de chapitre, visent à améliorer l'efficacité de prestation des services et de déploiement des professionnels de la santé.

¹⁷ L'interopérabilité désigne la fluidité d'échange ou de partage des données patient entre les professionnels de la santé exerçant dans les différents milieux de soins (Inforoute Santé du Canada, 2022).

6.1.1 Optimiser les champs d'exercice

L'optimisation du champ d'exercice des professionnels de la santé fait partie des politiques et pratiques principales propices à une meilleure efficacité en termes de prestation et de déploiement des services de santé au Canada. Cette démarche peut s'appuyer sur l'association de plusieurs stratégies incluant d'autoriser les professionnels de la santé à exercer sur champ complet et d'élargir leur champ d'exercice.

Le champ complet désigne la capacité des travailleurs à assurer l'ensemble des tâches pour lesquelles ils ont été formés et ils sont compétents (Nelson et coll., 2014). Par ailleurs, les champs d'exercice sont « élargis » lorsque les professionnels de la santé assument une gamme plus vaste de tâches qui ne seraient normalement pas intégrées à leur champ d'exercice.

L'optimisation des champs d'exercice peut s'appuyer sur le transfert et le partage des tâches, et inclure l'étude de nouveaux rôles émergents.

6.1.1.1 Améliorer la capacité des professionnels de la santé à exercer sur champ complet

D'après les données probantes, l'une des clés du déploiement efficace des professionnels de la santé réside dans leur capacité à travailler sur un champ d'exercice complet (Nelson et coll., 2014). Pour ce faire, il n'est pas forcément nécessaire d'apporter des modifications législatives ou réglementaires : les organisations peuvent instaurer en interne des processus et des procédures de travail qui y sont propices. Il existe des moyens d'offrir plus de souplesse à l'équipe de soins ou à l'établissement de santé de façon à optimiser les champs d'exercice dans un environnement réglementé veillant à la redevabilité (Nelson et coll., 2014).

Aux États-Unis, par exemple, l'exercice sur champ complet du personnel infirmier praticien en milieu de soins primaires a permis de diminuer les coûts pour le système de santé, grâce à une baisse des taux de consultation au service des urgences et des hospitalisations, ainsi qu'à la prestation de services de prophylaxie (Barnett et coll., 2022). Au Canada comme à l'étranger, les modèles de soins en équipe ont vu leur efficacité augmenter lorsque le personnel infirmier autorisé s'est mis à travailler au maximum de son champ d'exercice (Norful et coll., 2017). Le même type de résultat a été constaté pour le personnel infirmier dispensant des soins à domicile (Ganann et coll., 2019) et pour les hygiénistes et thérapeutes dentaires (Barnes et coll., 2020).

Il convient généralement de prévoir des mesures de soutien à plusieurs niveaux (p. ex., individuel, organisationnel et politique) afin de renforcer au maximum la capacité des professionnels de la santé à exercer sur champ complet (Ganann et coll., 2019; Girard, 2021; Schirle et coll., 2020). À l'échelon organisationnel, il peut s'agir d'instaurer des environnements bienveillants qui favorisent l'autonomie et l'indépendance, consolident les relations avec d'autres praticiens et améliorent la reconnaissance professionnelle (Schirle et coll., 2020).

Sur le plan politique, les données probantes provenant du Canada et d'autres territoires de compétence suggèrent que la prise de mesures législatives peut aider les professionnels de la santé à travailler au maximum de leur champ d'exercice (Egerod et coll., 2021; Girard, 2021; Litchman et coll., 2018; Nelson et coll., 2014; Norful et coll., 2017), notamment en favorisant la définition claire des champs d'exercice de façon que les professionnels de la santé puissent exploiter leurs pleines compétences en toute confiance (Girard, 2021).

Parmi les principaux facteurs propices figure le soutien accru des responsables de l'organisation, des confrères et des dirigeants des associations professionnelles (Bollen et coll., 2019; Hatton et coll., 2021; Hindi et coll., 2019; Karimi-Shahanjarini et coll., 2019; Teper et coll., 2020). À titre d'exemple, l'intégration des pharmaciens au sein d'équipes en milieu hospitalier est devenue plus aisée lorsque les autres membres ont reconnu l'importance de ce rôle et appuyé l'aptitude des pharmaciens à travailler sur un champ élargi (Hatton et coll., 2021).

S'appuyer sur le partage et le transfert des tâches

Dans le présent rapport, nous utilisons les termes « partage des tâches » et « transfert des tâches » pour désigner la réattribution proactive de certains aspects des soins de santé entre les professionnels de la santé, le personnel administratif et les patients, les travailleurs non spécialisés ou les pairs, ou encore les aidants et les familles. Cette terminologie et cette démarche sont préférables à la « substitution » des professionnels de la santé dans l'unique but de réduire les coûts. Le partage des tâches doit plutôt répondre aux objectifs suivants :

- améliorer l'accès aux soins
- optimiser les champs d'exercice des professionnels de la santé
- offrir à toutes les parties prenantes des moyens de contribuer aux soins de manière constructive et épanouissante
- et par-dessus tout, obtenir des résultats d'excellente qualité

Voici quelques exemples de transfert efficace des tâches :

- *Personnel administratif/Préposés aux registres médicaux* : la désignation de préposés aux registres médicaux ou la délégation des tâches liées à la documentation au personnel administratif a permis d'obtenir des comptes rendus de qualité égale ou supérieure (Shah et coll., 2021).
- *Familles/Parents* : les nourrissons prématurés dont les parents ont pu bénéficier d'un enseignement pour s'occuper de leur bébé en unité de soins intensifs néonataux sont sortis de l'hôpital 2,5 jours plus tôt que ceux ayant reçu des soins standard (Benzies et coll., 2020).
- *Travailleurs non spécialisés/Pairs* : les pairs en santé mentale parviennent à se rapprocher des patients et à améliorer leurs taux de satisfaction (Mutschler et coll., 2021; Naslund et coll., 2019).

En vertu d'une mise en œuvre soigneusement réfléchie, le transfert des tâches peut offrir une solution aux pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et étoffer les capacités de prise en charge (Leong et coll., 2021).

Outre les facteurs organisationnels qui entrent en jeu (financement adéquat, par exemple), le transfert des tâches peut être favorisé (Leong et coll., 2021; Mutschler et coll., 2021) :

- en formant tous les membres de l'équipe à chaque étape de la mise en œuvre, y compris en présentant sur site les avantages, les données probantes issues de la recherche et les différentes attributions
- en définissant clairement les fonctions et responsabilités de chaque membre de l'équipe
- en offrant une supervision clinique adéquate et en accompagnant les membres de l'équipe qui endossent un rôle nouveau ou élargi
- en veillant à ce que le champ de protection de leur assurance de responsabilité soit adapté en conséquence

Le chevauchement accru des champs d'exercice étendra la capacité de la main-d'œuvre à répondre aux besoins de santé de la population en améliorant l'accès aux services dans certaines régions, sans compter les possibilités d'émergence de nouveaux rôles. À titre d'exemple, le recours aux agents de santé communautaires dans les pays à faible revenu a eu des retombées positives sur les services de santé et les résultats des patients (Anthony et coll., 2019; Jack et coll., 2017). Dans le contexte canadien, les représentants gouvernementaux étaient d'avis que ces agents pouvaient par ailleurs constituer une ressource plus facilement disponible pour mener des initiatives de promotion de la santé dans certaines régions. D'après un examen récent sur l'intégration des agents de santé communautaires dans les pays à revenu plus élevé, cette approche offre un moyen éprouvé de réduire à la fois les inégalités en santé à l'égard des populations systématiquement défavorisées et le coût des services médicaux (Najafizada et coll., 2015). Si leurs rôles sont encore largement méconnus et non réglementés au Canada, les agents de santé communautaires en Alaska assurent déjà plus de la moitié de toutes les visites annuelles auprès des patients (Alaska Native Tribal Health Consortium, 2018).

Les participants au processus de consultation ont également proposé la réattribution stratégique des tâches non cliniques (p. ex., documentation) au personnel administratif dans le but de limiter le temps que les professionnels de la santé y consacrent, et ce, au profit d'une meilleure prise en charge clinique directe des patients. Comme évoqué au chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs, cette pratique améliore également la satisfaction au travail dans la mesure où le fardeau administratif pesant actuellement sur certains praticiens contribue à l'épuisement professionnel.

6.1.1.2 Élargir les champs d'exercice au moyen de formations et de soutiens appropriés

Les données probantes confirment qu'il est possible d'élargir les champs d'exercice de nombreux métiers de la santé et que, selon le contexte et le milieu, cette approche permet

d'améliorer l'efficacité et l'efficacité pour les patients ou les systèmes de santé (Anthony et coll., 2019; Banks et coll., 2020; Jansson et coll., 2021). Il est largement reconnu que l'expansion des attributions dans le secteur de la santé offre de nouveaux défis et de nouvelles perspectives d'avancement de carrière, et améliore la satisfaction professionnelle des travailleurs (Banks et coll., 2020; Fox et coll., 2021).

Toutefois, l'élargissement des champs d'exercice n'est pas toujours simple et exige souvent d'apporter des modifications législatives et réglementaires afin de garantir que les professionnels sont qualifiés et légalement autorisés à exécuter une gamme plus large de tâches (Nelson et coll., 2014).

Grâce à une formation adaptée, la mise en place de la pratique infirmière avancée dans les milieux de soins ambulatoires ou communautaires a permis d'assurer une prise en charge d'excellente qualité et à la fois plus accessible, plus productive et plus sécuritaire (Chan et coll., 2018). Si les services dirigés par le personnel infirmier ont également favorisé la continuité des soins primaires et tertiaires (Davis et coll., 2021), il est nécessaire de réaliser une évaluation approfondie dans le contexte canadien pour mesurer les avantages économiques potentiels de cette approche (Anthony et coll., 2019; Chan et coll., 2018).

D'après diverses constatations, les pharmaciens ayant suivi la formation requise pour exercer sur un champ élargi (p. ex., prescription, gestion de cas) offrent un bon rapport coût-efficacité dans certains milieux et contextes (Anthony et coll., 2019; Bullock et coll., 2019; Dawoud et coll., 2019; Graham-Clarke et coll., 2019; Hall, 2018; Hatton et coll., 2021; Hayhoe et coll., 2019; Hindi, 2019; Howarth et coll., 2020). L'intégration de pharmaciens en milieu de soins primaires a augmenté l'utilisation des soins connexes, mais a réduit le nombre de rendez-vous au cabinet des médecins et de visites au service des urgences (Hayhoe et coll., 2019).

Les techniciens en pharmacie ayant suivi une formation adaptée assument des rôles élargis dans différents milieux, ce qui peut parfois (avec l'aide de technologies comme la distribution automatisée de médicaments, éventuellement) se traduire par un gain de temps et des économies (Banks et coll., 2020; Mattingly et Mattingly, 2018). Les réductions de coût observées découlent principalement des différences de salaire entre les techniciens en pharmacie et les pharmaciens, grâce à la délégation de certaines tâches (vérification des médicaments pour éviter les erreurs de délivrance, par exemple; Banks et coll., 2020).

L'élargissement du champ d'exercice des physiothérapeutes permet de réduire le volume de travail des chirurgiens orthopédistes, d'optimiser le rôle d'autres confrères, de raccourcir le parcours des patients et d'améliorer la synergie des services dans divers milieux (Trostrup et coll., 2020; Williams et coll., 2019).

La mise en œuvre de ces différentes initiatives requiert de (Aurizki et Wilson, 2022) :

- réserver le temps nécessaire à la formation
- mettre en œuvre des modifications réglementaires
- prendre des mesures visant à prévenir l'épuisement professionnel et le risque de souffrance induit par l'augmentation des volumes de travail
- prévoir une période d'adaptation aux nouveaux processus

Les participants au processus de consultation ont souligné la nécessité d'ancrer l'élargissement des champs d'exercice de divers groupes professionnels dans la législation et la réglementation, en prenant pour exemple les projets de loi du Québec n° 90 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2002*) et n° 41 (*Loi modifiant la Loi sur la pharmacie, 2011*) visant respectivement le personnel infirmier et les pharmaciens. Les participants ont également mis en lumière les avantages d'une simplification des exigences de délivrance des permis d'exercice à l'échelle nationale.

En outre, l'élargissement des champs d'exercice peut s'avérer utile en cas de crise sanitaire induisant une hausse soudaine et urgente des besoins en matière de services.

En Ontario et dans certains territoires de compétence aux États-Unis, par exemple, des modifications législatives ont été apportées afin d'autoriser les vétérinaires à administrer, sous supervision, des vaccins contre la COVID-19 (McReynolds, 2021; Université de Guelph, 2022). Les services de diagnostic vétérinaires aux États-Unis ont également participé aux tests de dépistage de la COVID-19 (Cima, 2020).

L'élargissement du rôle des ambulanciers communautaires a permis de réduire les consultations au service des urgences et les hospitalisations et de mieux accompagner les aînés et les patients rencontrant des besoins importants au sein de la collectivité (Thurman et coll., 2021; van Vuuren et coll., 2021). Au Canada, certains services paramédicaux communautaires ont adopté des lignes directrices permettant aux ambulanciers de fournir des services, tels que le traitement immédiat de certaines conditions ou l'aiguillage vers des spécialistes, de façon à éviter l'hospitalisation (Allana et Pinto, 2021). Voici quelques exemples de cette approche :

- Alberta Health Services : EMS Mobile Integrated Healthcare – Community Paramedic Program (2023b)
- British Columbia Emergency Health Services : Community Paramedicine Program (2023)
- Île-du-Prince-Édouard : Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile (Santé Î.-P.-É., 2022)
- Nouvelle-Écosse : Community Paramedics (Nova Scotia Paramedics International Union of Operating Engineers Local 727, 2023)
- Ontario : services de santé d'urgence étendus dans certaines municipalités (gouvernement de l'Ontario, 2022b)

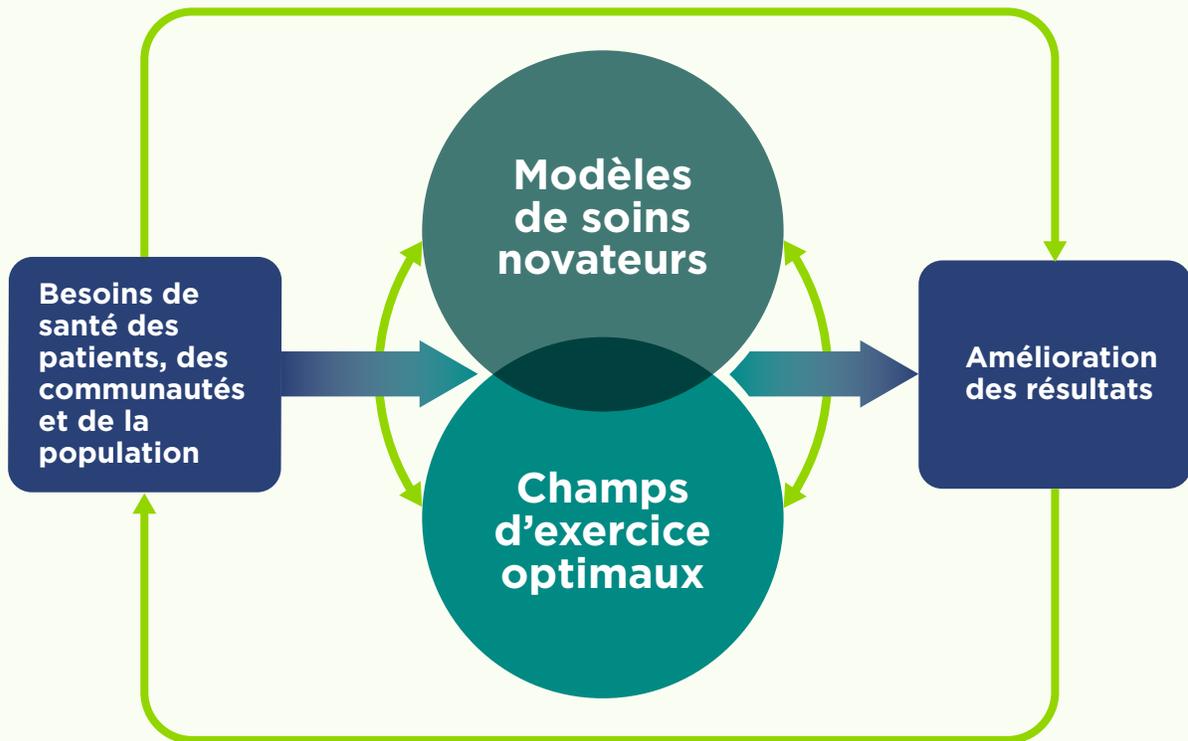
Dans certains milieux (tels que les soins palliatifs), ces pratiques ont diminué le nombre de consultations au service des urgences et amélioré la satisfaction des patients (Rosa et coll., 2022). Toutefois, le mécanisme de financement de telles initiatives (p. ex., rémunération, coût des services) reste à clarifier (Allana et Pinto, 2021). Le gouvernement de l'Ontario (2019) a mis en place de nouveaux modèles pilotes pour le remboursement des ambulanciers assurant des services élargis.

Toutefois, certains obstacles entravent l'élargissement des champs d'exercice. Ces changements peuvent être perçus comme une menace pesant sur le revenu et le statut des professionnels de la santé initialement chargés de la prestation des soins cliniques (Leong et coll., 2021), sans compter qu'ils risquent d'altérer soudainement la nature des cas cliniques pris en charge : par exemple, seuls les patients les plus complexes leur sont confiés, mais les codes de facturation ne reflètent pas cette difficulté supplémentaire. À l'heure d'élargir les champs d'exercice, il convient d'étudier soigneusement les points suivants : collaboration entre toutes les parties, système de coordination des soins, renforcement de l'autonomie des praticiens, préférence des patients, prise de décision commune, formation, soutien des systèmes organisationnels, clarté des processus et des résultats, et financement et rémunération (Leong et coll., 2021). Les mécanismes de coordination, à l'instar des modèles de gouvernance qui intègrent la collaboration et la responsabilité, peuvent offrir un outil d'optimisation supplémentaire (Meneer et coll., 2019).

Rechercher et recueillir des données pour évaluer les résultats en cas d'élargissement des champs d'exercice

Pour surmonter les incertitudes et les difficultés liées à l'élargissement des champs d'exercice, il semble nécessaire de mener des travaux de recherche supplémentaires (Patel et coll., 2019). Les enseignements tirés pourraient alors servir à orienter les politiques visant à améliorer l'efficacité du déploiement des services de santé au moyen des champs d'exercice optimisés. Il s'agit notamment d'étudier comment les besoins des patients, des collectivités et de la population en matière de santé influent sur l'évolution des champs d'exercice et des modèles de soins, dans l'optique d'améliorer les résultats (figure 20). Les participants au processus de consultation ont fait remarquer qu'il était possible de réaliser des études comparatives sur les champs d'exercice au Canada, compte tenu de leur variabilité importante d'une province et d'un territoire à l'autre. En outre, nombre d'entre eux ont jugé ce manque de normalisation déstabilisant et injustifié, et ont considéré qu'il représentait un risque ou un obstacle potentiel à la mobilité accrue de la main-d'œuvre.

Figure 20. Illustration des liens entre les champs d'exercice et les modèles de soins.



Quelle est l'influence des champs d'exercice sur les modèles de soins?

L'élargissement des champs d'exercice (c.-à-d. permettre aux pharmaciens de prescrire des médicaments), le chevauchement des champs d'exercice (c.-à-d. permettre aux infirmiers praticiens de travailler avec les médecins de famille) et la création de nouveaux rôles (c.-à-d. utiliser des innovations technologiques) nécessitent que des modifications soient apportées à la conception et à la prestation des services de soins de santé.

Adaptation d'après : Nelson et coll. (2014)

6.1.2 Déployer des modèles de soins en équipe

Les modèles de soins en équipe représentent une occasion de réinventer les soins de santé en offrant une prise en charge plus complète grâce à l'intégration d'un panel élargi de praticiens qui œuvrent dans une optique transdisciplinaire fondée sur des valeurs professionnelles et une langue de travail communes (Opie, 1997). Ces modèles intégrés de soins en équipe peuvent contribuer à équilibrer le volume de travail sur l'ensemble de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et à améliorer la satisfaction professionnelle (champ d'exercice optimal ou élargi, avancement de carrière; Wei et coll., 2022), tout en offrant un rapport coût-efficacité potentiellement intéressant (Segal et coll., 2019).

Malgré ces difficultés, certaines sphères de prestation des soins de santé dans des milieux donnés (oncologie, protection de la maternité, soins primaires ou chroniques et gériatrie, entre autres) ont intégré un éventail plus large de professionnels (infirmiers, pharmaciens, sages-femmes) dans leurs équipes (Hatton et coll., 2021; Lisy et coll., 2021; Marino et coll., 2018;

Norful et coll., 2017; Segal et coll., 2019). Ces exemples peuvent servir à appuyer la mise en œuvre de tels modèles de soins. Ainsi, l'intégration de personnel non-médecin et d'agents de santé communautaires (Jack et coll., 2017) ou encore de sages-femmes dans le cadre des soins obstétricaux (Thiessen et coll., 2020) a favorisé l'extension des services. En outre, l'intégration de pharmaciens (à condition que leurs attributions soient clairement définies) au sein d'équipes d'oncologie s'est traduite par une réduction des coûts grâce à une meilleure gestion des médicaments et à l'élargissement des services en milieu de soins primaires (Segal et coll., 2019). Au Nunavut, un modèle d'apprentissage mixte (en présentiel et à distance) à temps partiel permet aux membres du personnel hospitalier sans bagage clinique de se former aux fonctions essentielles des technologues en radiologie (Minogue, 2005). Ce programme a grandement amélioré l'accès aux services en question dans certaines des collectivités les plus septentrionales, éloignées et isolées du Canada, de l'avis des participants au processus de consultation.

Pour soutenir la transition vers les modèles intégrés de soins en équipe, une approche stratégique prometteuse consisterait à harmoniser la réglementation régissant les professions de la santé (Girard, 2021). Outils législatifs permettant de réglementer plusieurs professions en vertu d'un seul texte, les lois-cadres sont reconnues pour inciter à la collaboration interprofessionnelle (Leslie et coll., 2021). L'instauration d'une structure juridique commune promeut une culture d'égalité entre les différents corps de métier et facilite les modifications structurelles – une facette importante de la collaboration interprofessionnelle (Girard, 2021). Selon Segal et coll. (2019), par exemple, les politiques fédérales accordant aux pharmaciens le statut de praticiens indépendants autorisés peuvent jouer un rôle important dans l'expansion de leurs fonctions et permettre aux pharmaciens qualifiés de fournir des services supplémentaires aux patients.

Les participants au processus de consultation ont souligné que les structures de rémunération actuelles et le déficit de financement entravent la mise en œuvre des modèles de soins en équipe. Parmi les stratégies potentielles, ils jugent utile d'évaluer le rendement du capital investi au titre d'une telle approche et d'explorer des pistes financières pérennes. Dans cette optique, il pourrait notamment s'avérer judicieux d'investir dans la recherche et la gestion du changement afin de soutenir les professionnels de la santé qui participent à des programmes en équipe et d'obtenir des engagements financiers à plus long terme pour étendre et généraliser les initiatives fructueuses.

6.1.2.1 Définir les attributions, les structures, les processus et les passerelles pour permettre la collaboration interprofessionnelle en équipe

À la lumière de nombreuses données probantes, le fait de définir les attributions, les structures, les processus et les passerelles entre les métiers renforce la cohésion et permet donc de prodiguer de meilleurs soins en équipe (Bollen et coll., 2019; De Brún et coll., 2019; Duignan et coll., 2020; Ganann et coll., 2019; Hatton et coll., 2021; Wei et coll., 2022; Williams et coll.,

2019). Par exemple, une analyse du rôle des pharmaciens au Royaume-Uni a démontré que l'harmonisation des services et des attributions facilitait la prise en charge en pharmacie, laquelle incluait la transmission de conseils sur l'hygiène de vie et sur la modification des comportements (Hall et coll., 2018).

Les interventions destinées à améliorer la prestation des soins de santé en adaptant les attributions, et donc les pratiques de collaboration interprofessionnelle, peuvent s'avérer efficaces (Wei et coll., 2022). Les facteurs suivants sont essentiels pour promouvoir la mise en œuvre réussie des modèles de soins en équipe (De Brún et coll., 2019; Duignan et coll., 2020) :

- attitudes des professionnels de la santé (s'encouragent-ils mutuellement à travailler au maximum de leur champ d'exercice?)
- nature des pratiques de communication (régularité, interactivité)
- questions structurelles et organisationnelles : ressources (sont-elles limitées?), réglementation externe (restreint-elle la collaboration?)
- hiérarchie et équipe de direction (résistance ou soutien?, vision « collectiviste » du leadership?)

Les participants au processus de consultation ont proposé de mieux intégrer les modes d'aiguillage vers les services médicaux et d'autres spécialités afin d'améliorer l'efficacité des services de santé et la collaboration interprofessionnelle au sein du secteur. Les provinces de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ont toutes deux mis au point de nouveaux modèles de soins en équipe prévoyant l'intégration de modes d'aiguillage et la colocation des membres afin d'optimiser la collaboration entre les professionnels de la santé exerçant en milieu de soins primaires et les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, d'une part, et d'accélérer l'accès aux soins pour les patients, d'autre part. En Nouvelle-Écosse, plusieurs hôpitaux emploient un modèle collaboratif et familial de soins en équipe pour améliorer l'accès aux services de santé mentale grâce à un système commun d'aiguillage incluant fournisseurs de soins primaires, psychothérapeutes cliniques, travailleurs sociaux et professionnels en matière de santé mentale (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, 2022). Dans ce « double modèle », le personnel administratif apporte une aide à la planification à tous les praticiens. En Ontario, la clinique RAAM (Rapid Access Addiction Medicine) compte des médecins de famille, des psychologues, des psychiatres, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des conseillers en matière de lutte contre les dépendances et un intervenant-pivot qui collaborent à travers divers modes d'aiguillage à partir des services d'urgence, des organismes communautaires et des milieux de soins primaires (Sunnybrook Health Sciences Centre, 2023). De la même façon, en Alberta, le Virtual Opioid Dependency Program prend en charge la dépendance aux opiacés par l'intermédiaire d'équipes composées de médecins, d'infirmiers, de conseillers en lutte contre les dépendances, de travailleurs sociaux et de personnel de soutien professionnel (Opioid Treatment Alberta, 2018).

Les programmes de coconception dans le cadre desquels les membres de l'équipe participent à la refonte de leur service et à la définition de leurs propres objectifs et charte commune, par exemple, font partie des activités de création et de formation en équipe qui favorisent et renforcent le leadership collectiviste (De Brún et coll., 2019).

6.1.2.2 Assurer une formation continue sur les soins en équipe

Les données probantes soulignent la nécessité de dispenser une formation continue en milieu d'exercice pour favoriser l'apprentissage et le perfectionnement des professionnels de la santé dans le cadre des modèles de soins en équipe (Bollen et coll., 2019; De Brún et coll., 2019; Hall et coll., 2018; Hatton et coll., 2021). Le fait de réserver du temps pour cette formation complémentaire apparaît comme un critère essentiel à sa réussite (De Brún et coll., 2019). Prenons l'exemple d'infirmiers travaillant dans des établissements de soins de longue durée en Norvège : le renforcement du soutien organisationnel (dotation suffisante en personnel, espace physique adéquat, etc.) a contribué à créer un environnement de travail positif, à améliorer la satisfaction professionnelle et à fournir des espaces propices à l'apprentissage réflexif (Potrebny et coll., 2022).

La colocation des services (installation dans le même bâtiment) a également été jugée comme un facteur organisationnel crucial pour améliorer la collaboration interprofessionnelle à l'échelle de l'établissement et de l'équipe (Wei et coll., 2022). Hatton et coll. (2021) ont souligné que la proximité et la continuité entre les membres de l'équipe participaient à l'établissement de relations interprofessionnelles pérennes. Si cette constatation est propre à l'intégration des pharmaciens au sein d'équipes pluridisciplinaires, elle peut s'appliquer plus généralement à d'autres professionnels de la santé. Le fait de suivre des formations communes, d'apprendre ensemble et de se réunir régulièrement pour faire connaître les compétences de chaque membre, de même que la prestation de services de mentorat, sont d'autres exemples de solutions permettant de faciliter l'orientation dans les méandres des systèmes de santé (Bollen et coll., 2019).

6.1.2.3 Favoriser des milieux de travail sûrs et propices à une communication ouverte

La communication efficace entre les membres de l'équipe de soins est essentielle pour assurer leur bonne collaboration (Bollen et coll., 2019; De Brún et coll., 2019). Parmi les facteurs favorables figurent l'établissement de relations interprofessionnelles (Bollen et coll., 2019; De Brún et coll., 2019) et la refonte des structures hiérarchiques susceptibles de créer ou de maintenir des obstacles à la communication (Hatton et coll., 2021). Citons l'exemple d'une approche concertée entre médecins-conseils et pharmaciens incarnant un comportement interprofessionnel exemplaire et faisant preuve d'un solide leadership : leur attitude a permis aux autres membres de l'équipe de se sentir plus à l'aise pour collaborer sans frein hiérarchique (Hatton et coll., 2021).

Lors des consultations, les dirigeants provinciaux ont rappelé la persistance d'une territorialité professionnelle expliquant l'hésitation de certains praticiens à l'idée d'intégrer des modèles de

soins en équipe. Toutefois, les participants ont suggéré que l'épuisement et la fragilité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, à l'heure actuelle, ont pu les inciter à changer d'avis et à mieux accueillir les nouvelles approches capables d'améliorer leur bien-être et de réduire leur volume de travail.

6.1.3. Intégrer les technologies de la santé numérique

Les technologies de la santé numérique et les soins virtuels ont de nombreuses applications utiles pour soutenir la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et améliorer la prestation des soins (Goncalves-Bradley et coll., 2020). Elles vont de la simple vidéoconférence à la gestion documentaire utilisant l'intelligence artificielle, en passant par la téléchirurgie robotisée et l'automatisation (Rotenstein et coll., 2019). Les technologies de la santé numérique ont des ramifications dans presque tous les aspects des soins de santé et peuvent, à bien des égards, aider la main-d'œuvre du secteur à gagner en efficacité. À titre d'exemple, les pharmaciens et les technologues de laboratoire peuvent tirer parti de l'automatisation des processus techniques répétitifs inhérents à leur rôle (Prodaniuk, 2020; Spinks et coll., 2017). Les soins virtuels s'avèrent propices à une meilleure continuité de la prise en charge, et peuvent être mis en œuvre de manière synchrone (interactions en temps réel) ou asynchrone (enregistrement et transmission; Culmer et coll., 2019; Goncalves-Bradley et coll., 2020; O'Keefe et coll., 2021). En pleine évolution sous l'effet de la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle ils ont principalement servi à pallier les lacunes, ils continuent d'être utilisés dans le cadre d'une approche hybride (Kondylakis et coll., 2020).

Dans l'ensemble, les technologies de la santé numérique permettent de réduire les obstacles géographiques, les temps d'attente et les coûts, tout en offrant des résultats cliniques comparables (Culmer et coll., 2019; Goncalves-Bradley et coll., 2020; Odendaal et coll., 2020). En ophtalmologie, par exemple, les avantages suivants ont été constatés à la fois en milieu urbain et en milieu rural : temps d'attente écourté, baisse des coûts et amélioration des résultats pour les patients, malgré un lancement onéreux du téléprogramme (Conway et coll., 2021). Par ailleurs, les femmes enceintes ayant bénéficié d'une surveillance à distance et d'un soutien infirmier auprès d'une communauté en ligne étaient nettement plus satisfaites des soins reçus, ont affiché des taux inférieurs de stress prénatal et ont assisté à environ deux ou trois rendez-vous cliniques de moins comparativement aux patientes prises en charge selon le modèle obstétrique standard (Butler Tobah et coll., 2019). Une amélioration de l'expérience des patients et des praticiens a aussi été observée dans le cadre de la télépsychiatrie et d'autres services virtuels de santé mentale (Eze et coll., 2020; O'Keefe et coll., 2021). En outre, plusieurs articles ont pointé l'importance d'une rémunération adéquate des professionnels de la santé pour assurer la réussite de tout programme de soins virtuels (Conway et coll., 2021; Culmer et coll., 2019).

Si la connectivité mobile à large bande généralisée qui existe dans certaines collectivités offre de nouvelles possibilités de déploiement efficace de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, l'application et le succès de mise en œuvre de la télémédecine dépendent en grande

partie du milieu de soins et de la zone géographique. Les facteurs favorables et les obstacles à la prestation des soins virtuels dans les régions rurales et éloignées (Conway et coll., 2021; Goncalves-Bradley et coll., 2020; O’Keefe et coll., 2021; Odendaal et coll., 2020) sont étudiés en détail au chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées à la lumière de données probantes issues de pays à revenu faible et intermédiaire (Ciapponi et coll., 2017; Eze et coll., 2020; Oduor et coll., 2021).

Parmi les exemples canadiens de programmes de télésurveillance virtuelle visant à optimiser le déploiement de la main-d’œuvre dans le secteur de la santé, le programme RACE (Accès rapide à une consultation fondée sur l’expertise) permet aux fournisseurs de soins primaires de la Colombie-Britannique et du Yukon d’échanger avec des confrères spécialisés pour obtenir un avis urgent dans un délai de deux heures, réduisant ainsi les visites superflues au service des urgences et les consultations en personne chez les spécialistes (Wilson et coll., 2016). Le programme pilote Virtual Hallway, lancé récemment par l’Innovation Hub de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (2022), permet aux médecins et au personnel infirmier praticien intervenant en milieu de soins primaires de mener de brèves consultations téléphoniques avec des spécialistes établis dans la région ou ailleurs au Canada (p. ex., dans les provinces de l’Alberta, de l’Ontario ou de la Saskatchewan) pour obtenir un avis sur un cas en particulier. Par ailleurs, au Nunavut, le programme de soins infirmiers virtuels pour les maladies chroniques (Virtual Nurse Practitioner Chronic Disease Program) s’appuie sur une main-d’œuvre dédiée pour assurer la continuité des soins en garantissant en permanence, à tous les patients, l’accès à distance à un fournisseur de soins primaires (Borycki et Kushniruk, 2022). Cette approche a pour but de réduire les coûts en faisant baisser le nombre de patients nécessitant une évacuation médicale onéreuse pour la prise en charge urgente des symptômes aggravés d’une maladie.

L’informatique de la santé et la santé numérique sont deux disciplines qui connaissent une expansion rapide et qui s’avèrent de plus en plus importantes pour assurer une prestation durable des services, comme l’a illustré la pandémie de COVID-19 (Brommeyer et coll., 2023). La technologie entraîne des transformations pour la main-d’œuvre dans le secteur de la santé, ce qui impose, de l’avis des ministres de l’Organisation de coopération et de développement économiques, d’adopter un ordre du jour incluant :

« [...] l’évaluation des compétences, de la rémunération et de la coordination des effectifs de santé, et l’étude des mécanismes d’adaptation des compétences en question et des modèles de soins à la lumière de la numérisation et des changements technologiques en général, et de l’évolution des besoins des patients. » (Maeda et Socha-Dietrich, 2021, p. 8, traduction libre)

En réponse à ce virage technologique, les programmes accrédités d’enseignement en informatique clinique et en informatique de la santé se sont multipliés (Feldman et coll., 2022). Le Collège canadien des gestionnaires de l’information de santé (2023) recense actuellement 23 programmes accrédités (du certificat au grade de maîtrise) dispensés dans les collèges

et universités du Canada dans les domaines suivants (par ordre décroissant) : information sur la santé et gestion, documentation clinique, terminologie de la santé, et codage. En outre, Inforoute Santé du Canada (2023) finance diverses initiatives placées sous la houlette d'établissements d'enseignement ou d'organismes d'agrément afin de mieux préparer la future main-d'œuvre dans le secteur de la santé, et recueille des données dans l'optique d'évaluer l'accessibilité pour les citoyens, le besoin général en matière de soins virtuels, les besoins de prise en charge en milieu rural/éloigné et le champ d'application des soins virtuels au Canada, y compris pendant la pandémie (Borycki et Kushniruk, 2022).

6.1.3.1 Promouvoir l'adoption bénéfique des technologies de la santé numérique

Le déploiement efficace et l'utilisation responsable des technologies de la santé numérique sont tributaires du temps dont dispose la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, ainsi que de la volonté et du niveau de connaissance et de maîtrise dont elle fait preuve, pour suivre efficacement ces transformations numériques (Wong et coll., 2021). Les professionnels de la santé déplorent souvent l'absence des occasions de perfectionnement nécessaires pour utiliser pleinement la technologie et le fait que certains aspects financiers et organisationnels du travail (datant d'avant l'ère numérique) ne soient pas revus en conséquence pour tirer une valeur ajoutée des nouvelles technologies (Socha-Dietrich, 2021). Pour optimiser la mise en œuvre des technologies de la santé numérique, il s'avère indispensable de recueillir des données sur l'expérience utilisateur auprès des patients et de leurs aidants, des professionnels de la santé et d'autres acteurs clés, et de déployer des infrastructures garantissant l'accessibilité, la qualité et l'interopérabilité des systèmes.

Les compétences numériques limitées peuvent entraver une adoption à grande échelle par les professionnels de la santé, c'est pourquoi il convient de leur proposer des formations et des possibilités de découvrir les fonctionnalités inhérentes aux interventions à base technologique (Davies et coll., 2020; Goncalves-Bradley et coll., 2020; Koivunen et Saranto, 2018; Odendaal et coll., 2020). Parmi les obstacles à la mise en œuvre des technologies de télésanté en milieu infirmier, le personnel a cité l'inadéquation des soutiens et des formations, le manque d'expérience dans le domaine de la télésanté et la limitation des ressources (temps et budget, notamment; Koivunen et Saranto, 2018). Dans le cadre d'une étude, les praticiens se sont montrés globalement plus enclins à utiliser les technologies web en complément d'une prise en charge classique, plutôt qu'à titre d'intervention à part entière (Davies et coll., 2020). Ils ont souligné la nécessité de se former davantage pour gagner en confiance et être en mesure de recommander des interventions virtuelles aux patients.

Il est indispensable que les programmes en cours de conception et les politiques envisageant une transition vers les soins virtuels tiennent compte de la charge supplémentaire imposée aux professionnels de la santé (Davies et coll., 2020; Laukka et coll., 2020). En effet, le recours aux technologies de pointe peut conduire à l'épuisement professionnel des employés et à l'augmentation de leur volume de travail en raison des formations et apprentissages

supplémentaires requis (Laukka et coll., 2020). Les participants au processus de consultation ont proposé d'intégrer des formations et des normes cohérentes dans le parcours d'études et de perfectionnement professionnel continu des travailleurs de la santé afin d'améliorer la littératie numérique et la familiarisation avec les outils connexes.

En plus de la formation du personnel et des modifications de l'infrastructure technique requises (à des fins d'interopérabilité), la culture en milieu de travail doit elle aussi évoluer pour que les avantages technologiques se traduisent par des gains d'efficacité, un meilleur accès aux soins et un travail d'équipe intégré. Les approches suivantes permettent de promouvoir un tel changement :

- *Coconception* : participation active des professionnels de la santé à la conception et à la mise en œuvre des technologies numériques qu'ils sont destinés à utiliser, afin d'éviter les problèmes d'ergonomie (Organisation de coopération et de développement économiques, 2019)
- *Mobilisation d'experts* : soutien technique et expert apporté de manière efficace et en temps utile par des spécialistes de l'informatique de la santé et des dirigeants cliniques (Brommeyer et coll., 2023; Iyamu et coll., 2022; O'Malley et coll., 2015)
- *Dispositifs de sécurité suffisants* : adoption et adaptation des cadres éthique, financier et juridique applicables (Organisation de coopération et de développement économiques, 2019)
- *Affirmation du leadership technique et de la culture* : conduite de changements adaptatifs complexes en matière d'attitudes, de compétences, de confiance et d'organisation du travail (Brommeyer et coll., 2023; Iyamu et coll., 2022; Organisation de coopération et de développement économiques, 2019)

6.1.3.2 Investir dans les infrastructures et la collecte de données sur l'expérience des utilisateurs

Un déploiement à grande échelle des soins virtuels est possible à condition que les stratégies de mise en œuvre tiennent compte des exigences et des limites actuelles en matière d'infrastructure (Aghdam et coll., 2021). Parmi les défis qu'il faudra étudier et surmonter dans les pistes d'action futures figurent notamment le stockage et la gestion des métadonnées, la puissance de calcul et de traitement requise par les plateformes d'infonuagique, et les besoins en termes de confidentialité et de cybersécurité (Aghdam et coll., 2021; Goncalves-Bradley et coll., 2020). Néanmoins, il est nécessaire de normaliser et d'améliorer l'infrastructure technique en concertation avec les professionnels et les usagers, tous milieux confondus, pour assurer la prestation appropriée de soins de santé accessibles.

Les participants au processus de consultation ont proposé de recueillir des données sur l'expérience des utilisateurs afin d'évaluer la faisabilité, ainsi que l'adoption par les professionnels de la santé et les patients ou leurs aidants, et d'ouvrir le dialogue entre les

provinces et les territoires en vue du partage des pratiques exemplaires issues des programmes novateurs. Comme nous l'avons vu au chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées, les frontières administratives relatives à la délivrance des permis d'exercice des professionnels de la santé réglementés peuvent nuire à l'expansion des soins virtuels. Aux yeux des participants au processus de consultation, la participation active des organismes de réglementation à l'appui de la mise en place des soins virtuels dans les milieux appropriés constitue un élément crucial. Ils ont suggéré l'intervention du gouvernement fédéral aux fins d'harmoniser et d'uniformiser les plateformes de soins virtuels et d'autoriser les professionnels à les adapter en fonction des capacités de leur infrastructure (p. ex., bande passante, architecture technique, gestion de panel).

6.1.4 Aligner les modèles de financement et de rémunération

Les modèles de financement et de rémunération peuvent constituer un levier stratégique aux fins du déploiement plus efficace de la main-d'œuvre, dans une optique d'amélioration des résultats de santé. Outre le financement des soins qui provient de sources publiques et privées, la prestation des services est assurée par un réseau d'acteurs allant des fonctionnaires intervenant par le biais des régies de la santé aux professionnels de la santé exerçant individuellement ou collectivement dans des cabinets privés, en passant par des organisations indépendantes dont les modèles de rémunération et les structures de financement (à but lucratif ou sans but lucratif) varient. Soucieux d'apporter des éclaircissements au débat actuel sur les soins « publics » et « privés », nous commençons par fournir des définitions simplifiées, établies d'après diverses sources scientifiques et stratégiques (p. ex., Buchan et coll., 2000; Deber, 2004; Klinton, 2020; Marchildon et Allin, 2022; Nelson et coll., 2014) pour expliquer la distinction entre « financement », « prestation » et « rémunération ».

Financement des soins de santé : ce terme désigne la source des fonds, au sein d'un continuum public/privé (sans but lucratif et à but lucratif), qui servent à payer les ressources de santé, y compris la prestation des services.

Prestation des soins de santé : ce terme désigne le secteur, au sein d'un continuum public/privé (sans but lucratif et à but lucratif) qui fournit les services de santé.

Modèles de rémunération : ce terme désigne les multiples mécanismes de financement existants au niveau et à l'échelle de l'interface de financement et de prestation des services entre le secteur public et le secteur privé pour payer les fournisseurs.

6.1.4.1 Financement et prestation des soins de santé

La *Loi canadienne sur la santé* constitue le fondement législatif des systèmes de santé financés par les deniers publics au Canada et établit les critères et les conditions que les provinces et les territoires doivent respecter pour avoir droit au versement intégral des paiements au titre du Transfert canadien en matière de santé (Santé Canada, 2020). La *Loi canadienne sur la santé* a principalement pour objet de veiller à ce que tous les résidents admissibles du Canada aient, selon des conditions raisonnables, un accès universel aux services urgents financés par l'assurance-santé et offerts selon les besoins plutôt que la capacité de payer (Santé Canada, 2019).

Si le sujet est souvent abordé de manière simple et binaire (public c. privé), les systèmes de santé du Canada reposent en réalité sur un réseau complexe de mécanismes de financement, de prestation et de rémunération de nature publique et privée. L'Institut canadien d'information sur la santé (2022a) a estimé que la part des dépenses de santé prises en charge par le secteur public au Canada en 2022 représentait en moyenne 72 % des dépenses totales en la matière, le reste (soit 28 %) étant assumé par le secteur privé. Il convient toutefois d'apporter une nuance importante : les dépenses publiques de santé ne financent pas toujours des services dispensés par le secteur public. Les lacunes et les problématiques d'un tel système mixte ont été exacerbées par la pandémie actuelle, laquelle a mis ce débat sous le feu des projecteurs (Béland et coll., 2021).

Au Canada, le financement provient d'un éventail de sources gouvernementales (p. ex., fonds provinciaux/territoriaux et fédéraux issus de l'impôt et d'autres recettes), non gouvernementales (p. ex., subventions au titre d'une mission ou dons de bienfaisance) et privées (p. ex., régimes privés d'assurance, dépenses directes des ménages). Seuls les services « approfondis, mais étroits » de l'assurance-santé sont pleinement couverts par les deniers publics : consultations de base chez le médecin, services en milieu hospitalier et administration des vaccins recommandés, par exemple (Marchildon et Allin, 2022).

Il existe également un continuum public-privé en termes de prestation des soins de santé, de la fonction publique aux acteurs privés à but lucratif (Deber, 2004). La prestation privée a toujours constitué un pan majeur des soins de santé du Canada, sur le plan des structures de paiement à l'acte des médecins (Marchildon et Allin, 2022), et peut s'appuyer sur une organisation sans but lucratif ou à but lucratif. La prestation publique est généralement assurée directement par le gouvernement ou par les régies de la santé connexes. Le tableau 1 vise à clarifier les interfaces complexes de financement et de prestation entre le secteur public et le secteur privé au sein des systèmes de santé canadiens.

Tableau 1. Interfaces public-privé des soins de santé au Canada. Ce tableau propose différents exemples de modèles de financement/prestation, mais ne répertorie pas toutes les interfaces possibles. Adaptation d'après Marchildon et Allin (2022).

FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ	PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ		
	Secteur privé à but lucratif (entreprises, professionnels)	Secteur privé sans but lucratif (société civile, organisations religieuses)	Secteur public (gouvernement, régies de la santé)
Source privée (dépenses directes des ménages, régimes privés d'assurance)	Cabinets privés (p. ex., physiothérapeutes, chiropraticiens, psychologues/ psychothérapeutes), centres de vaccination, soins dentaires (pour la plupart)	Certains organismes de relève ou d'aide à la vie autonome	Soins d'urgence pour les non-résidents; demandes d'indemnisation des travailleurs (selon la province/le territoire)
Source non gouvernementale (subventions au titre d'une mission et dons de bienfaisance)	Cliniques privées en partie financées par des œuvres de bienfaisance	Certains services communautaires (p. ex., programmes de la Société canadienne du cancer, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC)	Contributions au financement des hôpitaux, pour l'achat de technologies coûteuses par exemple, et autres dépenses en capital
Source publique (gouvernements fédéral et provinciaux/ territoriaux - payeurs uniques)	Quasi-totalité des médecins, personnel infirmier des agences, certains centres de diagnostic et de chirurgie, certains établissements de soins de longue durée	Hôpitaux en Ontario, certains centres de soins de santé primaires, certains établissements de soins de longue durée	La plupart des soins en milieu hospitalier et dans les établissements de soins de longue durée, sauf en Ontario

Notre démarche d'examen de la main-d'œuvre, fondée sur une analyse documentaire et un processus de consultation, a mis au jour des données probantes limitées et peu concluantes quant aux implications pour les professionnels de la santé des modes de financement et de prestation des soins par le secteur public ou privé. S'il n'est pas impossible de comparer les différents modèles, cette tâche est extrêmement complexe et le manque d'évaluations transparentes dans le contexte canadien a un effet dissuasif (Deber, 2002).

6.1.4.2 Modèles de rémunération

Au schéma public-privé de financement et de prestation des soins s'ajoute la multitude de modèles de rémunération mis en place par les bailleurs de fonds. Si le paiement à l'acte et le salariat sont peut-être les modèles de rémunération les plus courants, comme le résume Nelson et coll. (2014), il existe de nombreux autres mécanismes en vigueur au Canada et à l'étranger : capitation, rémunération au rendement, affectation d'un budget global, financement par cas ou par activité, modèles mixtes ou à la séquence de soins, financement avec notion de population, de diagnostic ou de patient, modèles d'allocation fondée sur la santé, versements groupés ou en fonds bloqués, etc.

Les modèles de soins contemporains ont peu à peu évolué, s'écartant des approches traditionnelles axées sur les soins actifs et épisodiques pour privilégier une prise en charge transdisciplinaire complète (Nasmith et coll., 2010; Nelson et coll., 2014). Or, les modèles de frais et les structures salariales restent cloisonnés et ne vont pas toujours dans le sens des approches de prise en charge concertée, plus optimales (Nasmith et coll., 2010).

Rares sont les données probantes qui illustrent l'impact des modèles de rémunération sur les résultats pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et qui indiquent comment trouver le juste équilibre entre les intérêts souvent divergents des parties prenantes, à savoir les payeurs du secteur public et du secteur privé, les professionnels de la santé et les syndicats et associations qui les représentent, et les patients. En outre, peu d'éléments de preuve permettent de cerner les facteurs incitant les professionnels de la santé ou les organisations qui les représentent à adopter tel ou tel modèle de rémunération en particulier. Au lieu de se concentrer sur les résultats pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, les études se sont intéressées à d'autres objectifs d'optimisation parmi les cinq principaux, notamment le meilleur accès aux soins (p. ex., diminution des temps d'attente), la refonte de la prestation des soins (p. ex., établissements médicaux centrés sur la personne) et la réduction des coûts (Quinn et coll., 2020).

Il est possible de mieux éclairer les politiques de santé en évaluant l'impact pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé des divers modèles de financement et de prestation et des structures de rémunération en vigueur au Canada, et en se penchant sur les enseignements tirés à l'international. Cette démarche va dans le sens d'un cadre des systèmes de santé apprenants qui mesure les effets observés et introduit des mécanismes permettant un ajustement régulier à la lumière de ces constatations (nous y reviendrons en détail au chapitre 8 : Vision, action et impact).

LES POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES EN ACTION :

Brian habite dans un village. Un vendredi soir, en rentrant chez lui après avoir campé quelques jours, il constate la présence d'une grosse tique au niveau de son dos. Son épouse, qui est infirmière, parvient à retirer la tique mais sait qu'il court le risque de développer la maladie de Lyme. Elle lui recommande donc d'appeler son équipe de soins primaires. L'assistant du cabinet médical suggère à Brian de s'adresser directement à la pharmacie : dans sa région, elle est susceptible de prescrire le traitement prophylactique requis après une morsure de tique. Brian s'y rend immédiatement : le pharmacien lui demande ses antécédents,

détermine s'il doit suivre un traitement, prescrit les médicaments nécessaires et lui indique la posologie à respecter, ainsi que les signes à surveiller pour savoir si un autre traitement est préconisé et les mesures d'hygiène conseillées à titre préventif. Grâce au champ d'exercice étendu des pharmaciens, Brian n'a pas eu besoin de prendre rendez-vous chez son médecin de famille ou de consulter une infirmière praticienne et il a bénéficié d'une prise en charge rapide au lieu de parcourir plus de 40 kilomètres pour recevoir des soins d'urgence dans le centre urbain le plus proche.

6.2 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Le présent chapitre avait pour but d'éclaircir les difficultés et les possibilités touchant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé dans l'optique d'améliorer l'efficacité de déploiement et de prestation des services entre et au sein des groupes de professionnels de la santé et des territoires de compétence. En réponse aux problématiques actuelles rencontrées au Canada, plusieurs politiques et pratiques principales ont été formulées concernant l'optimisation des champs d'exercice, le déploiement de modèles de soins en équipe, l'intégration des technologies de la santé numérique et des infrastructures sous-jacentes, et l'alignement des modèles de financement et de rémunération.

CHAPITRE 7 :

PLANIFICATION ET DÉVELOPPEMENT



Politiques et pratiques principales

- ➔ Procéder à une planification continue et intégrée de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui permette de rattraper les retards accumulés, d'anticiper les exigences futures pour tenir compte des besoins de la population, de la demande et de l'utilisation des services, et de renforcer la capacité de mobilisation.
- ➔ Établir des données plus précises et normalisées sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour appuyer une planification sectorielle et intégrée à l'échelle des groupes de professionnels de la santé et des administrations, en veillant à l'interopérabilité avec d'autres données en matière de santé.
- ➔ Faire participer divers partenaires, y compris les patients et leurs aidants, à l'élaboration et à la mise en œuvre de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour étayer la prise de décision contribuant de manière optimale à la réalisation des objectifs d'équité, de bien-être des professionnels, d'amélioration des expériences des patients, de réduction des coûts et d'amélioration des résultats en matière de santé.
- ➔ Aligner la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et les possibilités d'éducation pour développer des parcours professionnels permettant de relever les problèmes en matière d'offre, notamment en veillant à renforcer la capacité des programmes pédagogiques, du corps enseignant et des précepteurs.

7.0 CONTEXTE

La planification et le développement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé sont des aspects importants des soins de santé. L'un des principaux objectifs de la planification est de trouver l'équilibre entre les besoins actuels et prévus de la société en matière de santé et la capacité de la main-d'œuvre, dans le cadre d'une répartition adéquate des ressources (Organisation mondiale de la Santé, 2016). La planification et le développement sont généralement des processus qui favorisent des changements intentionnels (à moyen et à long

terme) en matière de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Ils visent à prévenir toute offre excédentaire et toute pénurie de professionnels de la santé, plutôt qu'à réagir aux problèmes immédiats de dotation en personnel. L'intégration itérative, dans la planification globale des services, des processus de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé peut pallier l'incertitude inhérente à tous les systèmes de santé et atténuer la baisse de précision des projections au fil du temps (Bourgeault, 2021).

7.0.1 Changements démographiques au Canada

La croissance démographique et le vieillissement de la population sont deux des principaux facteurs qui contribuent à la hausse de la demande de services de santé au Canada (Gagnon-Arpin et Hermus, 2020). D'après Statistique Canada (2022f), la population nationale est estimée à 39 millions de personnes. En raison de l'immigration continue, elle a augmenté en moyenne de 1 % par an entre 2015 et 2019 (The Economist Intelligence Unit Ltd., 2020). En 2022, le Canada a accueilli un nombre record de nouveaux arrivants depuis l'avènement de la Confédération en 1867 (Statistique Canada, 2022f). Selon les prévisions, en 2036, les immigrants et les personnes de deuxième génération pourraient représenter ensemble près d'un Canadien sur deux (Morency et coll., 2017). Le Canada continue également de connaître une urbanisation importante, la plupart des nouveaux arrivants s'installant avant tout dans les grands centres urbains (Statistique Canada, 2022g).

En outre, le Canada affiche le taux de fécondité le plus bas en Amérique du Nord. Depuis 2015, la proportion des aînés dépasse celle des enfants (The Economist Intelligence Unit Ltd., 2020). La population du pays est donc vieillissante. Depuis 1950, le Canada affiche les plus faibles taux de mortalité en Amérique du Nord et l'espérance de vie continue d'augmenter au XXI^e siècle (Latapi et coll., 2021). Il existe toutefois d'importantes inégalités. D'après Statistique Canada (2019), l'espérance de vie est « toujours beaucoup plus courte au sein des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits à domicile par rapport à la population non autochtone à domicile ». En outre, les écarts se creusent dans certains domaines de la vie de tous les jours, tels que l'éducation. En 2015, 47 % des Canadiennes et des Canadiens avaient suivi au moins une formation collégiale et, d'ici à 2050, cette proportion devrait passer à 74 % (Latapi et coll., 2021). À l'inverse, l'illettrisme et l'innumérisme sont en hausse (Statistique Canada, 2022h).

En 2018, plus de 400 000 Canadiennes et Canadiens, soit une personne de plus de 85 ans sur quatre, étaient atteints de démence (Institut canadien d'information sur la santé, s. d.). La hausse de l'espérance de vie entraîne une augmentation du nombre de personnes atteintes de démence (Ahmadi-Abhari et coll., 2017). Les besoins médicaux complexes doivent également être pris en considération. Plus de 90 % des personnes atteintes de démence ont au moins un autre problème de santé chronique et près de 20 % ont cinq comorbidités ou plus (Griffith et coll., 2016). En outre, il existe une population restreinte, mais croissante, d'enfants ayant des besoins médicaux complexes qui nécessitent des soins de la part de plusieurs fournisseurs de services sur une période prolongée (Cohen et Patel, 2014).

L'ensemble de ces changements du profil démographique et épidémiologique doit être pris en compte pour une bonne planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

7.0.2 Disponibilité actuelle des données et approches de planification des soins

Les approches de planification et de développement sont plus efficaces lorsqu'elles sont étayées par des données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui sont précises, opportunes et exploitables. Or, au Canada, ces données varient en fonction des métiers et des administrations et manquent d'harmonisation (Bourgeault, 2021). Par conséquent, la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada se fait traditionnellement de manière ad hoc, sporadique et cloisonnée par profession, administration ou secteur. En effet, les systèmes d'éducation et de formation en santé n'ont pas été pleinement intégrés à la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. En outre, toute planification des postes de formation aux métiers de la santé peut être fondée sur plusieurs hypothèses erronées, comme la supposition que les personnes formées dans une province resteront y exercer. Un manque de planification peut engendrer des coûts importants et entraîner des pertes d'efficacité et des doublons à l'échelle du système. Cet écart s'aggrave encore lorsque les filières d'éducation ne sont pas optimisées pour maintenir les effectifs et accompagner les étudiants, lesquels ne sont donc pas toujours bien préparés à entrer dans la vie active et à relever les problèmes en matière d'offre.

Le cadre présenté au début de cette section thématique (figure 16) offre une approche actualisée de la planification, du développement, du déploiement et du soutien de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Il inscrit la planification dans le contexte plus large de l'amélioration de la qualité des soins et de l'optimisation des systèmes de santé (Bourgeault et Chamberland-Rowe, 2023). En premier lieu, il s'inspire du cadre de qualité des soins de santé de Donabedian (1982) pour définir un ensemble flexible de structures, de processus et de résultats pertinents.

Comme l'expliquent McDonald et coll. (2007), les structures des soins de santé représentent des aspects matériels et organisationnels incluant les installations, l'équipement, le personnel et les processus opérationnels et financiers. Bourgeault et Chamberland-Rowe (2023) suggèrent d'étudier également les structures (tels que les facteurs sociologiques, technologiques, économiques, environnementaux, politiques, juridiques, éthiques et démographiques) susceptibles de faciliter ou de compliquer le fonctionnement des systèmes de santé. À titre d'exemple, les structures réglementaires peuvent influencer ce que les praticiens peuvent faire (c'est-à-dire les champs d'exercice) et où (c'est-à-dire à l'intérieur des frontières provinciales ou territoriales).

Les processus sont les mécanismes d'interaction (c'est-à-dire les intrants, les activités et les extrants) du développement, de la planification et du déploiement de la main-d'œuvre dans le

secteur de la santé. Dans l'idéal, l'accès aux données nécessaires sur la santé de la population et l'offre de main-d'œuvre (intrants) permet d'effectuer une planification et des prévisions itératives et consultatives (activités). Ces processus constituent un moyen de garantir le déploiement et la répartition équitables d'un éventail harmonisé de travailleurs de la santé entre les secteurs et les régions, dans le cadre de modèles de soins sûrs et appropriés, assortis d'une gestion et d'un accompagnement adéquats (extrants; Bourgeault et Chamberland-Rowe, 2023). Ce modèle a également été mis à jour en établissant un lien plus explicite entre la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et l'optimisation des résultats pour le système de santé (les cinq objectifs à atteindre).

Cette section examine les données probantes relatives aux pratiques exemplaires de planification efficace de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, y compris les données requises à cette fin, ainsi que les approches de développement de la main-d'œuvre en matière d'éducation, de formation et de mentorat des futurs professionnels de la santé.

7.1 POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES

Les politiques et pratiques stratégiques principales ci-dessous, présentées en début de chapitre, visent à améliorer un aspect de la planification et du développement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

7.1.1 Procéder à une planification continue et intégrée de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

La planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est plus efficace lorsqu'elle est intégrée à un système de santé apprenant qui fournit les structures et la culture propices à la mise en œuvre. Un système de santé apprenant s'appuie sur les meilleures données probantes disponibles, vise à en tirer le meilleur parti et renforce l'apprentissage par la mise en œuvre dans le but ultime d'améliorer l'efficacité et la résilience des systèmes de santé afin d'améliorer les soins aux patients (Instituts de recherche en santé du Canada, 2021b). En retour, de nouvelles connaissances en matière de recherche et de planification seraient recueillies de façon systématique et proactive afin d'améliorer davantage (et de déployer à grande échelle) les stratégies de planification, de développement, de déploiement et de maintien des effectifs de santé. Tant les publications scientifiques que les participants au processus de consultation recommandent que la planification proactive au regard des problématiques liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé tienne compte des besoins de la population, de la demande et de l'utilisation des services dans le contexte des évolutions démographiques et de l'organisation de la prestation des services. Idéalement, la planification et la mise en œuvre devraient intervenir de façon continue, en milieu d'exercice (p. ex., au sein des équipes de professionnels de la santé), au niveau régional (p. ex., associations professionnelles, organismes de réglementation, syndicats et établissements d'enseignement) et à l'échelle systémique (gouvernements fédéral et provinciaux), en s'appuyant sur des données améliorées et des plateformes décisionnelles interactives. Le

tableau de bord interactif de la Nouvelle-Écosse, « Action for Health - Public Reporting », fournit des renseignements transparents sur la demande de services de santé et sur les schémas d'utilisation (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, 2023).

7.1.1.1 Intégrer de multiples approches dans la planification de la main-d'œuvre

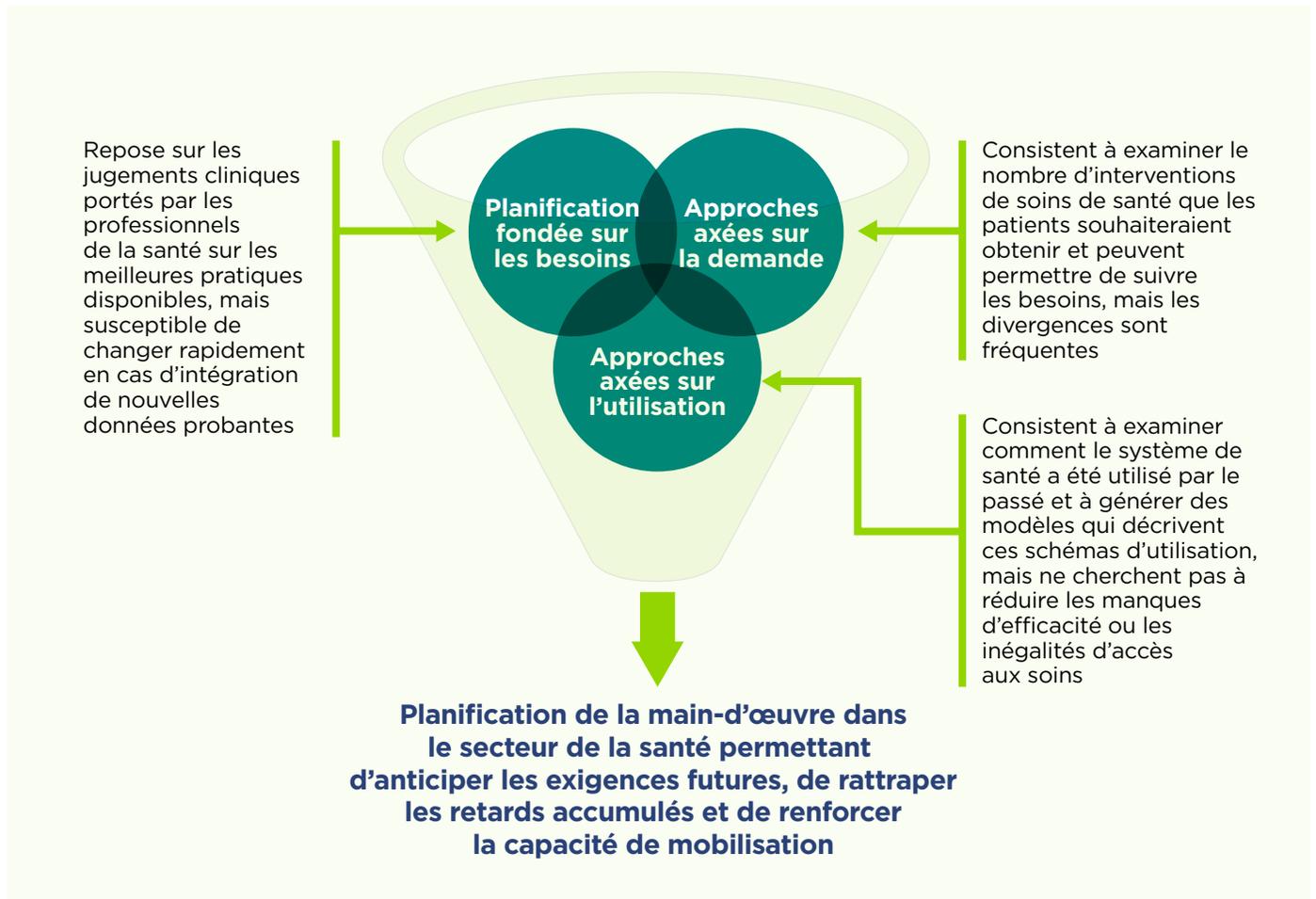
En 2016, l'Organisation mondiale de la Santé a publié une nouvelle stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé axée sur le passage à une planification fondée sur les besoins de la population. La planification fondée sur les besoins doit reposer sur les jugements cliniques portés par les professionnels de la santé sur la base des meilleures données probantes disponibles et tient compte des besoins en santé de la population, de sorte à pouvoir déterminer l'ampleur, l'éventail de compétences et le déploiement des effectifs de santé requis pour répondre à ces besoins, aujourd'hui et à l'avenir (Bärnighausen et Bloom, 2009; MacKenzie et coll., 2019). Les approches de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé fondées sur les besoins peuvent être opposées aux approches axées sur la demande ou sur l'utilisation.

Les approches axées sur la demande consistent à examiner le nombre de rendez-vous ou d'interventions de soins de santé que les patients ou les membres du public souhaiteraient obtenir, puis à planifier la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour qu'il soit possible de répondre à cette demande à l'avenir. Les besoins et la demande ne sont pas toujours équivalents, car la demande peut excéder les besoins et vice versa. C'est par exemple le cas quand des tests médicaux sont prescrits en plus de ceux préconisés par les directives cliniques (Chami et coll., 2017). En outre, la prestation de services de santé élargis, nouveaux ou supplémentaires peut susciter une demande qui, sans surveillance ou réglementation appropriée, risque d'avoir une valeur ajoutée ou un impact supplémentaire faible, voire nul. À titre d'exemple, certaines approches relatives aux temps d'attente en chirurgie se sont traditionnellement concentrées sur la création d'un volume et d'un débit plus importants et ont généralement entraîné une augmentation quasi proportionnelle de la demande, si bien que les listes d'attente n'ont pas diminué en termes arithmétiques (Chan et coll., 2015).

Les approches axées sur l'utilisation consistent à examiner comment le système de santé a été utilisé par le passé et à générer des modèles qui décrivent les schémas d'utilisation, en accordant une attention particulière aux caractéristiques démographiques de la population qui accède aux services et des professionnels de la santé qui les fournissent. Ces variables démographiques servent ensuite à prévoir le nombre de professionnels de la santé requis pour maintenir le même niveau de prestation des services à l'avenir (Denton et coll., 2009). Les approches axées sur l'utilisation ne cherchent pas à réduire les manques d'efficacité ou les inégalités d'accès aux soins (c'est-à-dire quand certaines populations systématiquement défavorisées renoncent à des soins de santé pourtant nécessaires parce qu'elles ont été victimes de discrimination par le passé; Tomblin Murphy et coll., 2012). Elles peuvent toutefois constituer des premières étapes essentielles (bases de référence) pour les approches axées sur la demande ou fondées sur les besoins (Denton et coll., 2009).

Chacune de ces approches présente des points forts et des limites, mais la planification fondée sur les besoins a été reconnue comme un pilier de la couverture sanitaire universelle (Organisation mondiale de la Santé, 2016). La figure 21 montre en quoi il est intéressant d'associer différentes approches pour la planification des soins de santé.

Figure 21. Utilisation d'approches complémentaires pour la modélisation des exigences en matière de soins de santé et la planification de la main-d'œuvre.



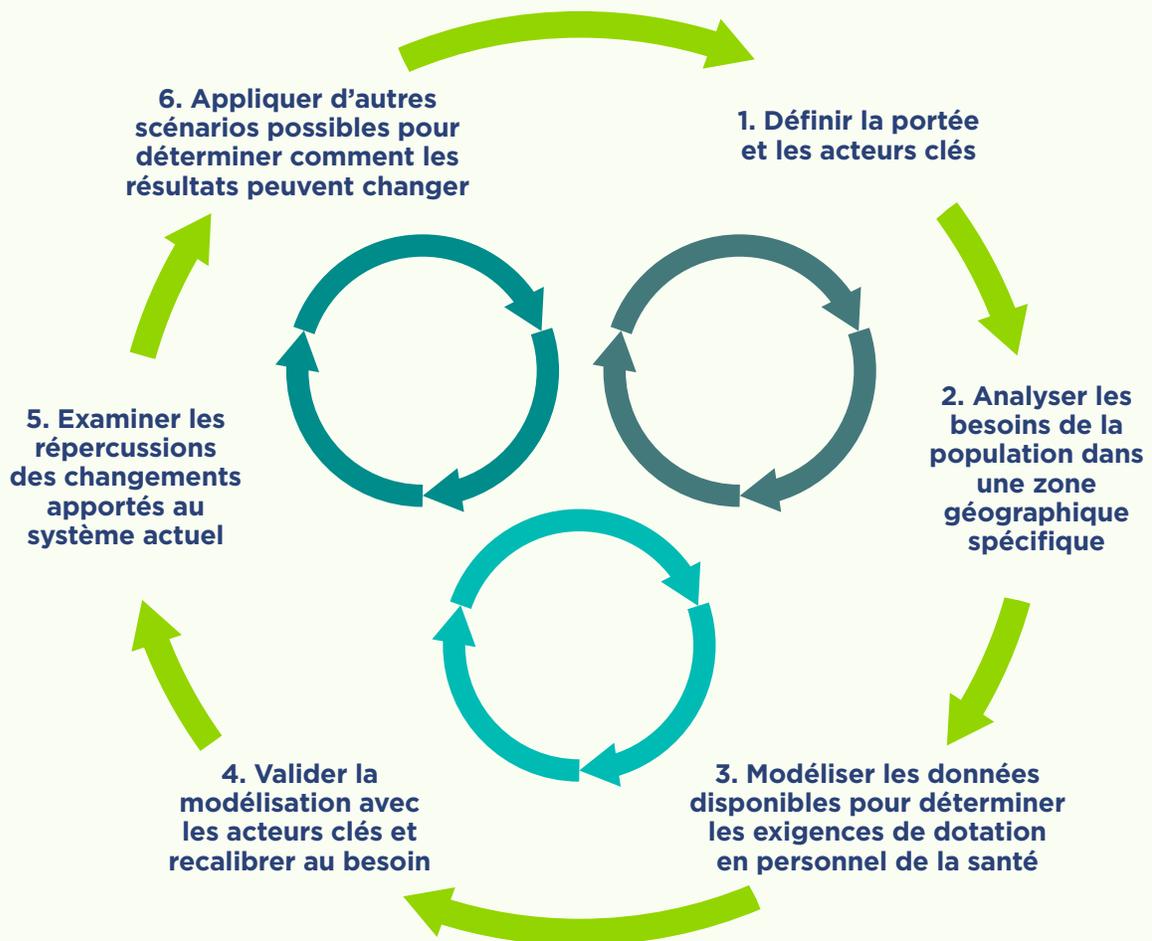
7.1.1.2 Planifier des systèmes de santé réactifs pour répondre aux besoins de la population

L'objectif prépondérant de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est de proposer une offre de professionnels de la santé possédant tout l'éventail de compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la population. L'offre et la demande de professionnels de la santé évoluent aux niveaux individuel, organisationnel et régional, et les facteurs qui entrent en ligne de compte à chaque niveau diffèrent selon les praticiens (Squires et coll., 2017). Sur le plan méthodologique, la modélisation et la prévision des effectifs de santé fondées sur les besoins de la population comportent six étapes qui sont décrites à la figure 22.

Ces six étapes s'enchaînent généralement de manière chronologique, mais des allers-retours itératifs sont possibles pour optimiser les résultats de la planification (Asamani et coll., 2021; Simkin et coll., 2021). Les pratiques exemplaires encouragent leur mise en œuvre dans le cadre d'un processus itératif (continu), car les changements apportés au système de santé peuvent avoir des conséquences involontaires auxquelles il faut remédier. Les modifications législatives, réglementaires et stratégiques, les changements technologiques, l'évolution des directives sur les pratiques cliniques exemplaires, la variation des besoins de la population ainsi que de nombreux autres facteurs rendent également nécessaire une planification continue.

Figure 22. Étapes itératives de la modélisation et de la prévision des effectifs de santé fondées sur les besoins de la population.

MODÉLISATION ET PRÉVISION DES EFFECTIFS DE SANTÉ FONDÉES SUR LES BESOINS DE LA POPULATION



Adaptation d'après : Asamani et coll. (2021) et Simkin et coll. (2021)

Une perspective pluridisciplinaire est l'approche idéale pour une planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé fondée sur les besoins (MacKenzie et coll., 2019; O'Malley et coll., 2022). Les patients, les familles et les aidants peuvent également appuyer cette démarche lorsqu'on leur accorde le rôle important de partenaires des soins, chargés de faire connaître leurs besoins et leurs points de vue. La planification doit aussi être dynamique pour tenir compte de la modification des schémas de pratique qui découle des décisions stratégiques, des avancées technologiques et des choix des travailleurs, incluant notamment :

- l'évolution des champs d'exercice (p. ex., pouvoir de renouvellement des ordonnances pour les pharmaciens; Association des pharmaciens du Canada, 2023)
- le passage à des soins interdisciplinaires en équipe¹⁸, par exemple les équipes Santé familiale de l'Ontario (gouvernement de l'Ontario, 2022c) et les groupes de médecine de famille du Québec (gouvernement du Québec, 2023)
- la fluctuation de l'intensité du travail et des flux de patients (p. ex., le nombre de consultations par année; Stetina et Krouzecky, 2022)
- le changement d'orientation de la pratique (p. ex., l'abandon des services vétérinaires pour les animaux de consommation en réponse à l'augmentation de la demande de soins pour les animaux de compagnie; Association canadienne des médecins vétérinaires, 2020)
- l'autonomisation des patients et des aidants et les partenariats (p. ex., l'autogestion et les programmes dirigés par des pairs; Rees, 2019)
- l'adoption d'outils et de solutions en matière de santé numérique (Organisation de coopération et de développement économiques, 2019)

Par exemple, à l'instar du Canada, la Nouvelle-Zélande fait face à une demande accrue de soins de santé chroniques due au vieillissement de la population, ainsi qu'à des pénuries potentielles de personnel de soins primaires. Toutefois, en matière de prise en charge du diabète, la forte hausse prévue de la demande de personnel de soins primaires a été endiguée grâce aux changements apportés au modèle de soins, qui consistent à adopter les technologies de la santé numérique, à mettre en œuvre des interventions visant à développer les compétences d'autogestion des personnes diabétiques, à utiliser la télésanté et les services de santé en ligne lorsque cela s'avère efficace, ainsi qu'à faciliter la participation des patients au processus de soins (Rees, 2019). Il est également possible de modifier plus largement le système de santé en s'appuyant sur des systèmes d'information interopérables permettant d'apporter un soutien décisionnel, d'aider les praticiens à fournir des services coordonnés et de réduire la duplication des interventions et des tâches administratives (Organisation de coopération et de développement économiques, 2019).

Toutefois, au Canada, parce qu'elle est généralement cloisonnée par profession, la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé n'est pas intégrée au système de santé dans

¹⁸ Il s'agit d'équipes composées d'infirmiers praticiens, de médecins, d'infirmiers autorisés, de travailleurs sociaux, de pharmaciens et de diététistes.

son ensemble. Cette approche ne correspond pas à la façon dont les patients accèdent aux services, car il faut parfois faire appel à plusieurs praticiens pour répondre aux divers besoins en matière de santé d'un même patient (Bourgeault, 2021). La planification est plus efficace lorsqu'elle est effectuée par secteur (soins de longue durée, soins primaires, etc.) plutôt que par discipline ou par métier, tout en reconnaissant les liens intersectoriels pertinents (p. ex., la disponibilité des soins de longue durée et la dotation en personnel dans ce secteur influent sur les besoins en lits d'hôpitaux et sur les effectifs connexes). Citons notamment l'exemple du tableau de bord interactif en ligne de la Health Resources and Services Administration (2022a), aux États-Unis, qui organise ses projections par secteur et qui inclut plusieurs groupes de professionnels de la santé.

En termes d'intrants, la détermination de l'offre de professionnels de la santé requise fait intervenir de nombreux facteurs, notamment : le nombre et l'éventail de professionnels de la santé, leur disponibilité, le temps qu'ils peuvent consacrer à la prestation des services, leurs compétences et leur capacité de réponse aux besoins actuels, et le rythme de la prestation des services (MacKenzie et coll., 2022). En matière de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, il est particulièrement important d'abandonner les mesures de la capacité de plus en plus imprécises qui se fondent uniquement sur les effectifs, sans tenir compte des taux d'activité et de participation (Simkin et coll., 2021).

L'évaluation de la demande en matière de santé de la population est également une mesure dynamique faisant intervenir de multiples facteurs, tels que la taille et les caractéristiques démographiques d'une population, l'incidence et la gravité des maladies et affections, ainsi que le volume et l'éventail des services nécessaires pour les traiter avec succès (MacKenzie et coll., 2022). À titre d'exemple, Simkin et coll. (2021) ont élaboré une trousse d'outils de planification régionale du personnel de soins primaires intégrés, à Toronto, et ont constaté un manque de données disponibles ou d'excellente qualité afin de permettre une planification quantitative pour certains segments de la population, notamment les peuples autochtones, les sans-abri et les personnes non assurées. Cette lacune a conduit à l'utilisation d'autres sources de données (c'est-à-dire des sondages locaux) pour obtenir les informations nécessaires à la planification.

Mettre en pratique les plans de dotation en personnel de la santé

La mise en pratique concrète des modèles de planification des effectifs de santé constitue l'une des principales limites dans ce domaine. Rares sont les modèles de planification décrits dans les travaux de recherche universitaires qui ont été appliqués en situation réelle (Safarishahrbijari, 2018). Les modèles de planification de la main-d'œuvre peuvent être hautement conceptuels et présenter des enchaînements de causalité très larges au lieu de traiter les relations entre des facteurs spécifiques (Sonderregger et coll., 2021). Ce problème est aggravé par le manque d'ensembles de données disponibles sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, par le faible nombre de mesures fiables et cohérentes et par le désaccord sur ce qui constitue un niveau « adéquat » de prestation des services de santé (Lopes et coll.,

2021; O'Malley et coll., 2022). Cela peut compliquer l'application concrète des modèles de planification. En outre, l'absence d'une culture d'intégration de la planification des effectifs de santé dans certains systèmes constitue une limite majeure. La concordance peut être améliorée en encourageant le dialogue entre les personnes qui participent à la planification et celles qui mettent en œuvre des politiques en réponse à ces plans, comme l'illustre la figure 22.

L'harmonisation des besoins en matière de santé de la population avec l'offre de professionnels de la santé nécessite la contribution d'acteurs clés, dont les planificateurs principaux, les responsables cliniques, les professionnels de la santé, les patients et les aidants. Cela comprend également la répartition des services entre les praticiens et les modèles de soins afin d'assurer une adéquation optimale de la capacité en fonction des besoins. Des données quantitatives et qualitatives sont nécessaires pour permettre cette harmonisation (Chamberland-Rowe et coll., 2021; Simkin et coll., 2021). Afin de maximiser les chances de réussir la mise en pratique des plans, il faut analyser un ensemble d'indicateurs épidémiologiques clés illustrant les besoins de la population (p. ex., âge, genre, origine ethnique) ainsi que les indicateurs relatifs à la demande et à l'utilisation (p. ex., les consultations au cabinet et les listes d'attente), mais aussi les stratégies de modélisation de l'incertitude (Lopes et coll., 2021). La modélisation de l'incertitude consiste à prendre en compte les « inconnues », par exemple les effets retardateurs, qui peuvent survenir en raison des facteurs d'évolution de la démographie et des exigences en matière de services qui ne sont pas suffisamment pris en compte, ainsi que des retards résultant de la formation des nouveaux professionnels de la santé.

7.1.1.3 Planifier un renforcement de la capacité de mobilisation afin de maintenir la prestation des services durant les pics de demande

La capacité de mobilisation a été définie comme l'aptitude d'un système de santé à gérer un afflux rapide ou soudain de patients en utilisant les ressources disponibles (Association canadienne des médecins d'urgence, 2020) afin d'assurer une hausse temporaire des capacités engendrant des effets d'entraînement à l'échelle des systèmes. En plus de disposer des ressources nécessaires, les systèmes de santé doivent faire preuve de souplesse et d'adaptation pour les utiliser de manière efficace et efficiente. Dans un examen de la portée des interventions du personnel de la santé en réponse aux catastrophes naturelles, aux phénomènes météorologiques extrêmes et aux épidémies de maladies infectieuses, Coates et coll. (2021) ont réparti les stratégies dans diverses catégories, selon qu'elles visent à augmenter le nombre de professionnels de la santé dans une région donnée exigeant une capacité de mobilisation accrue, à offrir aux travailleurs de la santé la souplesse nécessaire pour satisfaire aux besoins de manière innovante ou encore à favoriser le maintien en poste des praticiens en exercice.

Dernièrement, au Canada, les pandémies de COVID-19 et de SRAS ont exigé, tout comme la multiplication des cas d'intoxication médicamenteuse, un renforcement de la capacité de mobilisation. Dans le cadre de leur examen de la capacité de mobilisation pendant la COVID-19 et d'autres pandémies de maladies respiratoires récentes, Gupta et coll. (2021) ont constaté que

la plupart des recherches portent sur la disponibilité et l'occupation des lits en unité de soins intensifs (USI). Or, les poussées pandémiques présentent des défis non seulement pour les USI, mais aussi pour d'autres secteurs comme l'accès aux ambulances et aux ambulanciers, les soins primaires, communautaires et de longue durée, et la santé publique. Cette étude et d'autres travaux ont toutefois fait état d'insuffisances notables en termes d'évaluation des stratégies de dotation en personnel de la santé dans les situations de crise (Coates et coll., 2021; Gupta et coll., 2021).

La volonté des professionnels de la santé d'intervenir constitue un autre aspect de la capacité de mobilisation. Murray et coll. (2020) s'y sont intéressés dans le contexte de futurs incidents biologiques à grande échelle, incluant les pandémies, et ont constaté que la volonté des professionnels de la santé d'intervenir pourrait être inférieure à 50 % et ne dépasserait probablement pas 80 %. Cette constatation a d'importantes répercussions sur la planification du renforcement de la capacité de mobilisation. Parmi les facteurs d'influence, citons :

- la disponibilité des vaccins
- les programmes de formation pour la gestion du nombre de patients pendant les éclosions, la prestation de soins aux patients et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle
- l'existence d'un code de déontologie déterminant si et quand les professionnels de la santé sont amenés à intervenir dans les situations d'urgence liées à une maladie infectieuse

Compte tenu des pénuries actuelles de main-d'œuvre dans le secteur de la santé décrites précédemment, les systèmes de santé canadiens disposent à ce jour d'une capacité de mobilisation limitée pour faire face à des perturbations majeures comme une pandémie. La situation est plus préoccupante encore dans certains systèmes de santé canadiens qui peinent à réagir efficacement aux variations plus « prévisibles » de l'activité, à l'image de la grippe saisonnière qui, dans des régions éloignées, entraîne une hausse des évacuations médicales (Lee et coll., 2022). La planification continue et intégrée de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé peut atténuer l'impact des pics anticipés ou non pour permettre aux professionnels de la santé d'être préparés et aux patients de recevoir les services nécessaires.

7.1.2 Établir des données plus précises et normalisées sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

La planification de la main-d'œuvre est optimisée lorsqu'elle prend la forme d'un exercice itératif et interactif qui s'appuie sur des données d'excellente qualité et disponibles concernant l'offre de professionnels de la santé et les besoins en santé de la population pour évaluer les exigences, la capacité et la concordance entre l'offre et la demande (Bourgeault et Chamberland-Rowe, 2023; SoinsSantéCAN, 2022). Au Canada, le manque de données normalisées a également entravé la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Barnes et Novosel, 2018).

7.1.2.1 Recueillir des données complètes à l'appui de la modélisation et de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

Des données précises, accessibles, détaillées et actualisées, comprenant non seulement le nombre de professionnels de la santé, mais aussi leur disponibilité (volume et localisation), leur capacité de réponse à certains besoins spécifiques (champ d'exercice) et leur rythme de prestation des services, sont essentielles pour la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Bourgeault et Chamberland-Rowe, 2023). À titre d'exemple, étant donné que la majorité des effectifs de santé se déclarent de sexe féminin, le personnel est susceptible d'être particulièrement touché par les attentes sociétales liées au genre en matière de prestation des soins. Il conviendrait d'intégrer des données ventilées par genre pour consolider la modélisation et la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, et notamment pour comprendre l'impact différentiel des pandémies sur les femmes et les hommes (Gupta et coll., 2021). Parmi les données importantes en matière d'équité, citons également l'appartenance à une communauté racisée ou l'identité autochtone, en respectant la souveraineté des données autochtones.

D'après la littérature, la collecte de données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pourrait inclure le type et l'offre (entrées et sorties) de professionnels de la santé, ainsi que leur disponibilité, leur accessibilité, leur répartition et la variété des tâches qu'ils effectuent, mais aussi la capacité du système, la demande de la population, les taux d'utilisation, l'état de santé, les données démographiques et le statut socioéconomique (Blay et coll., 2022; Joyner et coll., 2020; Khalilnezhad et coll., 2020; O'Malley et coll., 2022; Witter et coll., 2020). En outre, la capacité de relier les données sur la main-d'œuvre à d'autres sources de données (p. ex., démographie, éducation et caractéristiques d'exercice) en utilisant un identificateur unique est bénéfique afin d'évaluer les répercussions bidirectionnelles sur les résultats pour les praticiens et les patients (Barnes et Novosel, 2018).

Tant des données quantitatives (pour la modélisation) que des données qualitatives (afin de fournir un contexte et des scénarios) sont nécessaires pour une planification rigoureuse (Chamberland-Rowe et coll., 2021). Il est essentiel de disposer de données quantitatives complètes et facilement accessibles pour élaborer des modèles permettant d'harmoniser les services avec les besoins (O'Malley et coll., 2022). Pourtant, les données quantitatives ne sont pas toujours complètes et les lacunes peuvent entraîner une inadéquation entre les services et les besoins. Les données qualitatives et les renseignements sur la main-d'œuvre fournis par les patients et les aidants, les professionnels de la santé et d'autres acteurs clés peuvent minimiser les lacunes dans la planification en tenant compte des incertitudes possibles dans les données quantitatives et en expliquant les réponses des participants. L'analyse prospective (c'est-à-dire la détection précoce et l'évaluation des nouvelles menaces), la génération de scénarios, la modélisation des effectifs de santé et l'analyse stratégique fournissent des cadres importants pour la mise à jour dynamique de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Chamberland-Rowe et coll., 2021).

D'après l'analyse documentaire, les ensembles de données précises et complètes sur les effectifs de santé font défaut pour permettre une planification efficace de la main-d'œuvre (Barnes et Novosel, 2018; Blair et coll., 2022; Blay et coll., 2022; Khalilnezhad et coll., 2020; Lopes et coll., 2021; O'Malley et coll., 2022). À titre d'exemple, le rythme auquel les services peuvent être fournis est parfois plus facilement disponible pour les médecins qui facturent chaque service que pour les infirmiers et d'autres professionnels de la santé salariés. En conséquence, une solution alternative consiste à obtenir les données par d'autres moyens comme ceux énumérés ci-dessous :

- le nombre brut de professionnels de la santé peut être obtenu à partir des données sur les effectifs (d'après les registres tenus par les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux) dont certaines sont recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (2023; Denton et coll., 2008; Leonard et coll., 2014)
- les données sur les professionnels de la santé qui s'installent (entrées) ou qui cessent d'exercer (sorties) peuvent être obtenues auprès des organismes de réglementation et à partir des enquêtes sur la population active ainsi que sur la base des estimations du taux de postes vacants et des sondages sur l'intention de quitter l'emploi (Dass et coll., 2022)
- les données sur le volume et le type de prestation des services peuvent être obtenues à partir des dossiers de facturation (lorsqu'ils sont disponibles pour certains praticiens) ou les données sur les équivalents temps plein peuvent aider à mesurer plus précisément la capacité de service qu'un simple décompte des effectifs

Ces sources de données sont souvent incohérentes d'un groupe de professionnels de la santé et d'une spécialité à l'autre et peuvent manquer de détails importants (MacKenzie et coll., 2022) ou nécessiter de nombreuses hypothèses et extrapolations pour être utiles à des fins de planification.

Repenser les approches de collecte de données au Canada afin de construire des ensembles plus complets

Il existe différentes sources de données (p. ex., recensement, sondage) sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada. Les données de recensement des professionnels de la santé proviennent en grande partie du registre des praticiens qualifiés et autorisés que les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux sont tenus d'établir en vertu de la loi (Bourgeault, 2021). Sauf dans les cas où la production de données normalisées est obligatoire, comme en Ontario au sein de la Base de données des professions de la santé, les gouvernements reçoivent différents types et volumes de données issues des registres.

L'Institut canadien d'information sur la santé (2022e et 2022f) est un organisme pancanadien qui recueille des renseignements sur les effectifs de plus de 30 métiers de la santé, en grande partie auprès des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux, grâce à des ententes de partage des données. Il est important de souligner que l'Institut, n'ayant pas le

pouvoir législatif de recueillir directement des données sur la main-d'œuvre, s'appuie plutôt sur des collaborations avec diverses parties prenantes réalisant la collecte de données. La variabilité des intrants et le manque de normalisation font que les définitions diffèrent selon les ensembles de données et que le format des données et le calendrier/la fréquence de la collecte de données varient (Bourgeault et coll., 2019). L'Institut (2022g) a récemment mis à jour sa norme de données du fichier minimal pour s'attaquer à ces limites et travaille actuellement avec le Réseau canadien des personnels de santé pour concevoir une norme améliorée dans une optique de planification de la main-d'œuvre.

Les spécialistes de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé peuvent également associer plusieurs sources de données pour modéliser les besoins, la demande et l'utilisation. À titre d'exemple, pour élaborer une trousse d'outils visant à appuyer la planification du personnel de soins primaires intégrés dans la région de Toronto, Simkin et coll. (2022) ont utilisé des données provenant de l'Ontario Community Health Profiles Partnership, du Service de planification de la Ville de Toronto, de l'ICES, de l'Institut canadien d'information sur la santé et du ministère de la Santé de l'Ontario. Aux États-Unis, la Health Resources and Services Administration (2022b) a préparé un répertoire de sources de données (Compendium of Federal Data Sources to Support Health Workforce Analysis) qui inclut des données issues de recensements/registres, de sources administratives et de sondages.

Un autre problème se pose au Canada, dans la mesure où il n'est pas toujours évident de savoir quels organismes ou groupes, le cas échéant, ont pu recueillir les données nécessaires sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ou quelles étapes sont requises pour obtenir et intégrer les données en vue d'une planification plus optimale. De nombreux participants au processus de consultation ont fait remarquer que ce manque d'accès à des données intégrées sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé constituait un obstacle important à la planification. Dans l'ensemble des métiers de la santé au Canada, des données normalisées, détaillées et coordonnées peuvent appuyer la planification et l'évaluation.

Figure 23. Points de données sur l'offre et la demande.



En plus des points de données décrits ci-dessus à la figure 23, les participants au processus de consultation ont également suggéré que chaque professionnel de la santé ait un identificateur pancanadien unique, mais anonyme, qui pourrait être lié à la prestation des soins et aux résultats pour les patients. Ils ont également appuyé la création d'une entité pancanadienne responsable qui dirigerait et centraliserait la collecte de données à des fins de planification de

la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. La création annoncée dernièrement d'un centre d'excellence sur les données relatives aux travailleurs de la santé s'avère prometteuse à cet égard (Santé Canada, 2023). Ces engagements récents peuvent apporter une première réponse à la disponibilité actuellement variable des données selon la zone géographique, le milieu de soins et le métier, qui s'explique par le caractère volontaire de la fourniture de données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Les participants au processus de consultation ont suggéré que les exigences en matière de collecte de données soient également incluses comme condition au financement du gouvernement fédéral, en soutenant les investissements dans l'infrastructure de partage des données, ainsi qu'en exploitant les ententes de partage des données existantes et en veillant à en élaborer de nouvelles qui soient plus complètes. Ils ont proposé que, dans l'idéal, cette collecte et ce partage des données soient rendus possibles par l'instauration d'un permis d'exercice pancanadien. Les participants au processus de consultation ont également évoqué la nécessité de mener davantage de recherches qualitatives visant à comprendre les attentes, les motivations et les difficultés des professionnels de la santé, ainsi que la manière dont cela influe sur les intentions de travail dans le contexte canadien.

Les données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé revêtent une importance particulière pour les peuples autochtones, qui sont traditionnellement exclus des processus de planification, que ce soit en tant que participants ou que propriétaires de données. La propriété autochtone des données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé coïncide avec la valeur de l'autodétermination et peut être encouragée par l'élaboration de principes favorisant l'exploitation de données et de travaux de recherche générés par les Autochtones (voir le chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones). Ces données peuvent également être utilisées pour évaluer le succès des interventions visant à doter les collectivités rurales et éloignées en personnel (voir le chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées), ainsi que pour accroître la diversité et la représentativité des professionnels de la santé (voir le chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées).

7.1.3 Faire participer divers partenaires à la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

Les données et les modèles sont des ingrédients essentiels à la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, mais ils exigent une consultation et une mise en œuvre réfléchies et continues pour se traduire par une amélioration des résultats. La mise en œuvre de modèles de planification a été entravée par le manque d'engagement des acteurs concernés (p. ex., gouvernements, dirigeants et professionnels de la santé, patients, aidants) et par l'absence d'un cadre permettant d'appuyer (et parfois de rendre obligatoire) leur participation aux processus de planification et de recommandation (Denis et coll., 2021; North et coll., 2022). Les lignes directrices favorisant l'identification et la consultation des parties prenantes sont non seulement rares et variées sur le plan méthodologique, mais elles négligent aussi souvent

la répétition ou la mise en œuvre à l'échelle locale (North et coll., 2022). L'inclusion dans ce processus des populations systématiquement défavorisées, dont les peuples autochtones, constitue une étape essentielle. L'orientation stratégique visant à exploiter les données en matière de santé nécessite également de renforcer la capacité d'analyse des données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé afin d'utiliser ces outils de planification de manière efficace et sécuritaire (Maeda et Socha-Dietrich, 2021).

Comme évoqué précédemment au chapitre 1 : Introduction, certains pays, dont l'Australie (gouvernement de l'Australie, Department of Health and Aged Care, 2022a), les États-Unis (Health Resources and Services Administration, 2022a et 2022b) et le Royaume-Uni (National Health Services Digital, 2022), fournissent des données publiques, accessibles et actualisées concernant leur main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Ces ensembles de données sont précieux pour cerner les lacunes dans la prestation des services, les changements démographiques au sein des effectifs de santé, les tendances en matière de mobilité géographique des professionnels de la santé, ainsi que les lacunes actuelles et futures dans certaines spécialités des soins de santé et dans des milieux d'exercice en particulier. À titre d'exemple, en Australie, l'outil cartographique de localisation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Health Workforce Locator) permet de visualiser les régions rurales, éloignées et urbaines qui ont besoin de plus de médecins et d'autres types de praticiens (gouvernement de l'Australie, Department of Health and Aged Care, 2022b). Bien que les données soient hébergées par un ministère ou une organisation non gouvernementale unique, différents partenaires du personnel de la santé peuvent les utiliser pour prendre des décisions à l'échelle locale ou régionale à des fins de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Dans le contexte pancanadien, des outils similaires pourraient aider les décideurs à prévoir les effectifs pour un éventail de métiers de la santé.

La situation politique est susceptible de compliquer la mise en œuvre des modèles de planification. À titre d'exemple, différents établissements de santé imposent différents ratios de dotation en personnel ou collaborent pour modifier les champs d'exercice de divers travailleurs (Lopes et coll., 2021). Ces problèmes sont aggravés par une mauvaise intégration et par des inégalités structurelles entre les différents groupes de soins de santé, dont certains sont exclus des processus de planification et de prise de décision (Chibuzor et coll., 2021 ; Denis et coll., 2021; North et coll., 2022). Il est important de prendre en considération ces éléments pour la génération de scénarios à appliquer aux modèles de planification.

La mise en œuvre de modèles de planification se heurte également à des obstacles économiques. Les modèles de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé sont dynamiques et plus efficaces lorsqu'ils sont mis à jour continuellement. Une expertise particulière est nécessaire pour les élaborer, les interpréter et les surveiller (Ayanore et coll., 2019; Chibuzor et coll., 2021; Lopes et coll., 2021; Sousa et coll., 2019). Il est rare que les fonds pour cette expertise soient inclus dans les budgets de santé (Lopes et coll., 2021). S'il n'est pas possible de faire appel à des analystes, les dirigeants de la santé et les gestionnaires de santé

doivent souvent assumer la responsabilité de la planification locale de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Le perfectionnement professionnel visant l'acquisition de connaissances de base sur les techniques de planification est pertinent dans ces situations.

7.1.4 Aligner la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et les filières d'éducation

La planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est particulièrement importante, compte tenu du temps et du coût qu'implique la formation des professionnels de la santé (Organisation de coopération et de développements économiques, 2019). La coordination des filières d'éducation en santé et de la planification de la main-d'œuvre peut garantir que l'éducation et la formation (en termes de nombre, de catégories et de compétences des professionnels de la santé, par exemple) répondent aux besoins prévus de la population en évolution, au lieu de rester statiques. Dans le contexte canadien, il existe peu de coordination entre les systèmes d'éducation et de formation et la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Par exemple, au niveau des programmes de bourses de recherche – qui constituent une exigence de formation pour la plupart des sous-spécialités médicales au Canada – les places sont principalement déterminées par les infrastructures cliniques et de recherche des médecins principaux plutôt qu'en vertu d'une approche planifiée pour se préparer ou répondre à un besoin social quelconque.

En l'absence d'une planification pancanadienne de l'éducation au regard des besoins de main-d'œuvre, l'offre peut être insuffisante ou excédentaire. Les complexités inhérentes à la planification de l'offre pédagogique sont aggravées par le système mixte canadien, dans lequel le paiement des services supplémentaires incombe aux patients ou à leurs assureurs. Pour certains métiers exercés le plus souvent dans des contextes de financement privé, l'offre excédentaire pourrait s'avérer problématique (Eklund et Bailit, 2017; Leonard et coll., 2014).

Il faut également veiller à ce que les passerelles entre les études et la vie active soient harmonisées afin de maintenir les effectifs d'étudiants et de nouveaux diplômés en santé, et de favoriser leur transition harmonieuse vers le marché du travail grâce aux initiatives de soutien décrites au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones, au chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées et au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées. Le renforcement de la capacité du corps enseignant et des précepteurs en vue de maintenir et éventuellement d'élargir les programmes de formation des futurs professionnels de la santé est un aspect essentiel de cet alignement et de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

7.1.4.1 Assurer la planification adéquate des inscriptions d'étudiants et de la capacité du corps enseignant

La formation des nouveaux professionnels de la santé peut prendre plusieurs années, et les données sur l'inscription et l'obtention du diplôme constituent d'importants marqueurs précoces des tendances qui se dessinent. Les données sur les niveaux d'inscription et sur les nouveaux diplômés provenant d'organisations pancanadiennes spécifiques à une discipline

fournissent des renseignements précieux aux fins de la planification. À titre d'exemple, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (2022) publie des rapports annuels qui dressent une synthèse globale des taux historiques et actuels d'inscription, d'obtention du diplôme et de postes vacants pour permettre la planification future.

Le manque de personnel enseignant et de précepteurs nécessaires pour l'instruction de la prochaine génération de stagiaires est l'un des facteurs qui limite la capacité de former de nouveaux professionnels de la santé. Aux États-Unis, on estime que 80 000 candidats aux postes d'infirmiers ont été refusés par les écoles de sciences infirmières en 2019 en raison du manque d'instructeurs qualifiés (American Hospital Association, 2021). Le même problème se pose au Canada, où le manque d'instructeurs et de précepteurs disponibles ne permet pas de créer des places supplémentaires pour accueillir de nouveaux stagiaires (Boamah et coll., 2021). Parmi les facteurs qui ont conduit à cette pénurie, citons l'obligation pour le corps enseignant d'obtenir une certification avancée, souvent une maîtrise ou un grade plus élevé (American Hospital Association, 2021), tout en restant à un rang inférieur et au niveau de salaire correspondant (Boamah et coll., 2021).

Bien que la littérature se concentre sur les infirmiers, les participants au processus de consultation ont souligné la nécessité d'augmenter le personnel enseignant dans d'autres métiers de la santé pour former la prochaine génération de praticiens. Ils ont également approuvé les plateformes de recherche et d'application des connaissances afin d'intégrer la pratique clinique au sein des universités, des collèges et d'autres établissements d'enseignement en santé, de relever les problèmes en matière d'offre et de favoriser la collaboration entre les universités et les hôpitaux en identifiant les ressources et les évaluations des compétences nécessaires. Cette collaboration est particulièrement importante lorsque les populations de patients ne présentent pas la diversité nécessaire à la formation.

7.1.4.2 Assurer la collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé en vue du développement proactif de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

Des politiques intégrées et collaboratives en matière d'éducation et de prestation des services de santé peuvent permettre d'optimiser les résultats touchant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Tomblin Murphy et coll., 2019). Il s'agit de prendre en compte les éventails et les ensembles pertinents de compétences requises au sein et entre les groupes de professionnels de la santé dans le contexte des évolutions démographiques et de l'innovation technologique. Cette forme interprofessionnelle de planification s'oppose aux approches communes spécifiques à une discipline.

Bien que cela soit plus complexe au départ, de nombreux pays adoptent cette orientation pluridisciplinaire ou interprofessionnelle. Le Royaume-Uni, le Brésil, l'Australie et la Norvège ont tous jugé nécessaire de légiférer sur les fusions entre des secteurs auparavant cloisonnés, comme l'éducation, l'agrément, les systèmes de prestation des services sociaux et de santé et l'administration publique. Le Royaume-Uni a par exemple fusionné Health Education

England¹⁹ avec le National Health Service afin d'intégrer la planification de la main-d'œuvre à long terme et d'accroître le recrutement et le maintien en poste pour répondre aux besoins actuels et futurs de la population (gouvernement du Royaume-Uni, 2021). Au Brésil, le département national de la gestion et de l'instruction des effectifs de santé soutient une formation interprofessionnelle en santé pour l'organisation et l'exécution des services de gestion des soins au sein du ministère de la Santé (Barreto et coll., 2019). En Australie, les modifications apportées à l'inscription et à l'agrément des professionnels de la santé sont susceptibles de réglementer l'apprentissage partagé dans certaines professions (Thistlethwaite et coll., 2019). Supervisé et géré par l'AHPRA (anciennement l'Australian Health Practitioner Regulation Agency), le National Registration and Accreditation Scheme (programme national d'inscription et d'agrément) vise depuis 2010 à fournir une instruction et une formation interprofessionnelles normalisées dans 14 groupes de soins de santé. Cette approche a été rendue possible grâce à la mobilisation des secteurs de l'enseignement supérieur, des services de santé, du développement des effectifs de santé, de l'agrément et de l'administration publique (Thistlethwaite et coll., 2019). En 2019, le gouvernement norvégien a également mis en place un système de gouvernance qui vise à déterminer les résultats d'apprentissage dans les programmes d'éducation sanitaire et sociale et qui est supervisé par un groupe composé de représentants du domaine de l'éducation et du système de santé et des services sociaux. Ce groupe est chargé d'effectuer une révision et, si nécessaire, de proposer de nouveaux résultats d'apprentissage pour chaque domaine d'éducation. L'objectif est de s'assurer que les résultats d'apprentissage sont mis à jour à intervalles réguliers afin de refléter tout nouveau besoin de compétences (Organisation de coopération et de développement économiques, 2019).

Il est fréquent que les initiatives d'éducation interprofessionnelle intègrent des sujets visant à promouvoir la collaboration dans la pratique de première ligne et les expériences des patients, par exemple les valeurs et l'éthique, les attributions et responsabilités, le travail d'équipe et la communication interprofessionnelle (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011). Les sujets couverts peuvent également bénéficier à plusieurs groupes de professionnels de la santé. Les exemples notables dans ce rapport incluent les capacités partagées en matière de technologies de la santé numérique (Brommeyer et coll., 2023; Chen et Banerjee, 2020; Nazeha et coll., 2020; Nemec et Chan, 2017; Wong et coll., 2021), la compréhension et l'exploitation des nouvelles capacités des systèmes de santé apprenants (Feldman et coll., 2022; Greene et Holmes, 2022), l'approche « Une seule santé » (Courtenay et coll., 2014; Mackenzie et Jeggo, 2019; Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et coll., 2022), ainsi que l'équité, la diversité et l'inclusion (Hassen et coll., 2021). Dans le cadre de l'approche « Une seule santé », les compétences peuvent inclure la pensée systémique et les communications intersectorielles en matière de politiques, de recherche, de salubrité de l'environnement et de santé animale (Courtenay et coll., 2014).

¹⁹ Health Education England était l'organisme responsable de l'instruction et de la formation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Les initiatives d'éducation interprofessionnelle spécifiques à un secteur peuvent se concentrer sur les besoins en main-d'œuvre nouveaux et existants. À titre d'exemple, l'initiative « L'équipe de soins primaires – Former pour transformer », qui fait intervenir plusieurs partenaires, a récemment été lancée par Emploi et Développement social Canada « dans le but d'accroître la capacité des praticiens qui offrent des soins primaires complets et globaux au sein d'équipes interprofessionnelles en améliorant la formation, le soutien aux équipes et les outils de planification » pour les employeurs et les spécialistes de la planification (Fondation pour l'avancement de la médecine familiale, 2022).

7.1.4.3 Promouvoir le mentorat pour accompagner les professionnels de la santé en début de carrière

De nombreux auteurs proposent d'accroître le soutien aux étudiants et aux nouveaux diplômés (Chan et coll., 2019; Lee et Song, 2021; Masso et coll., 2022; Sunderji et coll., 2018; Whitehead et coll., 2022). Le soutien le plus souvent préconisé est la mise en œuvre de programmes de mentorat, dans le cadre desquels les débutants et les stagiaires peuvent échanger avec des confrères plus expérimentés et recevoir leurs conseils et leurs encouragements (Chan et coll., 2019; Lee et Song, 2021; Masso et coll., 2022; Sunderji et coll., 2018; Whitehead et coll., 2022). La recherche indique qu'il existe une différence importante dans les taux de maintien en poste et l'intention de rester entre les membres du personnel infirmier qui bénéficient d'un mentorat et ceux qui n'en reçoivent pas (Bakker et coll., 2020; Kakyo et coll., 2021).

Les programmes de mentorat n'ont pas tous la même efficacité (Kakyo et coll., 2021). Le mentorat individuel est associé à de meilleurs résultats que le mentorat de groupe (Bakker et coll., 2020). En outre, le mentorat est plus efficace lorsque le mentor et le mentoré sont bien jumelés et que le « bon » mentor est choisi (Kakyo et coll., 2021; McKenna et Straus, 2011). La relation semble meilleure lorsque le mentoré participe au choix du mentor et en cas de réciprocité entre le mentor et le mentoré (Kakyo et coll., 2021). Des études ont souligné les qualités qu'un mentor doit posséder dans les trois dimensions suivantes : personnelle, relationnelle et professionnelle (McKenna et Straus, 2011; Straus et coll., 2013). Les qualités jugées les plus importantes pour les mentors sont l'altruisme, l'honnêteté et la fiabilité, ainsi que l'écoute active, l'accessibilité, la capacité de soutien et la réputation dans leur domaine (Straus et coll., 2013). Pour les mentorés, les principales qualités identifiées sont l'ouverture à la rétroaction, le respect du temps et la volonté de « nourrir la relation » en venant bien préparés aux réunions et en ayant des buts et des objectifs concrets à atteindre (Straus et coll., 2013).

Il a été constaté que la fourniture d'un soutien organisationnel aux mentors, notamment par le biais de l'éducation et de la formation et de la réservation d'un créneau pour que le mentor puisse échanger avec les mentorés, confère des avantages plus importants (Kakyo et coll., 2021). Une étude de Fleig-Palmer et Rathert (2015) a révélé que le mentorat interpersonnel de haut niveau perçu par les infirmiers dans le cadre du soutien organisationnel était positivement corrélé à leur engagement affectif. Les institutions peuvent soutenir le mentorat en élaborant

des processus pour aider les étudiants et les stagiaires à identifier des mentors éventuels, à organiser des « rencontres » ou à jumeler les stagiaires avec des mentors provisoires pour une période définie afin de les aider à évoluer dans leur nouvel environnement et à trouver un mentor permanent (McKenna et Straus, 2011).

Une deuxième étape dans l'élaboration de programmes soutenus à l'échelle institutionnelle consiste à favoriser la relation de mentorat en définissant des objectifs et des mécanismes de résolution des conflits (McKenna et Straus, 2011). Cette étape peut inclure une période d'évaluation permettant au mentor et au mentoré de déterminer si leur relation répond à leurs objectifs respectifs. Une troisième étape possible est de promouvoir les programmes de formation visant à doter les mentors des compétences nécessaires pour aider leurs stagiaires (McKenna et Straus, 2011). La reconnaissance institutionnelle des mentors est nécessaire pour appuyer une adoption généralisée. Cette reconnaissance peut inclure l'identification du mentorat comme une composante précieuse pour l'attribution des postes universitaires et l'examen des dossiers de promotion. Bien qu'il soit important de réserver du temps pour la formation dans le cadre du soutien institutionnel, cela peut s'avérer complexe quand l'infrastructure et la culture organisationnelles sont insuffisantes et en cas de manque d'effectifs constant (Kakyo et coll., 2021).

Les participants au processus de consultation ont formulé des commentaires positifs sur les programmes de mentorat pour les professionnels de la santé, considérant qu'ils aident les nouveaux diplômés à acquérir les compétences nécessaires. Les participants ont également évoqué les possibilités de mentorat virtuel dans les régions rurales et éloignées, et souligné le succès de plusieurs programmes en cours. À titre d'exemple, le Programme de soutien par les pairs pour les services des urgences de Santé Ontario offre un soutien virtuel aux médecins des services d'urgence en milieu rural/éloigné en faisant appel aux services consultatifs de confrères agréés dans d'autres régions (Santé Ontario, 2022b). Certains participants ont également suggéré que les programmes de mentorat soient déployés à grande échelle et soutenus au niveau fédéral afin de garantir la cohérence entre les administrations et d'atteindre un éventail plus vaste de professionnels de la santé.

Un rapport de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (2022), établi sur la base de consultations avec les parties prenantes, a évoqué la possibilité d'inciter les infirmiers en fin de carrière à devenir des mentors, dans la mesure où le personnel infirmier « est prêt à continuer de travailler à l'hôpital si on lui offre plus de souplesse, comme un emploi à temps partiel, ou s'il a la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences, par exemple dans des fonctions de mentorat » (p. 17, traduction libre). Une autre possibilité consiste à confier le rôle de mentor à des professionnels de la santé récemment retraités. Le chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones, le chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées et le chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées comprennent des éléments spécifiques relatifs au mentorat qui reconnaissent l'intérêt d'une approche adaptée pour une transition harmonieuse vers le marché du travail.

7.1.4.4 Améliorer les compétences cliniques par le biais du perfectionnement professionnel

Une autre forme de soutien largement approuvée pour les stagiaires est l'amélioration de l'apprentissage des compétences cliniques (Alberti et coll., 2021; Chan et coll., 2019; Lee et Song, 2021; Masso et coll., 2022; Sunderji et coll., 2018; Whitehead et coll., 2022), dont l'insuffisance a été identifiée comme une limite et une source de stress pour les étudiants et les nouveaux diplômés. Des études ont montré que les approches d'apprentissage en équipe pourraient contribuer à soutenir les apprenants en jumelant les étudiants et les stagiaires avec des praticiens expérimentés afin de renforcer les compétences et d'atténuer le stress (Alberti et coll., 2021; Butcher et coll., 2017; Masso et coll., 2022; Sunderji et coll., 2018). Toutefois, l'intérêt des approches d'apprentissage en équipe varie et dépend du niveau de soutien en milieu clinique (Masso et coll., 2022). Les méthodes de simulation constituent également une approche prometteuse pour perfectionner les compétences cliniques et pratiquer les soins en équipe, mais les questions relatives au coût, à l'accès à la technologie et aux pratiques exemplaires nécessitent une évaluation plus approfondie (So et coll., 2019).

Les programmes de formation, tels que les programmes de résidence, les programmes de préceptorat, les modèles de transition vers la pratique et les programmes de développement du leadership et des pratiques fondées sur des données probantes, ont un effet favorable sur les taux de maintien en poste du nouveau personnel infirmier (Bakker et coll., 2020; Brook et coll., 2019; Jarden et coll., 2021; Kakyo et coll., 2021; Van Camp et Chappy, 2017). Sur la base des travaux de recherche, il est néanmoins difficile de déterminer lesquels de ces programmes sont associés aux meilleurs résultats (Bakker et coll., 2020).

Dans certains cas, c'est l'environnement de formation clinique qui est en cause, car il se peut que le milieu ne soit pas prêt à offrir le soutien et le mentorat nécessaires pour faciliter la transition vers le marché du travail dans le secteur de la santé (Masso et coll., 2022; Whitehead et coll., 2022). Une approche pluridimensionnelle a été recommandée, qui comprend un soutien officiel de la part de précepteurs et de mentors désignés, ainsi qu'un soutien informel de la part de collègues, une rétroaction sur le rendement (officielle et informelle) et un sentiment général d'appartenance à une équipe (Masso et coll., 2022). À titre d'exemple, une étude portant sur les programmes de résidence pour le personnel infirmier a indiqué qu'ils incluent généralement de multiples éléments comme le mentorat d'un précepteur, un enseignement didactique, des études de cas, une réflexion par les pairs et des projets de pratique fondée sur des données probantes, et que, grâce à leur impact positif sur le maintien en poste, ces programmes ont le potentiel de générer d'importantes économies financières pour les établissements ou les régions sanitaires (Eckerson, 2018).

Les participants aux consultations virtuelles ont formulé des commentaires positifs sur les initiatives qui soutiennent la formation des professionnels de la santé. Le financement des programmes de formation a été jugé utile. Citons par exemple le Professional Development

Fund (fonds de perfectionnement professionnel) administré par la Health Sciences Association of British Columbia (2023), qui est offert aux membres des syndicats, incluant les intervenants en services de soutien communautaire, les technologues en imagerie médicale et les travailleurs sociaux.

Les programmes de transition et d'étayage ont été décrits comme une stratégie efficace pour développer des effectifs de santé plus nombreux et plus compétents. Cela s'avère particulièrement pertinent pour les professionnels de la santé dont le métier présente un déséquilibre important entre l'offre et la demande, comme les préposés aux bénéficiaires et les infirmiers (Drummond et coll., 2022). Dans le cadre de l'approche d'étayage adoptée par le Learning Institute for Health Care Providers de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (2023), les préposés aux bénéficiaires sont formés pour devenir des infirmiers auxiliaires autorisés, et les infirmiers auxiliaires autorisés pour devenir des infirmiers autorisés. En outre, cela aide le personnel infirmier à passer d'une spécialité à l'autre.

Certains participants au processus de consultation ont indiqué qu'en plus des stratégies d'étayage, il est également nécessaire de déployer stratégiquement à grande échelle les initiatives de formation financées qui visent les métiers à forte demande et à faible offre. À cet égard, Collèges et Instituts Canada (2023) travaille actuellement à l'élaboration d'un programme d'assistant-préposé en soutien aux soins pour renforcer la capacité de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée en formant jusqu'à 2 600 assistants-préposés en soutien aux soins, dans l'optique qu'environ la moitié d'entre eux obtiennent une certification complète de préposés aux bénéficiaires. Ce programme pilote de microcertification entièrement subventionné est financé par le Programme de solutions pour la main-d'œuvre sectorielle d'Emploi et Développement social Canada (2022b). Un montant supplémentaire de 4,4 millions de dollars canadiens provenant du Programme de solutions pour la main-d'œuvre sectorielle a été alloué au projet de portail TLM (MLT Gateway Canada Project) afin de soutenir l'entrée sur le marché du travail des titulaires d'un grade en sciences et des technologues de laboratoire médical formés à l'étranger en tant que technologues de laboratoire médical (Alliance canadienne des organismes de réglementation des professionnels de laboratoire médical, 2023). La Colombie-Britannique a élaboré plusieurs programmes visant à renforcer la main-d'œuvre dans le secteur de la santé par le biais de nouvelles initiatives de certification et de développement des compétences. En 2020, la province a lancé un programme permettant aux apprenants d'exercer des fonctions non cliniques pendant leur formation d'assistants en soins de santé autorisés (British Columbia Health Care Assistants, s. d.). Le gouvernement de la Colombie-Britannique (2022) a également lancé récemment une initiative offrant des subventions aux diplômés en kinésiologie pour l'obtention d'une certification en physiologie de l'exercice clinique.

Même avec un soutien financier, les initiatives de perfectionnement professionnel ne seront pas couronnées de succès si les professionnels de la santé manquent de temps pour y participer. Selon un rapport canadien récent, les infirmiers n'ont pas le temps de participer à des activités

de perfectionnement professionnel et de développement du leadership. L'étude indique que les participants faisaient des « heures supplémentaires excessives; même avant la pandémie, les infirmiers devaient travailler 12 à 14 heures par jour sans pause et faire des heures supplémentaires pendant leurs jours de repos » (Tomblin Murphy et coll., 2022, p. 45, traduction libre), et qu'ils ne bénéficiaient pas d'un créneau réservé pour la formation continue.

LES POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES EN ACTION :

Rebecca est directrice de la santé publique et des populations d'une petite ville et d'une grande zone rurale périphérique. Lorsqu'une pandémie éclate, elle sait qu'elle doit mobiliser des effectifs de santé pour assurer un dépistage et une vaccination à grande échelle. Un examen des caractéristiques démographiques les plus récentes révèle l'existence d'une collectivité minière majoritairement anglophone dans cette région principalement francophone. En outre, de nombreuses jeunes familles de réfugiés ukrainiens sont hébergées en ville. Après consultation du nouveau tableau de bord pancanadien des données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, Rebecca constate que la diversité linguistique des professionnels

de la santé dans ces collectivités est limitée. Elle parvient à identifier une province voisine susceptible de disposer des praticiens requis et demande l'aide de son homologue. Les exigences des organismes de réglementation étant minimales grâce à l'harmonisation récente des normes et des processus d'inscription et de délivrance des permis d'exercice, les deux collègues réussissent ensemble à trouver un accord à court terme pour assurer une mobilisation rapide. Afin d'être en mesure de proposer des créneaux même en cas de saturation des centres de dépistage, ils concluent également une entente avec le collègue de médecine vétérinaire local et les laboratoires de santé animale associés, qui acceptent de fournir leurs services pour le traitement des tests.

7.2 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Le présent chapitre avait pour but de répondre aux questions concernant la planification et le développement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, notamment l'offre, les pénuries, les exigences en matière de données, la capacité de mobilisation ainsi que les modèles et exigences en matière d'éducation, compte tenu des changements démographiques et de la disponibilité des données au Canada. Parmi les politiques et pratiques principales mises au jour, citons la planification continue et intégrée de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé avec l'appui de divers partenaires et l'établissement de données plus précises et normalisées sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Ce chapitre s'est également penché sur l'amélioration de l'alignement des filières d'éducation et de formation afin de favoriser le maintien des effectifs parmi les stagiaires et de les préparer à intégrer la population active dès l'obtention

du diplôme. Diverses stratégies permettent d'aller dans ce sens, telles que la planification adéquate des inscriptions d'étudiants et de la capacité du corps enseignant, la promotion d'une planification concertée entre les secteurs de l'éducation et de la santé, l'offre adaptée de programmes de mentorat et de formation clinique aux apprenants en santé, et la mise à jour des contenus et des modèles de formation.

CHAPITRE 8 :

VISION, ACTION ET IMPACT



8.0 UNE VISION TRANSFORMATIVE POUR LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

Le monde connaît des évolutions démographiques, environnementales et biologiques rapides. Au Canada, le vieillissement et la diversification culturelle et linguistique de la population se poursuivent, ce qui a des répercussions sur les effectifs de santé. Dans un contexte mondialisé, l'accroissement de la connectivité humaine augmente les risques d'observer des crises de santé publique plus fréquentes dues aux pandémies, aux maladies endémiques, à la résistance aux antimicrobiens et au changement climatique. Tous ces facteurs ont une incidence sur la santé des Canadiennes et des Canadiens et remettent en question nos approches actuelles en matière de planification, de déploiement et de maintien des effectifs, voire les limites de ce qui constitue la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Bien que ces enjeux datent d'avant la COVID-19, notre réponse à la pandémie a renforcé l'importance de s'assurer que la capacité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada est adéquate, non seulement pour satisfaire aux besoins quotidiens en matière de santé, mais aussi pour répondre rapidement aux nouvelles préoccupations en matière de santé publique.

Afin de résoudre les nombreuses problématiques actuelles liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, nous avons cerné et décrit 26 politiques et pratiques stratégiques principales (répertoriées dans le tableau 2). Sous réserve d'une mise en œuvre concertée à l'échelle des acteurs clés au cours des deux à cinq prochaines années, ces politiques et pratiques principales permettront d'attirer, de développer et de maintenir en poste, dans tout le pays, un panel diversifié de professionnels de la santé apte à fournir des soins d'excellente qualité à l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens. Le secteur de la santé du Canada serait ainsi doté d'une main-d'œuvre durable et résiliente, qui jouirait de la capacité et de la souplesse nécessaires pour s'adapter à l'évolution des besoins de la population tout en ayant la possibilité de s'épanouir sur le plan professionnel dans différents milieux au sein de notre système de santé. Les décideurs, les dirigeants de la santé et d'autres partenaires clés du secteur disposeraient des données et des compétences requises pour suivre les progrès accomplis et garantir la responsabilité fiscale, sans cesser de préparer l'avenir.

Tableau 2. Politiques et pratiques principales par chapitre.

POLITIQUES ET PRATIQUES PRINCIPALES PAR CHAPITRE

Chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones

- ➡ Créer des espaces et fournir un soutien aux responsables autochtones pour leur permettre de concevoir, de consolider, de diriger, d'offrir et d'évaluer des programmes et des services de santé autochtones.
- ➡ Accroître le nombre d'apprenants et de professionnels autochtones dans les milieux de formation en santé et les établissements de soins et favoriser la transition réussie et épanouie en milieu d'exercice.
- ➡ Remettre en cause le racisme parmi les effectifs et au sein des systèmes de santé grâce à l'élaboration dirigée par les Autochtones de politiques de lutte contre le racisme, à l'instauration de processus sûrs de signalement et d'enquête, et à la mise en place d'obligations de formation.
- ➡ Adopter des principes de recherche et de souveraineté des données autochtones en lien avec la collecte de données sur la main-d'œuvre, la recherche axée sur les résultats et l'évaluation, notamment en ce qui concerne le perfectionnement du personnel de recherche en santé autochtone et le soutien à leur égard.

Chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées

- ➡ Promouvoir des processus d'inscription ciblés et facilités, favoriser l'exposition positive des apprenants en santé aux collectivités rurales et éloignées et assurer un apprentissage distribué fondé sur la pratique.
- ➡ Encourager les professionnels de la santé à rester en poste en leur proposant des incitations efficaces, en leur offrant des soutiens en milieu d'exercice et en favorisant leur intégration communautaire.
- ➡ Créer des modèles de soins plus réactifs, plus souples et mieux adaptés au contexte, notamment grâce à une prise en charge interdisciplinaire en équipe permettant aux professionnels d'adapter leur champ d'exercice et leurs compétences pour mieux répondre aux besoins de la collectivité.
- ➡ Favoriser la mobilité des professionnels de la santé ayant une aptitude et une formation spécifiques leur permettant d'exercer dans des régions rurales et éloignées, afin de pallier le manque de services, de mettre en place de précieux services de suppléance et d'apporter un soutien en cas de crise.

Chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées

- ➔ Accroître la diversité et la représentativité aux postes de formation et de direction grâce à une approche ciblée d'inscription, de recrutement, de maintien en poste et de soutien.
- ➔ Aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à s'insérer dans la vie active en leur offrant des soutiens pluridimensionnels avant même leur arrivée, et jusqu'à la délivrance du permis d'exercice et l'obtention d'un emploi.
- ➔ Favoriser des milieux de travail sûrs, justes et exempts de racisme, afin de doter le secteur de la santé d'une main-d'œuvre saine, robuste et diversifiée.
- ➔ Permettre aux professionnels de la santé d'assurer la prestation de soins adaptés aux spécificités culturelles et linguistiques grâce à des programmes d'études et de formation, ainsi qu'à des outils et ressources spécifiques, étayés par des changements de politiques et de procédures.
- ➔ Intensifier la collecte et l'analyse de données afin d'évaluer l'efficacité des méthodes d'amélioration de la qualité des initiatives de diversité, de lutte contre le racisme et de sécurité culturelle.

Chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs

- ➔ Encourager et renforcer le rôle de soutien des équipes de direction.
- ➔ Créer des milieux de travail sains, sûrs, justes et équitables, dotés d'effectifs suffisants et exempts d'hostilité, de harcèlement, d'intimidation et de violence.
- ➔ Alléger le fardeau administratif des professionnels de la santé grâce à la meilleure mise en œuvre des dossiers de santé électroniques, à l'harmonisation des formulaires et au transfert des tâches non cliniques et liées à la documentation.
- ➔ Maintenir en poste les professionnels de la santé par le biais de politiques et de processus qui renforcent leur autonomie, leur assurent une meilleure reconnaissance et veillent à leur épanouissement professionnel.
- ➔ Améliorer la santé mentale et le bien-être des professionnels de la santé et renforcer leur résilience aux facteurs de stress au travail par le biais de soutiens individuels et collectifs.

Chapitre 6 : Déploiement et prestation des services

- ➔ Permettre aux professionnels de la santé d'optimiser leur champ d'exercice pour répondre aux besoins de la collectivité de manière plus efficiente, plus efficace et plus sûre.
- ➔ Appuyer le déploiement d'un plus grand nombre de modèles de soins en équipe qui intègrent et facilitent le recours à un éventail élargi de professionnels de la santé.

-
- ➔ Garantir l'accessibilité, la qualité et l'interopérabilité des technologies de la santé numérique, comprenant les soins virtuels, en investissant dans les infrastructures sous-jacentes et en recueillant des données sur l'expérience utilisateur auprès des patients, des professionnels de la santé et d'autres acteurs clés.
 - ➔ Aligner les modèles de financement et de rémunération pour un déploiement plus efficace de la main-d'œuvre et une optimisation des résultats de santé.
-

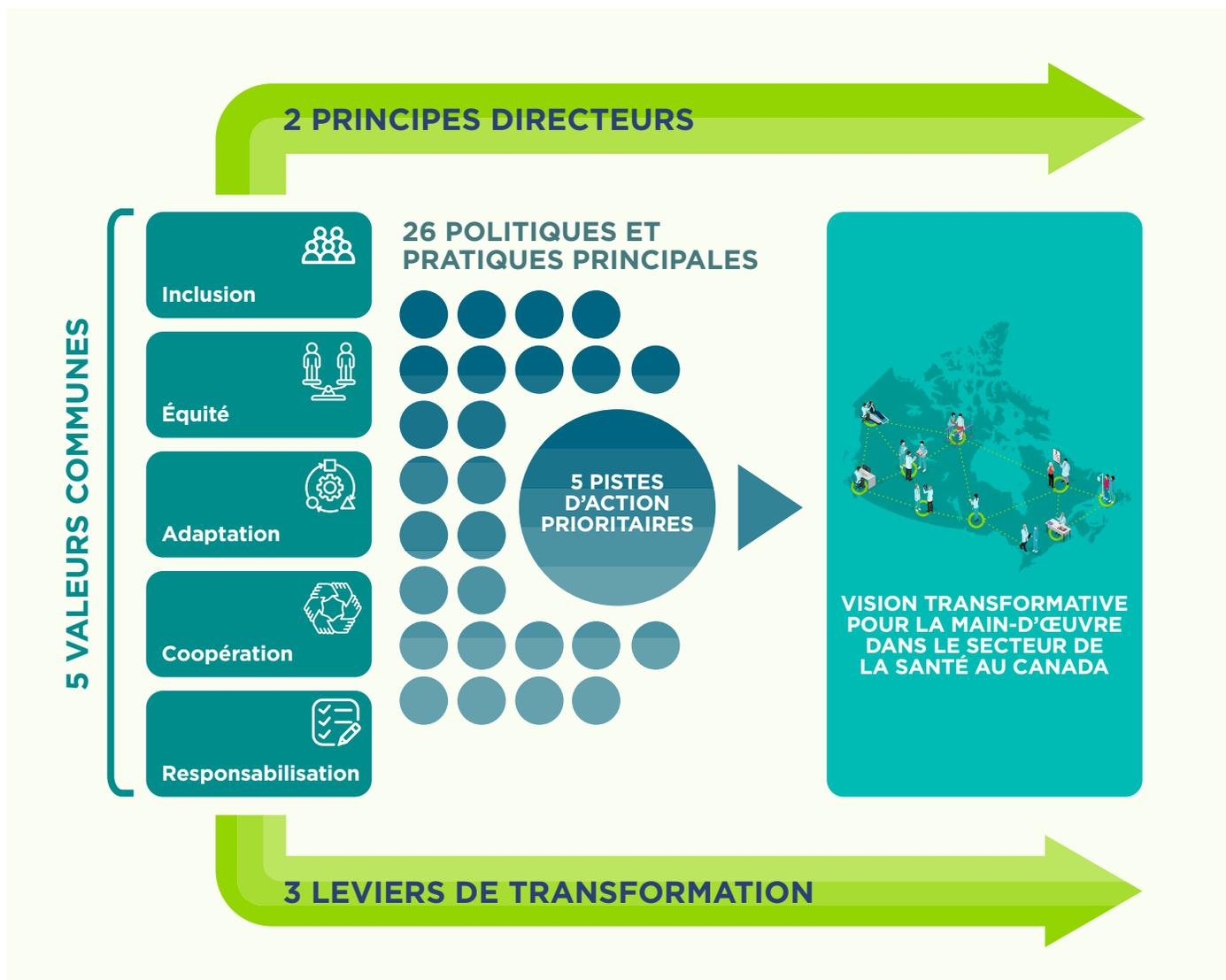
Chapitre 7 : Planification et développement

- ➔ Procéder à une planification continue et intégrée de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui permette de rattraper les retards accumulés, d'anticiper les exigences futures pour tenir compte des besoins de la population, de la demande et de l'utilisation des services, et de renforcer la capacité de mobilisation.
 - ➔ Établir des données plus précises et normalisées sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour appuyer une planification sectorielle et intégrée à l'échelle des groupes de professionnels de la santé et des administrations, en veillant à l'interopérabilité avec d'autres données en matière de santé.
 - ➔ Faire participer divers partenaires, y compris les patients et leurs aidants, à l'élaboration et à la mise en œuvre de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour étayer la prise de décision contribuant de manière optimale à la réalisation des objectifs d'équité, de bien-être des professionnels, d'amélioration des expériences des patients, de réduction des coûts et d'amélioration des résultats en matière de santé.
 - ➔ Aligner la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et les possibilités d'éducation pour développer des parcours professionnels permettant de relever les problèmes en matière d'offre, notamment en veillant à renforcer la capacité des programmes pédagogiques, du corps enseignant et des précepteurs.
-

8.0.1 Envisager le changement en regroupant les éléments du présent rapport

Réformer en profondeur les effectifs de santé nécessitera des adaptations complexes touchant plusieurs aspects des systèmes de santé. En plus des **politiques et pratiques principales** décrites dans chaque chapitre, d'autres éléments de changement essentiels sont nécessaires pour promouvoir cette vision transformative de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada, comme l'illustre la figure 24.

Figure 24. Articulation des différents éléments de l'évaluation.



Le chapitre 1 : Introduction décrit les **principes directeurs** qui définissent en toute transparence les stratégies opérationnelles adoptées par le comité d'évaluation pour délimiter le champ d'application et la portée des problématiques liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada, tant sur le plan conceptuel que pratique. Voici un résumé de ces principes :

- ➡ adopter une vision stratégique des enjeux en tirant parti de connaissances interdisciplinaires (p. ex., planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, cinq objectifs à atteindre pour optimiser les systèmes de santé, systèmes de santé apprenants, approche « Une seule santé ») et en tenant compte du contexte propre aux systèmes de santé du Canada et des populations desservies

- ➡ reconnaître que la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est un vivier dynamique et diversifié de professionnels de la santé dont le déploiement peut être optimisé pour offrir des services efficaces et collaboratifs, mais dont le maintien en poste et l'accomplissement dépendent de l'instauration d'une culture bienveillante et de structures de soutien en milieu de travail

Ce dernier chapitre aborde trois autres éléments : les valeurs communes, les leviers de transformation et les pistes d'action prioritaires. Les **valeurs communes** et les **leviers de transformation** fournissent le cadre nécessaire à une collaboration, une mise en œuvre et une évaluation réussies. Les **pistes d'action prioritaires** (voir la partie 8.1) offrent un premier levier pour la réforme du système. Néanmoins, les 26 politiques et pratiques principales répertoriées sont toutes indispensables à la concrétisation de cette vision.

L'évaluation a fait ressortir cinq valeurs communes qui peuvent contribuer à orienter les décideurs dans la concrétisation de cette vision :

- **inclusion** – mobiliser un éventail de travailleurs de la santé et de groupes de professionnels de la santé, dans tous les milieux et régions, quels que soient le genre, l'origine ethnique et la langue
- **équité** – équilibrer les priorités et l'équité des systèmes de santé en tenant soigneusement compte des expériences des professionnels de la santé
- **adaptation** – organiser plusieurs cycles itératifs de planification et d'évaluation, et reconnaître avec souplesse à quel moment une approche ou un modèle particulier doit être remanié
- **coopération** – établir des passerelles et collaborer dans et entre les administrations, les organismes, les institutions et les systèmes
- **responsabilisation** – assurer une gouvernance et une transparence efficaces pour suivre les progrès concernant toutes les politiques et pratiques principales

S'articulant autour des principes directeurs susmentionnés, trois **leviers de transformation** sont jugés indispensables à la conduite de ce changement (nous y reviendrons par la suite) :

- ➡ prise de mesures inspirantes par les dirigeants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des organisations pancanadiennes du secteur de la santé afin de promouvoir et de mettre en œuvre une vision transformative pour notre main-d'œuvre nationale
- ➡ mise à profit de la position singulière du gouvernement fédéral et des organisations pancanadiennes pour réunir divers partenaires de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, déployer à grande échelle les pratiques stratégiques principales et étendre les sphères d'innovation dans tout le pays, et investir dans la recherche et l'évaluation

- ➔ élaboration d'un mécanisme invitant les dirigeants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à rendre compte publiquement des progrès accomplis et des obstacles à l'action concertée

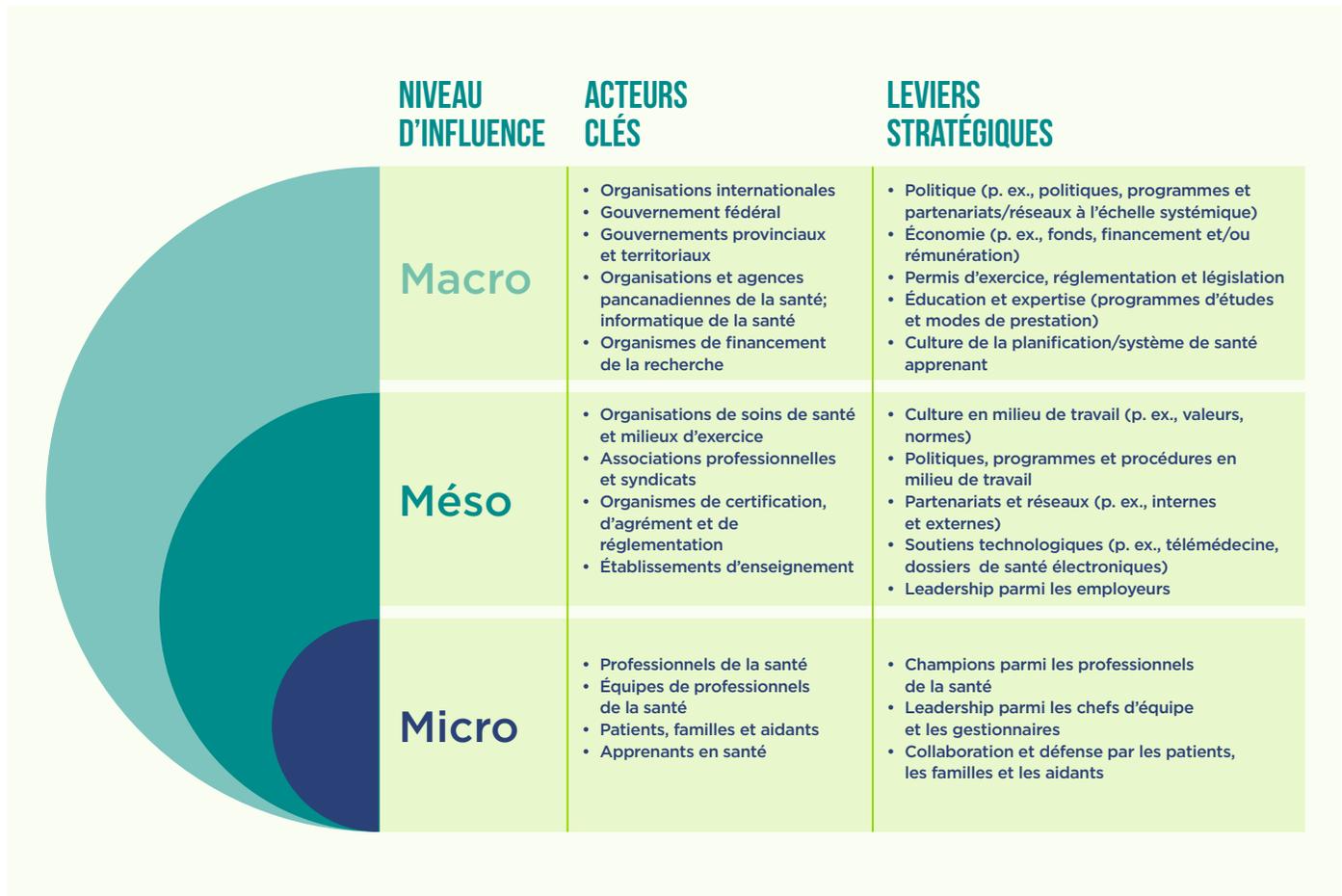
Bien que certains éléments de cette vision pour la main-d'œuvre canadienne ne soient pas nouveaux, le besoin impérieux d'agir n'a jamais été aussi fort. Les acteurs clés des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des organisations pancanadiennes du secteur de la santé se sont accordés à dire que cette transformation est à la fois souhaitée et justifiée.

8.0.2 Acteurs clés et leviers stratégiques dans la promotion de cette vision transformative

Cette vision ambitieuse et le vaste éventail de possibilités peuvent être décourageants. Par où commencer? Qui est le mieux placé pour prendre les rênes? Quelles actions seraient le plus efficaces?

Si les problématiques sont multiples, les solutions possibles sont tout aussi nombreuses et chaque acteur clé a un rôle important à jouer dans la mise en œuvre concertée des 26 politiques et pratiques principales. La présente évaluation comprend de nombreux exemples d'actions déjà en cours qui pourraient être étendues et déployées à grande échelle grâce à une coordination permettant d'éviter la fragmentation des efforts. Étant donné la complexité et la nature adaptative du système de santé et de sa main-d'œuvre, il n'y a pas de levier stratégique unique permettant d'obtenir tous les résultats escomptés (Begun et coll., 2003). En revanche, il existe des possibilités multiples et interdépendantes d'apporter des changements à chaque niveau (macro, méso et micro) en « actionnant » des leviers stratégiques pour accroître la probabilité que les pratiques et les initiatives soient adoptées à l'échelle des systèmes et des politiques de santé (Bowen et Zwi, 2005). La figure 25 décrit les leviers stratégiques communs et les acteurs clés qui interviennent à ces niveaux dans le secteur de la santé (voir également le chapitre 1 : Introduction).

Figure 25. Acteurs clés et leviers stratégiques par niveau d'influence. Cette figure est fondée sur les cadres établis par Bowen et Zwi (2005), Nasmith et coll. (2010) et Nelson et coll. (2014).



Les dirigeants de la santé qui ont répondu au sondage ont recensé des leviers stratégiques qui, selon eux, leur offriraient d'importants moyens d'action. En règle générale, ces leviers se situaient aux niveaux d'influence micro et méso. Lorsqu'elles sont mises en œuvre de manière cohérente et assorties de ressources et d'évaluations appropriées, ces interventions peuvent permettre de résoudre simultanément de multiples problématiques en matière de soutien, de maintien des effectifs, de déploiement, de prestation des services, de développement et de planification.

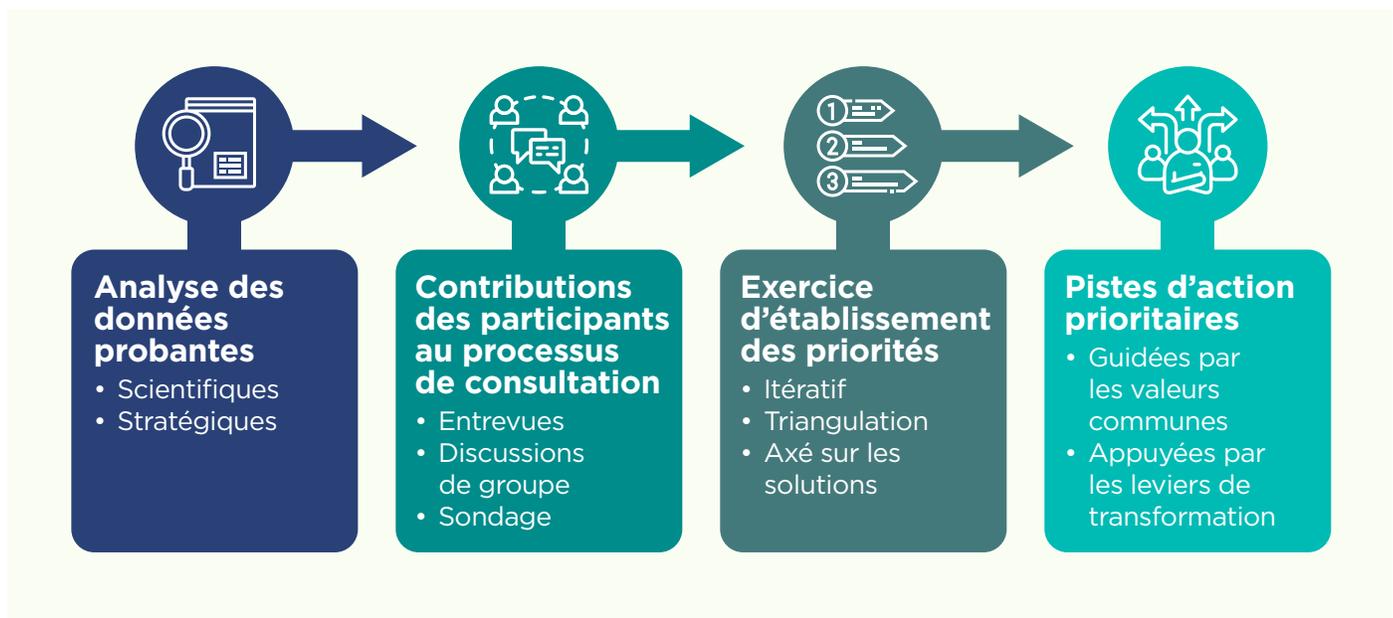
Au niveau macro, faciliter la modification des politiques et des pratiques nécessite souvent la contribution et la collaboration d'autres acteurs clés, en particulier les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. En outre, le déploiement à grande échelle des pratiques stratégiques principales qui ont porté leurs fruits et l'extension des sphères d'innovation touchant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada incombent spécifiquement au gouvernement fédéral et aux organisations pancanadiennes.

8.1 RECHERCHE D'UN CONSENSUS POUR CERNER LES PISTES D'ACTION PRIORITAIRES

En définitive, la durabilité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé dépend de la volonté des acteurs clés de s'engager à collaborer sur une première série de pistes d'action prioritaires. À cette fin, en plus de l'examen général des données probantes, nous avons mis en place un important processus de consultation et de concertation auprès d'un large éventail d'acteurs clés (voir le chapitre 1 : Introduction et notre [rapport de consultation](#)). Ce processus a permis de cerner les pistes d'action prioritaires pour une action collective et immédiate (figure 26). Les participants au processus de consultation ont fourni une rétroaction sur les politiques et pratiques stratégiques principales. Le comité d'évaluation a ensuite synthétisé leurs contributions et établi un classement par ordre de priorité en fonction des critères suivants :

- degré de concordance avec les données probantes issues de la recherche et le consensus émergent sur la nécessité d'une vision pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada
- possibilités d'une approche pancanadienne prévoyant une mise en œuvre et une adaptation à l'échelle locale
- répercussions transversales en vertu desquelles l'impact potentiel pourrait s'étendre à plusieurs domaines thématiques de l'évaluation
- cinq objectifs à atteindre pour optimiser les systèmes de santé²⁰
- rapidité

Figure 26. Processus d'évaluation permettant de cerner les pistes d'action prioritaires.



²⁰ Ces objectifs sont décrits au chapitre 1 - voir la figure 3.

Face aux problématiques actuellement rencontrées par la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, de nouvelles initiatives continuent de voir le jour aux quatre coins du pays. Les pistes d'action prioritaires décrites ci-dessous constituent donc des avancées, mais il est également possible d'adapter la marche à suivre en fonction des nouveaux besoins et débouchés les plus pertinents.

Cinq **pistes d'action prioritaires** ont été définies comme urgentes :

- ➡ 1. Accroître le nombre et favoriser la réussite et l'épanouissement des apprenants et professionnels de la santé autochtones.
- ➡ 2. Axer les stratégies de recrutement et de maintien des effectifs sur l'engagement communautaire dans les régions rurales et éloignées.
- ➡ 3. Créer des milieux de travail sûrs, sains, justes et équitables, dotés d'une main-d'œuvre diversifiée et représentative.
- ➡ 4. Transformer les soins grâce à l'optimisation des champs d'exercice au sein de modèles en équipe, en s'appuyant sur la technologie et sur la mise en place d'incitations pertinentes.
- ➡ 5. Intégrer une culture de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé sous-tendue par des données améliorées et des outils décisionnels renforcés.

8.1.1 Favoriser la réussite et l'épanouissement des apprenants et professionnels de la santé autochtones

Les données probantes reconnaissent la nécessité de déployer des efforts ciblés, mais adaptés, en matière de recrutement et de maintien en poste pour les apprenants et professionnels autochtones. Les approches couronnées de succès prennent en considération les déterminants sociaux de la santé, la justice sociale et l'équité en matière de santé, et fournissent un soutien ininterrompu de la formation universitaire à l'orientation de carrière. Les stratégies spécifiques de maintien des effectifs sont les suivantes :

- renforcer la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme dans les milieux d'éducation, de formation et de travail des professionnels de la santé
- s'adresser spécifiquement aux jeunes apprenants en santé et leur donner (ainsi qu'à d'autres) des possibilités de se former sans quitter leur collectivité (au moins une partie de l'année)
- intégrer intentionnellement les questions du savoir et les soins autochtones dans les programmes d'études
- soutenir le mentorat depuis la formation jusqu'aux parcours professionnels
- offrir des possibilités d'avancement de carrière
- proposer une rémunération équitable

- appuyer le développement de parcours davantage axés sur l'autodétermination en matière de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et de prestation des services pour les peuples et les communautés autochtones

Dans le cadre de la relation singulière entre le gouvernement fédéral et les communautés autochtones, il est possible de défendre des politiques et des pratiques stratégiques. Le gouvernement fédéral pourrait appuyer l'élargissement et le déploiement à grande échelle d'initiatives dirigées par des Autochtones, en intégrant des évaluations pour étayer les adaptations nécessaires aux échelons provincial/territorial et régional. Il serait par exemple possible d'organiser des forums de santé publique afin de réunir les communautés autochtones et non autochtones de manière respectueuse pour qu'elles échangent des solutions (p. ex., des modèles mixtes intégrant les savoirs traditionnels et occidentaux). Il est essentiel d'offrir une juste rémunération aux dirigeants autochtones, aux aînés et aux guérisseurs traditionnels qui y participent, afin de reconnaître la charge émotionnelle qu'ils assument pour jouer le rôle de moteur du changement et susciter la bonne volonté dans le cadre de ces relations indispensables.

Cette approche ciblée et participative est décrite plus en détail au chapitre 2 : Peuples et communautés autochtones et peut également être pertinente pour d'autres groupes, comme décrit au chapitre 4 : Populations systématiquement défavorisées.

8.1.2 Renforcer les stratégies de recrutement et de maintien des effectifs dans les régions rurales et éloignées

Le maintien des effectifs dans les collectivités rurales et éloignées ne se limite pas aux incitations financières. Les données probantes montrent que les professionnels de la santé qui font preuve d'engagement communautaire et qui bénéficient d'un sentiment d'appartenance et d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, y compris d'un soutien familial, ont plus de chances de rester dans des collectivités rurales et éloignées. Par conséquent, les programmes à composantes multiples comme ceux mis à l'essai en Australie, qui prennent en compte de manière holistique la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, la dotation en personnel, l'infrastructure, la rémunération, l'organisation des lieux de travail, l'environnement professionnel et le soutien social, familial et communautaire dans les collectivités rurales et éloignées, peuvent favoriser le maintien des effectifs. En outre, de plus en plus de données probantes montrent que les ententes de services non obligatoires qui offrent des possibilités d'apprentissage singulières, des programmes de mentorat et des réseaux professionnels dynamiques, ainsi qu'une rémunération appropriée, peuvent être plus efficaces pour le maintien des effectifs à long terme.

Les stratégies spécifiques permettant de promouvoir la satisfaction au travail et le bien-être des professionnels de la santé qui choisissent d'exercer dans des régions rurales et éloignées sont les suivantes :

- développer des modèles de soins plus souples, qui offrent des postes à durée déterminée ou partagés et qui tiennent compte du fait que les services de santé communautaires dans les régions éloignées sont souvent disponibles « à la demande », 24 heures sur 24, sept jours sur sept
- chercher des moyens créatifs d'optimiser les champs d'exercice des professionnels de la santé qui sont déjà en poste, notamment en élargissant les attributions et en perfectionnant les compétences du personnel paraprofessionnel et de soutien, tout en adaptant les volumes de travail et la supervision réglementaire
- exploiter au maximum les plateformes virtuelles et en ligne pour le perfectionnement professionnel, le mentorat, le réseautage et la coordination des soins
- créer des postes dédiés pour le recrutement et le maintien des effectifs afin de faciliter l'intégration communautaire et professionnelle
- déployer et maintenir des réseaux de soins entre les universités, les collèges et les hôpitaux en milieu urbain et les collectivités ou les régies de la santé dans les régions rurales et éloignées, qui serviront de portails de connaissances et de canaux de soutien pour les régions insuffisamment desservies

Les dirigeants de la santé qui ont répondu au sondage considéraient que bon nombre des actions possibles se situaient dans leur sphère d'influence, en particulier lorsqu'il s'agissait d'assurer des conditions de travail sûres, de permettre l'exercice sur champ complet des professionnels de la santé, ainsi que d'accorder des vacances, des congés de formation et des services de mentorat aux employés, d'apporter un soutien à leur partenaire et à leur famille et de leur donner accès à des possibilités d'avancement de carrière. Toutefois, les participants au processus de consultation se sont dits freinés par les pénuries de personnel et estimaient que le renforcement de la collaboration entre les provinces et territoires apporterait une valeur ajoutée. Les représentants gouvernementaux du palier fédéral et des provinces et territoires ont souligné l'utilité d'un soutien et d'une coordination explicites afin de déployer à grande échelle les initiatives couronnées de succès dans et entre les provinces et territoires. Les partenariats clés pour une mise en œuvre réussie incluaient les programmes pédagogiques et les organismes de réglementation. Le chapitre 3 : Collectivités rurales et éloignées contient de plus amples renseignements sur les données probantes qui sous-tendent cette piste d'action clé.

8.1.3 Créer des milieux de travail sûrs, sains, justes et équitables

Les milieux de travail sûrs, sains, justes et équitables sont dotés d'une main-d'œuvre suffisante, diversifiée et représentative dont le bien-être est favorisé par l'infrastructure organisationnelle. Ce sont ces milieux de travail qui attirent les professionnels de la santé et parviennent à maintenir leurs effectifs. Il existe des stratégies pour aider à gérer les volumes et les horaires de travail sans accroître la dépendance aux heures supplémentaires et au personnel infirmier d'agences. Pourtant, les pénuries constituaient une préoccupation majeure pour tous les représentants provinciaux et territoriaux, notamment parce que le manque d'effectifs empêche

d'apporter les changements qui permettraient d'améliorer le bien-être en milieu de travail (p. ex., l'assouplissement des emplois du temps). Dans le même temps, les populations systématiquement défavorisées offrent un potentiel de main-d'œuvre inexploité. Les stratégies spécifiques permettant d'améliorer le bien-être, de réduire l'épuisement professionnel et de lutter contre l'hostilité, le harcèlement, l'intimidation et la violence au travail sont les suivantes :

- encourager le rôle de soutien et la diversité des équipes de direction et leur donner l'autonomie nécessaire, au niveau de la supervision, pour maintenir les effectifs de santé
- réduire le temps consacré inutilement à la documentation, y compris aux dossiers de santé électroniques (p. ex., réattribution des volumes de travail et des tâches non cliniques, convivialité et interopérabilité des systèmes permettant d'équilibrer les objectifs cliniques et ceux de la recherche sur les services de santé)
- aider les professionnels de la santé formés à l'étranger qui résident déjà au Canada à s'insérer dans la vie active
- imposer des niveaux de dotation en personnel (p. ex., ratio patient/infirmier), prévoir des capacités supplémentaires (p. ex., création d'équipes mobiles) et appliquer les décisions de manière adéquate et transparente
- exiger une formation sur la lutte contre le racisme et la discrimination fondée sur le genre mettant l'accent sur l'humilité culturelle et reconnaissant également différentes caractéristiques intersectionnelles de l'identité
- élaborer et contrôler des politiques et des mesures de protection afin de lutter contre l'hostilité, le harcèlement, l'intimidation et la violence au travail qu'exercent les patients, les familles, les collègues et les superviseurs
- créer des espaces physiques favorisant la santé et des infrastructures adéquates permettant d'éviter la fréquentation excessive

Les dirigeants de la santé ont indiqué qu'il s'agissait d'un domaine d'action important dans lequel ils pouvaient faciliter certains changements, bien que des fonds soient nécessaires pour accroître la capacité et fournir des soutiens. Ils considéraient que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont chacun un rôle clé à jouer. À titre d'exemple, la plupart des participants au sondage ont suggéré que le gouvernement fédéral fournisse un financement ciblé supplémentaire que les gouvernements provinciaux et territoriaux utiliseraient de manière concertée et stratégique pour consulter les professionnels de la santé, les syndicats et les associations, ainsi que d'autres acteurs clés au niveau méso comme les hôpitaux et les régies de la santé, dans le but de renforcer les capacités et de déployer à grande échelle les stratégies de soutien efficaces. Le chapitre 5 : Soutien et maintien des effectifs contient de plus amples renseignements sur les données probantes qui sous-tendent cette piste d'action clé.

8.1.4 Optimiser les champs d'exercice au sein de modèles en équipe

Il est possible de transformer les soins grâce à l'optimisation des champs d'exercice au sein de modèles en équipe, en s'appuyant sur la technologie et sur la mise en place d'incitations pertinentes. L'optimisation des champs d'exercice des professionnels de la santé peut inclure à la fois l'exercice sur champ complet et l'étude de champs élargis et de nouveaux rôles émergents. La territorialité professionnelle et administrative a été largement considérée comme un obstacle majeur à l'optimisation des champs d'exercice au Canada. Les stratégies suivantes permettent d'encourager l'optimisation des champs d'exercice dans l'ensemble des secteurs de la santé :

- établir des stages et des résidences qui favorisent les modèles en équipe axés sur les compétences interprofessionnelles et en santé numérique
- offrir des possibilités de perfectionnement professionnel après la délivrance du permis d'exercice pour assurer la continuité du développement des compétences au cours d'une carrière
- capitaliser sur le pouvoir transformateur de la santé numérique, en intégrant davantage les professionnels en informatique de la santé au sein des effectifs de santé et en gardant à l'esprit les conséquences (involontaires) de la technologie sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé
- évaluer et adapter les compétences, la rémunération, les modèles de soins et la coordination du personnel à la lumière de la numérisation
- obtenir l'adhésion des personnes, des équipes et des organisations en proposant d'autres mécanismes de financement (p. ex., paiements mixtes ou à la séquence de soins) afin d'inclure tous les professionnels de la santé et d'assurer la concordance avec les résultats escomptés
- intégrer des modes d'aiguillage et des mécanismes pour la documentation et réfléchir à des possibilités de partage et de transfert des tâches afin d'améliorer l'efficacité de la prestation des soins et d'alléger le fardeau administratif
- informer les professionnels et les tribunaux des modifications législatives qui reconnaissent les principes des modèles de soins partagés, et élargir l'adoption de cadres législatifs plus souples pouvant être interprétés au niveau local
- mener des travaux de recherche et produire des données sur les résultats de l'optimisation des champs d'exercice afin d'éclairer la pratique

Les dirigeants de la santé et les praticiens ont indiqué que plusieurs acteurs clés ont un rôle à jouer dans l'optimisation des champs d'exercice, notamment les dirigeants de la santé, les associations professionnelles, les organismes de réglementation et tous les ordres de gouvernement. À cette fin, les mécanismes de coordination tels que les modèles de gouvernance intégrant la collaboration et la responsabilisation peuvent renforcer l'optimisation. La coordination pourrait se faire par le biais d'ententes interministérielles ou

intergouvernementales, législatives ou obligatoires, et de systèmes de gouvernance comme ceux évoqués au chapitre 7 : Planification et développement. Le chapitre 6 : Déploiement et prestation des services contient de plus amples renseignements sur les données probantes qui sous-tendent cette piste d'action clé.

8.1.5 Intégrer une culture de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

L'amélioration des données et le renforcement des outils décisionnels et de la capacité d'analyse peuvent nourrir une culture de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. La planification est essentielle pour répondre aux exigences futures de dotation en personnel afin de satisfaire aux besoins de la population en matière de soins et de services. Pourtant, la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est actuellement entravée par le manque de spécificité et de cohérence des données et par la collaboration limitée dans et entre les territoires de compétence. La mise en œuvre de modèles de planification fait appel au travail d'analystes compétents qui ont à leur disposition des données d'excellente qualité pour soutenir les décideurs dans le domaine des effectifs de santé.

Par conséquent, les actions clés sont les suivantes :

- accroître la disponibilité de données exploitables et cohérentes, incluant les critères d'équité, et prendre en compte tous les membres de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada
- adopter des techniques de planification fondée sur les besoins qui tiennent compte de l'équité en matière de santé et des besoins des professionnels de la santé, en plus des résultats pour les patients et les systèmes de santé et des coûts
- aligner les résultats de la planification pour inclure chacun des cinq objectifs
- mettre en œuvre et actualiser les plans à intervalles réguliers afin de prendre en considération les évolutions et les nouvelles tendances en matière de santé, dans le cadre de systèmes de santé réellement apprenants
- établir une infrastructure de données efficace et les technologies de l'information nécessaires pour permettre la collecte de données et la recherche à l'échelle pancanadienne
- promouvoir les bonnes pratiques de gouvernance des données, y compris la souveraineté des données autochtones
- contrôler et assurer la qualité et la sécurité des données
- faciliter l'intégration et l'interopérabilité des données
- élaborer des stratégies claires pour l'accès aux données et pour le stockage et le partage des données

Tous les acteurs clés ont un rôle à jouer pour intégrer une culture de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Le gouvernement fédéral peut coordonner l'élaboration d'outils décisionnels pancanadiens assortis de données améliorées et normalisées, et faciliter ainsi la prise en compte de la mobilité de la main-d'œuvre dans les processus de modélisation et de prévision à l'échelle locale, régionale et provinciale/territoriale. Pour ce faire, il est nécessaire de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation, les établissements d'enseignement et les associations professionnelles. Ces mesures ont été jugées indispensables au renforcement des capacités et à la modélisation des lacunes tout au long du continuum de soins dans un format facile d'accès pour les décideurs.

Le chapitre 7 : Planification et développement contient de plus amples renseignements sur les données probantes qui sous-tendent cette piste d'action clé.

8.2 DÉVELOPPER L'INFRASTRUCTURE POUR UN EFFET MAXIMAL

Le fait de s'appuyer sur les deux bases de connaissances que sont les systèmes de santé apprenants et l'approche « Une seule santé » peut contribuer à maximiser les effets potentiels du changement concernant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Ces deux approches expliquent l'infrastructure de base nécessaire à la transformation des systèmes de santé, comme la recherche, la collaboration, le leadership, l'infrastructure technique, l'évaluation et la gouvernance. Les systèmes de santé apprenants sont des approches innovantes et pragmatiques visant à assurer un flux bidirectionnel de la recherche vers la pratique et inversement, tout en favorisant la collaboration et le partage des données au sein des institutions et des secteurs (Guise et coll., 2018; Safaeinili et coll., 2020). L'approche « Une seule santé » permet d'aborder les problèmes de santé complexes d'un point de vue interdisciplinaire et intersectoriel axé sur l'intégration afin d'examiner et de lancer des stratégies de changement à long terme (de Jongh et coll., 2022; Zinsstag et coll., 2011). Cette partie s'appuie sur la littérature scientifique issue de ces domaines d'étude complémentaires afin de mettre en lumière les éléments stratégiques de base qu'il faut développer pour promouvoir la vision de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

8.2.1 Recherche, mise en œuvre et évaluation au sein des systèmes de santé apprenants

L'adoption d'un cadre de systèmes de santé à apprentissage rapide constitue une approche utile et stratégique pour étayer les changements systémiques concernant la refonte de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ainsi que les politiques et les prises de décision connexes. Les systèmes de santé apprenants visent l'amélioration continue et l'innovation pour équilibrer les cinq objectifs de manière optimale et durable (Menear et coll., 2019). Les données et les renseignements sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et sur la prestation des services sont transformés en nouvelles connaissances qui, à leur tour, modifient la prestation des services et les systèmes de santé selon des cycles continus (Feldman et coll., 2022).

La recherche sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé constitue le fondement d'un système de santé apprenant. Comme l'indiquent plusieurs parties du présent rapport, les travaux de recherche canadiens sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé sont étonnamment rares. À titre d'exemple, moins de 3 % des études citées dans l'examen structuré portent sur le contexte canadien, et la recherche sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé représente moins de 1 % des travaux financés par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Des associations professionnelles, des groupes de réflexion et des syndicats ont certes mené des travaux de recherche, mais les résultats sont susceptibles de donner lieu à des conflits d'intérêts réels ou perçus. De plus, ces intervenants n'ont pas toujours la capacité de réaliser des études avec le niveau de rigueur scientifique attendu. Par ailleurs, certaines recherches sur les services de santé en cours au Canada peuvent constituer une surcharge pour les professionnels de la santé de première ligne chargés de recueillir des données et des indicateurs qui ne se traduisent pas toujours de manière cohérente ou rapide en améliorations systémiques. La grande disparité entre les priorités et les résultats d'un tel travail peut entraîner une antipathie à l'égard de la recherche chez certains professionnels de la santé (Foley et Vale, 2022). L'intégration de la recherche et de l'évaluation dans un paradigme de systèmes de santé apprenants permet de passer de la recherche « pour le plaisir de la recherche » à l'apport rapide d'une valeur ajoutée en milieu de travail. Une stratégie de mise en œuvre claire tenant compte des besoins des professionnels de la santé de première ligne est nécessaire pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre réussie d'un système de santé apprenant à valeur ajoutée (Menear et coll., 2019).

La recherche sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé peut jouer un rôle essentiel dans l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation, l'élargissement et le déploiement à grande échelle de bon nombre des politiques et pratiques principales décrites dans le présent rapport. En effet, les Instituts de recherche en santé du Canada ont récemment reconnu la main-d'œuvre dans le secteur de la santé comme l'une des sept priorités de la recherche sur les services et les politiques de santé (McMahon et coll., 2020). À l'avenir, la recherche sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pourrait servir à élaborer et à mettre à l'essai de nouvelles solutions ou bien à mettre en œuvre et à déployer à grande échelle des solutions stratégiques prometteuses ou éprouvées, tout en tenant compte des facteurs contextuels au niveau systémique (p. ex., gouvernance et responsabilisation, modèles de financement, équité et obstacles structurels) qui améliorent ou entravent la faisabilité et l'impact.

Ces études peuvent être menées dans une optique interdisciplinaire en associant les différents milieux cliniques et modes d'exercice et en adoptant diverses approches de recherche – ainsi qu'en regroupant et en partageant les données lorsque cela est possible (Rotenstein et coll., 2019). Comme évoqué précédemment dans ce chapitre, le gouvernement fédéral et les organisations pancanadiennes ont la possibilité de mettre à profit leur position singulière pour déployer à grande échelle les pratiques stratégiques principales et étendre les sphères d'innovation touchant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Un aspect essentiel de cette

démarche repose sur la recherche et l'évaluation qui permettent de mesurer les progrès et les résultats au sein des systèmes de santé apprenants.

La mobilisation équitable des connaissances, l'établissement de passerelles et l'adoption de la recherche dans les milieux de soins et par les professionnels de la santé peuvent également passer par des processus de partenariat comme la mise en place d'un plus grand nombre de centres d'excellence, de communautés de pratique, de « collaboratoires » réunissant les professionnels de la santé, les chercheurs et les universités, la création de postes de cliniciens-chercheurs au sein des groupes de professionnels de la santé, ou encore le développement des échanges interdisciplinaires de personnel (Feldman et coll., 2022; Greene et Holmes, 2022; Iyamu et coll., 2022). Ces activités permettent non seulement de promouvoir l'élargissement et le déploiement à grande échelle, mais aussi de soutenir la formation et la production de la prochaine génération de chercheurs en santé prêts à résoudre les problématiques liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

D'après Foley et Vale (2022), un système de santé apprenant « est l'évolution d'un système de santé existant en un système capable d'apprendre de chaque patient » (p. 1, traduction libre). Un système de santé apprenant efficace peut également avoir la capacité d'apprendre de chaque professionnel de la santé. Cet apprentissage permettrait non seulement d'améliorer les résultats touchant la main-d'œuvre, par exemple le bien-être, le maintien des effectifs, la rotation et la productivité, mais pourrait aussi avoir des avantages indirects pour les soins aux patients grâce à la proactivité en matière de planification, de développement et de déploiement (Rotenstein et coll., 2019).

L'évolution vers des systèmes de santé apprenants nécessite une prise en compte stratégique de la main-d'œuvre, des structures organisationnelles, de la culture en milieu de travail, de la modification des comportements, de la coconception, du corpus de connaissances scientifiques existant et de l'évaluation (Hardie et coll., 2022). Les professionnels de la santé peuvent repousser ou abandonner un nouveau système qui menace leur rôle ou leur identité professionnelle ou qui leur impose des exigences déraisonnables (temps, charge, dédoublement des efforts) (Foley et Vale, 2022). Par conséquent, pour porter leurs fruits, les stratégies de mise en œuvre d'un système de santé apprenant doivent inclure ce qui suit (Brommeyer et coll., 2023; Foley et Vale, 2022) :

- autonomisation des professionnels de la santé et de leurs dirigeants pour leur permettre de s'ouvrir au changement
- focalisation sur les besoins et les avantages des professionnels de la santé (ainsi que d'autres acteurs comme les patients et les chercheurs)
- minimisation des risques et des conséquences involontaires, pour les professionnels de la santé (et d'autres acteurs), induites par l'adoption de l'infrastructure technologique sous-tendant les nouveaux systèmes

- adaptation au fil du temps, sur la base d'approches stratégiques d'élargissement et de déploiement à grande échelle comme le prototypage rapide, les microstratégies, l'expérimentation sans risque d'échec et les réseaux d'apprentissage axés sur les acteurs

La main-d'œuvre devra également posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour utiliser efficacement la nouvelle infrastructure technique en expansion. Cette transition nécessitera un perfectionnement des compétences par le biais de la formation professionnelle, ainsi qu'un réexamen des systèmes de santé apprenants et des compétences en santé numérique dans les descriptions de poste et les programmes d'enseignement des métiers de la santé (Aalami et coll., 2021; Bernstein et coll., 2015; Feldman et coll., 2022; Thistlethwaite et coll., 2019; Tudor Car et coll., 2018).

À cette fin, en matière de développement ou d'élargissement des systèmes de santé apprenants, les approches de conception participative qui mobilisent les professionnels de la santé et les patients peuvent minimiser les perturbations et rendre les systèmes plus conviviaux et mieux adaptés aux besoins de tous les usagers (Menear et coll., 2019). Elles offrent un moyen de déployer, de mettre à l'essai, et d'adapter et de peaufiner de nouveaux parcours et modèles de soins, en œuvrant directement avec les premières personnes concernées par ces changements (Hardie et coll., 2022).

La complexité d'un système de santé apprenant réside dans l'interaction du contexte, de la technologie et des usagers (Foley et Vale, 2022). Dans le contexte de la main-d'œuvre, la législation et la réglementation régissant les champs d'exercice, la confidentialité et la protection de la vie privée, ainsi que les politiques concernant les attributions des praticiens et les effectifs, les conditions du marché et l'équilibre entre le financement et la prestation des services par les secteurs public et privé, mais aussi d'autres événements comme les urgences de santé publique, peuvent avoir une incidence sur la mise en œuvre des systèmes de santé apprenants. À l'avenir, pour être plus efficaces, les systèmes de santé apprenants doivent s'inscrire dans un contexte stratégique incluant des règles et des règlements clairs, soutenus par des investissements coordonnés dans des évaluations de la main-d'œuvre et de la situation socioéconomique et dans des études d'impact de la réglementation, ainsi que des recherches continues (Brommeyer et coll., 2023). Un solide leadership technique et collaboratif est également essentiel pour faciliter et conduire le changement transformationnel (p. ex., l'intégration accrue des technologies numériques) dans ces systèmes de santé complexes, à composantes et à acteurs multiples (Iyamu et coll., 2022). Dans le cadre de l'approche des systèmes de santé apprenants, ces orientations stratégiques peuvent favoriser une évolution progressive et raisonnable des politiques de manière à améliorer à la fois l'efficacité et la qualité des services et à optimiser les résultats sur la base d'évaluations rigoureusement ciblées (Menear et coll., 2019). Le fait de rendre compte publiquement des progrès et des obstacles à l'action concertée permettrait d'accroître encore la transparence.

8.2.2 Collaboration intersectorielle pour préparer l'avenir

Dans notre monde en évolution, l'approche « Une seule santé » peut constituer un cadre de plus en plus utile pour envisager une planification, un déploiement et un maintien équitables et efficaces des effectifs de santé, en particulier dans le secteur de la santé publique. La prise de décisions concernant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé dans une optique « Une seule santé » proactive, interdisciplinaire et collaborative peut permettre de détecter plus rapidement les risques et les menaces, et contribuer à améliorer l'efficacité des interventions (Hueffer et coll., 2019; Ruckert et coll., 2020; Zinsstag et coll., 2011). À titre d'exemple, le renforcement de la capacité de la main-d'œuvre dans les secteurs de la santé, des animaux et de l'environnement à l'échelle pancanadienne en vertu de l'approche « Une seule santé » peut générer de nouvelles connaissances et permettre des innovations pour la surveillance et les interventions en santé publique, mais aussi dans le cadre de l'apprentissage et de la formation en santé (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et coll., 2022).

À l'instar des systèmes de santé apprenants, les facteurs propices à l'approche « Une seule santé » comprennent l'éducation et les passerelles interprofessionnelles et interdisciplinaires, la collaboration et les partenariats intersectoriels, l'infrastructure de partage des données, le leadership et la gouvernance intégrés, ainsi que la recherche transdisciplinaire (Berger et coll., 2019; Bordier et coll., 2020; Courtenay et coll., 2014; Rock et coll., 2017). À titre d'exemple, les relations intersectorielles et l'infrastructure de partage des données peuvent contribuer à mettre tous les renseignements pertinents à la disposition des décideurs en santé au moment où ils en ont le plus besoin. Sans ces renseignements, les responsables de la santé humaine et animale et les professionnels de la santé peuvent être amenés à adopter des approches sous-optimales pour le diagnostic des nouvelles éclosions, ce qui nuit à l'efficacité des efforts d'intervention (Bordier et coll., 2020). Ce niveau de coordination nécessite généralement une gouvernance efficace ancrée dans des principes transdisciplinaires et multisectoriels ainsi que l'appui d'une législation pertinente (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et coll., 2022).

8.3 LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ D'AUJOURD'HUI, DE DEMAIN ET DES GÉNÉRATIONS FUTURES

Par le passé, la réduction des coûts et l'amélioration de l'efficacité ont orienté la prise de décision sans que l'on tienne compte des répercussions sur les professionnels de la santé. Lorsque le renforcement prolongé de la capacité de mobilisation requis pendant la pandémie s'est ajouté aux synergies visant à augmenter le ratio patient/personnel et à maximiser le volume de travail, les pressions sur le personnel de la santé de première ligne sont devenues trop fortes et ces efforts persistants se sont avérés intenable. Traditionnellement, les objectifs des soins de santé du point de vue des patients, des professionnels de la santé, des associations professionnelles, des syndicats, des organismes de réglementation, des experts de la santé publique, des économistes et des gouvernements étaient souvent considérés comme opposés les uns aux autres (Nundy et coll., 2022).

Aujourd'hui, le bien-être des professionnels de la santé est reconnu comme un résultat d'intérêt majeur dans l'optimisation des systèmes de santé. Il est également admis que les cinq objectifs d'équité en matière de santé, de bien-être des professionnels de la santé, d'amélioration des expériences des patients, de réduction des coûts et d'amélioration des résultats en matière de santé peuvent se renforcer mutuellement et que l'adoption d'approches pluridimensionnelles et coordonnées prenant en compte différents résultats à plusieurs niveaux est essentielle à l'optimisation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (chapitre 1 : Introduction; Coleman et coll., 2016).

La présente évaluation, qui fournit une synthèse des données scientifiques et stratégiques et de la consultation des acteurs clés, a permis de cerner les solutions éventuelles, les possibilités et les pistes d'action prioritaires, en particulier pour les deux à cinq prochaines années. Bon nombre des professionnels de la santé qui ont participé à ce processus d'évaluation ont décrit leur rôle de soignant non seulement comme un travail, mais aussi comme une vocation. Le contexte actuel – longues heures de travail, locaux surchargés, réduction du temps passé au chevet des patients et hostilité croissante de la part des patients et des collègues – a eu des répercussions sur la main-d'œuvre, laquelle constitue le fondement de notre système de santé. Le respect de tous les praticiens et du rôle qu'ils jouent dans le fonctionnement de nos systèmes de santé nécessite de créer des milieux de travail sains, sûrs et exempts d'hostilité, de harcèlement, d'intimidation et de violence, qui offrent des soutiens adéquats et des volumes de travail raisonnables. Cela implique également que tous les acteurs clés prennent en considération les aspects indépendants et relationnels d'un système conçu pour prendre soin, non seulement des patients, mais aussi des fournisseurs de services.

Les problématiques communes rencontrées par les professionnels de la santé, bien que très préoccupantes, offrent également des pistes d'innovation exceptionnelles au moyen d'une action concertée. En passant d'une optique « coût-efficacité » à une optique « coût-efficacité », en évitant les pratiques conflictuelles pour privilégier les partenariats entre administrations et en éliminant la territorialité professionnelle pour faire place à la collaboration transdisciplinaire, il est possible de concrétiser les solutions connues au moyen d'approches jugées irréalistes avant la pandémie.

ANNEXES

ANNEXE A : QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

En consultation avec l'Académie canadienne des sciences de la santé et les coprésidents du comité d'évaluation, Santé Canada a recensé une série de questions à examiner. Ces questions ont été regroupées en quatre thèmes afin d'organiser le travail du comité, tout en sachant que le comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé adopterait une vision transversale de ces enjeux :

- Soutien et maintien des effectifs
- Déploiement et prestation des services
- Planification et développement
- Vision, action et impact

Soutien et maintien des effectifs

1. Quel est l'**état actuel de la santé mentale et du bien-être** de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et quels sont les impacts de l'état actuel du système de santé sur cette main-d'œuvre?
 - 1.1. Quel est l'impact des établissements de soins de santé sur **la santé mentale et la résilience** des personnes qui y travaillent?
 - 1.2. Quels outils et ressources sont nécessaires (formation, éducation, systèmes de soutien) pour protéger la santé mentale des professionnels de la santé?
 - 1.3. Quels règlements et politiques devront être établis et remaniés pour atténuer les impacts à long terme afin de soutenir la santé mentale et le bien-être en milieu de travail à l'avenir?
 - 1.4. Quels outils, ressources et conseils seront nécessaires pour répondre aux enjeux systémiques qui ont un impact sur la santé mentale et le bien-être de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (violence au travail, racisme, etc.)?
2. Quels sont **les tendances, les défis et les possibilités clés** au cours des deux à cinq prochaines années en matière de maintien des effectifs de santé? Par exemple :
 - 2.1. Quels sont actuellement les modèles et les pratiques exemplaires à l'échelle internationale, locale et régionale permettant de **faire en sorte que la dotation en personnel de la santé soit durable et sécuritaire**?

Déploiement et prestation des services

3. Quelles sont les lacunes en matière de soutien à la prestation de **soins adaptés aux spécificités culturelles et impartiaux** à toutes les personnes résidant au Canada?
4. Quel est l'impact de la **prestation privée des soins** sur les défis et les possibilités pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé? Quelles sont les implications possibles?
5. Quel est l'impact **des structures salariales et des modèles de frais différents** sur les tendances de la participation dans et entre diverses professions?
6. En quoi les changements dans la prestation des soins de santé, par exemple les transitions vers les **soins virtuels** ou les **modèles intégrés de soins en équipe**, ont-ils un impact sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé?
 - 6.1. Existe-t-il des possibilités de travail continu sur les systèmes de main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour contribuer à soutenir l'évolution vers un **modèle intégré de prestation de soins en équipe** ou la **prestation virtuelle de soins de santé appropriés**?
7. Comment la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pourrait-elle être utilisée et déployée plus efficacement dans l'ensemble du pays et des milieux de soins (**champs d'exercice, niveaux de participation dans et entre les professions, délivrance des permis d'exercice et réglementation**, etc.)?
8. D'après les données probantes disponibles et les consultations avec les parties prenantes, quels leviers permettent de relever les principaux défis auxquels fait face la main-d'œuvre dans les systèmes de santé au Canada, notamment la **mobilité entre les provinces et les territoires**?

Planification et développement

9. Quel est l'**état actuel de l'offre de main-d'œuvre** dans les systèmes de santé au Canada?
10. Quelles **données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé sont nécessaires** pour assurer une **planification** efficace?
 - 10.1. Quels sont à l'heure actuelle les principaux défis et les principales lacunes en matière de données?
 - 10.2. Quelles données et quels outils sont nécessaires afin d'agir proactivement pour que la main-d'œuvre dans le secteur de la santé :
 - 10.2.1. reflète la diversité raciale et culturelle et la diversité de genre des personnes servies par les professionnels de la santé?

- 10.2.2. réponde aux besoins des populations prioritaires historiquement mal desservies (communautés autochtones, personnes noires et racisées, nouveaux arrivants dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, etc.)?
 - 10.2.3. réponde aux besoins en matière de soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire?
11. *Pénuries* : Où les pénuries sont-elles les plus importantes (par profession, secteur géographique et milieu de soins) et quels sont les principaux facteurs qui les sous-tendent?
- 11.1. Quelles **professions devraient connaître des pénuries chroniques** au cours des deux à cinq prochaines années et quels sont les facteurs contributifs les plus probables?
12. Quels sont **les tendances, les défis et les possibilités clés** au cours des deux à cinq prochaines années pour ce qui est de renforcer la capacité de mobilisation, de répondre à la demande et d'améliorer les données sur les soins de santé?
13. D'après les données probantes disponibles et les consultations avec les parties prenantes, quels leviers permettent de relever les principaux défis auxquels fait face la main-d'œuvre dans les systèmes de santé au Canada, notamment la **planification**?
14. D'après les données probantes disponibles et les consultations avec les parties prenantes, quels leviers permettent de relever les principaux défis auxquels fait face la main-d'œuvre dans les systèmes de santé au Canada?
- 14.1. **Filières d'éducation et de formation** (incluant l'intégration de nouveaux praticiens au sein de la main-d'œuvre, la formation continue et le développement de carrière via des passerelles entre les professions)
 - 14.2. **Voies d'accès aux permis d'exercice en temps utile** pour les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) cherchant à travailler au Canada
 - 14.3. **Intégration des PSFE au sein des milieux de soins de santé canadiens** dans les plus brefs délais

Vision, action et impact

15. Quel est l'**impact des problématiques liées à la main-d'œuvre sur le système de santé** (c'est-à-dire point de vue des patients, qualité des soins, efficacité du système de santé)?
16. Constate-t-on l'émergence d'un consensus pancanadien sur une **vision de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada** qui pourrait être adoptée au cours des deux à cinq prochaines années? Quelles mesures immédiates sont requises pour faire progresser cette vision? Quelles sont les priorités d'action les plus urgentes, même si elles ne sont pas immédiates?

17. Compte tenu de la diversité des acteurs du système de santé travaillant dans ce domaine, dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation et les établissements d'enseignement, que peut-on faire pour encourager tous les intervenants à créer des synergies et à mieux soutenir et utiliser la main-d'œuvre dans le secteur de la santé?

ANNEXE B : STRATÉGIES PROVINCIALES ET TERRITORIALES DE DOTATION EN PERSONNEL DE LA SANTÉ

Échantillon des stratégies ou rapports de politique provinciaux et territoriaux d'intérêt pour l'ensemble d'une sous-catégorie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

STRATÉGIES OU RAPPORTS DE POLITIQUE		ANNÉE DE PUBLICATION
Alberta	<i>Alberta Health System Sustainability and Resiliency Action Plan</i>	2022
	<i>Rural Health Professions Action Plan: Strategic Plan 2020-2024</i>	2020
Colombie-Britannique	<i>Stratégie des ressources humaines en santé de la Colombie-Britannique : Putting People First</i>	2022
Manitoba	<i>Manitoba Health, Seniors and Active Living Transformation Program Charter</i>	2022
Nouveau-Brunswick	<i>Stratégie en matière de ressources infirmières du Nouveau-Brunswick</i>	2019
Nouvelle-Écosse	<i>Action for Health: A Strategic Plan 2022-2026</i>	2022
Nunavut	<i>Roadmap to Strengthen the Nunavut Nursing Workforce</i>	2022
Québec	<i>Rapport annuel de gestion 2019-2020</i>	2019
Terre-Neuve-et-Labrador	<i>Newfoundland and Labrador Strategic Health Workforce Plan 2015-2018</i>	2015**
Territoires du Nord-Ouest	<i>Système de santé et de services sociaux des Territoires du Nord-Ouest : Plan des ressources humaines 2021 à 2024</i>	2021
Yukon	<i>People Plan: A Plan for the Government of Yukon's Public Service 2019-2023</i>	2019

*Échantillon des stratégies disponibles. Certaines provinces, à l'image de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario et de la Saskatchewan, ont parfois intégré des éléments pertinents dans des documents de politique générale.

**En cours de mise à jour

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abelsen, B., Fosse, A., Gaski, M. et Grimstad, H. (2022). Educational interventions to ensure provision of doctors in rural areas - A systematic review. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*, 142(1). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0253>
- Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., Wakegijig, J., Forsling, N., Moody-Corbett, P., Akearok, G. H., Mason, A., Savage, C. et Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: A framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 18(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>
- Abraham, C. M., Zheng, K. et Poghosyan, L. (2020). Predictors and outcomes of burnout among primary care providers in the United States: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 77(5), 387-401. <https://doi.org/10.1177/1077558719888427>
- Académie canadienne des sciences de la santé. (2014). *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*. https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_FR.pdf
- Académie canadienne des sciences de la santé. (2019). *Améliorer la qualité de vie et les soins pour les personnes vivant avec la démence et leurs aidants*. <https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2019/01/Rapport.pdf>
- Académie canadienne des sciences de la santé. (2022). *L'autisme au Canada : Réflexions pour l'élaboration de futures politiques publiques. Croisements entre les données probantes et les savoirs expérientiels*. <https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2022/04/ACSS-Lautisme-au-Canada-Reflexions-pour-lelaboration-de-futures-politiques-publiques.pdf>
- Adams, R., Ryan, T. et Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: A systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(6), 1476-1497. <https://doi.org/10.1111/inm.12904>
- Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (18 mars 2017). *Executive leadership development program*. <https://ournthssa.ca/wp-content/uploads/2018/06/005.-ELDP-Program-Guidelines-2017-18-March-2017-Tab-5-with-NTHSSA-header.pdf>
- Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (s. d.). *Ophthalmic medical technologist training program*. PracticeNWT. <https://www.practicenwt.ca/en/omttp>

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2019). *Détection et diagnostic de la septicémie dans les régions rurales et éloignées : analyse de l'environnement* (n° 83). <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/es0327-remote-sepsis.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens Noirs : un aperçu*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/social-determinants-inequities-black-canadians-snapshot/iniquit%c3%a9s-en-sant%c3%a9-canadiens-noirs.pdf>
- Aghdam, Z. N., Rahmani, A. M. et Hosseinzadeh, M. (2021). The role of the internet of things in healthcare: Future trends and challenges. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 199, 105903. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105903>
- Ahmadi-Abhari, S., Guzman-Castillo, M., Bandosz, P., Shipley, M. J., Martin, J. S., Muniz-Terrera, G., Singh-Manoux, A., Kivimäki, M., Steptoe, A., Capewell, S., O'Flaherty, M. et Brunner, E. J. (2017). Temporal trend in dementia incidence since 2002 and projections for prevalence in England and Wales to 2040: Modelling study. *British Medical Journal*, 358, j2856. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2856>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., Spetz, J. et Smith, H. L. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research*, 45(4), 904-921. <https://doi.org/10.1111/J.1475-6773.2010.01114.X>
- Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., Crea-Arsenio M. et Antonipillai, V. (2022). COVID-19 excess mortality among long-term care residents in Ontario, Canada. *PLoS ONE* 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262807>
- Alami, H., Lehoux, P., Fleet, R., Fortin, J.-P., Liu, J., Attieh, R., Cadeddu, S. B. M., Abdoulaye Samri, M., Savoldelli, M. et Ag Ahmed, M. A. (2021). How can health systems better prepare for the next pandemic? Lessons learned from the management of COVID-19 in Québec (Canada). *Frontiers in Public Health*, 9(juin). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.671833>
- Alaska Native Tribal Health Consortium. (2018). *The Alaska Community Health Aide Program*. <https://anthc.org/wp-content/uploads/2020/05/CHAP-Updates-Dr-Michelle-Hensel.pdf>
- Albendin-Garcia, L., Suleiman-Martos, N., Canadas-De la Fuente, G. A., Ramirez-Baena, L., Gomez-Urquiza, J. L. et De la Fuente-Solana, E. I. (2021). Prevalence, related factors, and levels of burnout among midwives: A systematic review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(1), 24-44. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13186>
- Alberta Department of Health. (22 février 2022). *Alberta health system sustainability and resiliency action plan*. <https://open.alberta.ca/dataset/66102fc1-1ddd-43f8-81e3-65f8d1b1747e/resource/f6170e30-a977-40d7-bbcd-01b33a5eb049/download/health-ey-health-system-sustainability-action-plan-2022-02.pdf>

- Alberta Health Services. (2020). *Indigenous health commitments: Roadmap to wellness*. <https://albertahealthservices.ca/assets/info/ihp/if-ihp-indigenous-health-commitments.pdf>
- Alberta Health Services. (2023a). *Emergency department wait times*. <https://www.albertahealthservices.ca/waittimes/waittimes.aspx>
- Alberta Health Services. (2023b). *EMS mobile integrated healthcare community paramedicine*. <https://www.albertahealthservices.ca/ems/Page16487.aspx>
- Alberta Medical Association. (2023). *Locum physicians*. <https://www.albertadoctors.org/services/programs/pls/locum-physicians#:~:text=As%20a%20locum%20physician%2C%20you%20would%20contract%20with,you%20from%20doing%20private%20locums%20or%20other%20work>
- Alberti, S., Motta, P., Ferri, P. et Bonetti, L. (2021). The effectiveness of team-based learning in nursing education: A systematic review. *Nurse Education Today*, 97, 104721. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104721>
- Alkhaldeh, J. M. A., Soh, K. L., Mukhtar, F. B. M. et Ooi, C. P. (2020). Effectiveness of stress management interventional programme on occupational stress for nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 209-220. <https://doi.org/10.1111/jonm.12938>
- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous Peoples in Canada*. The Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPST-Updated.pdf>
- Allana, A. et Pinto, A. (2021). Paramedics have untapped potential to address social determinants of health in Canada. *Healthcare Policy/Politiques de santé*, 16(3), 67-75. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2021.26432>
- Allen et Clarke. (2020). *Baseline data capture: Cultural safety, partnership and health equity initiatives. Medical council of New Zealand and Te Ohu Rata o Aotearoa*. <https://www.mcnz.org.nz/assets/Publications/Reports/f5c692d6b0/Cultural-Safety-Baseline-Data-Report-FINAL-September-2020.pdf>
- Alliance canadienne des organismes de réglementation des professionnels de laboratoire médical. (2023). *MLT gateway Canada project*. <http://camlpr.org/gateway-canada.html>
- American Hospital Association. (2021). *Strengthening the health care workforce*. <https://www.aha.org/system/files/media/file/2021/11/strengthening-the-health-care-workforce-ii.pdf>
- Anderson, M. (2019). Indigenous health research and reconciliation. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 191(34), E930E931. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.190989>

- Anderson, M., Crowshoe, L., Linda, M., Green, M., Kitty, D., Lavallee, B., Saylor, K. et Richardson, L. (2019). *Engagement conjoint à agir pour la santé des Autochtones*. Association des facultés de médecine du Canada. https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/10/AFMC_Position_Paper_JCAIH_FR.pdf
- Anthony, B. F., Surgey, A., Hiscock, J., Williams, N. H. et Charles, J. M. (2019). General medical services by non-medical health professionals: A systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *The British Journal of General Practice*, 69(682), e304-e313. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702425>
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H. et Tungpunkom, P. (2020). Chapter 10: Umbrella reviews. E. Aromataris et Z. Munn (éd.), *JBI Manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-11>
- Asamani, J. A., Christmals, C. D. et Reitsma, G. M. (2021). The needs-based health workforce planning method: A systematic scoping review of analytical applications. *Health Policy and Planning*, 36(8), 1325-1343. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab022>
- Aseffa, F., Mehari, L., Gure, F. et Wylie, L. (2021). Racism in Ontario midwifery: Indigenous, Black and racialized midwives and midwifery students unsilenced. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 20(2), 10-22.
- Aspinall, C., Jacobs, S. et Frey, R. (2022). Intersectionality and nursing leadership: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 0(0), 1-15. <https://doi.org/10.1111/jocn.16347>
- Assemblée des Premières Nations. (2017). *The First Nations health transformation agenda*. https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf
- Assemblée des Premières Nations. (2018). *Éducation postsecondaire des Premières Nations : Fiche d'information*. https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2018/07/PSE_Fact_Sheet_FRE.pdf
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2022). *Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada 2020-2021*. <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2022/11/2020-2021-ACESI-enquete-etudiants-et-professoraux-rapport.pdf>
- Association canadienne des médecins d'urgence. (2020). *Surge capacity and the Canadian emergency department: For immediate release*. <https://caep.ca/wp-content/uploads/2020/03/Surge-Capacity-and-the-Canadian-Emergency-Department-CLEAN-March23PP.pdf>
- Association canadienne des médecins vétérinaires. (2020). *Étude de l'ACMV sur le marché du travail et la main-d'œuvre* (mai 2020). <https://www.canadianveterinarians.net/media/ak3lonad/2020-cvma-workforce-study-final-report.pdf>

- Association des gestionnaires de santé des Premières Nations. (s. d.). *Welcome to the First Nations health managers association*. <https://fnhma.ca/>
- Association des hôpitaux de l'Ontario. (Février 2022). *Practical solutions to maximize health human resources*. <https://www.oha.com/Bulletins/Practical%20Solutions%20to%20Maximize%20HHR.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2021). *Work and wellbeing survey results*. https://rno.ca/sites/rno-ca/files/Nurses_Wellbeing_Survey_Results_-_March_31.pdf
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2022). *Black nurses task force report: Acknowledging, addressing and tackling anti-black racism and discrimination within the nursing profession*. https://rno.ca/sites/default/files/2022-02/Black_Nurses_Task_Force_report.pdf
- Association des médecins autochtones du Canada. (s. d.). *Physician & medical learner engagement guidelines*. <https://www.ipac-amac.ca/downloads/engagement-guidelines-2.pdf>
- Association des médecins autochtones du Canada. (2023). *The IPAC mentorship circle*. <https://www.ipac-amac.ca/mentorship/the-ipac-mentorship-circle>
- Association des pharmaciens du Canada. (2023). *Champ d'exercice*. <https://www.pharmacists.ca/representation/champ-exercice/?lang=fr>
- Association médicale canadienne. (2022). *Permis d'exercice pancanadien : Une réponse à la crise des effectifs*. <https://www.cma.ca/fr/permis-dexercice-pancanadien>
- Aurizki, G. E. et Wilson, I. (2022). Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5), e13046. <https://doi.org/10.1111/ijn.13046>
- Ayanore, M. A., Amuna, N., Aviisah, M., Awolu, A., Kipo-Sunyehzi, D. D., Mogre, V., Ofori-Asenso, R., Gmanyami, J. M., Kugbey, N. et Gyapong, M. (2019). Towards resilient health systems in sub-Saharan Africa: A systematic review of the English language literature on health workforce, surveillance, and health governance issues for health systems strengthening. *Annals of Global Health*, 85(1). <https://annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.2514/>
- Ayaz, B., Martimianakis, M. A., Muntaner, C. et Nelson, S. (2021). Participation of women in the health workforce in the fragile and conflict-affected countries: A scoping review. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00635-7>
- Azam, K., Khan, A. et Alam, M. T. (2017). Causes and adverse impact of physician burnout: A systematic review. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, 27(8), 495-501.

- Bakker, E. J. M., Kox, J. H. A. M., Boot, C. R. L., Francke, A. L., van der Beek, A. J. et Roelofs, P. D. D. M. (2020). Improving mental health of student and novice nurses to prevent dropout: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2494-2509. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14453>
- Balante, J., Broek, D. V. D. et White, K. (2021). How does culture influence work experience in a foreign country? An umbrella review of the cultural challenges faced by internationally educated nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103930. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103930>
- Banks, V. L., Barras, M. et Snoswell, C. L. (2020). Economic benefits of pharmacy technicians practicing at advanced scope: A systematic review. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 16(10), 1344-1353. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.01.007>
- Barnes, E., Bullock, A., Chestnutt, I. G., Cowpe, J., Moons, K. et Warren, W. (2020). Dental therapists in general dental practice. A literature review and case-study analysis to determine what works, why, how and in what circumstances. *European Journal of Dental Education*, 24(1), 109-120. <https://doi.org/10.1111/eje.12474>
- Barnes, H. et Novosel, L. M. (2018). A scoping review of nurse practitioner workforce data: Part two of a four-part series on critical topics identified by the 2015 Research Agenda Roundtable. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(12), 685-695. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000069>
- Barnett, M., Balkissoon, C. et Sandhu, J. (2022). The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 34(3), 457-464. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000660>
- Bärnighausen, T. et Bloom, D. E. (2009). *Changing research perspectives on the global health workforce*. National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w15168/w15168.pdf
- Barreto, L. da S. O., Guimarães Campos, V. D. et Dal Poz, M. R. (2019). Interprofessional education in healthcare and health workforce (HRH) planning in Brazil: Experiences and good practices. *Journal of Interprofessional Care*, 33(4), 369-381. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1646230>
- Bateman, E.A. et Viana, R. (2019). Burnout among specialists and trainees in physical medicine and rehabilitation: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(11), 869-874. <https://dx.doi.org/10.2340/16501977-2614>
- Baumann, A. O., Blythe, J. M. et Underwood, J. M. (2006). Surge capacity and casualization. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 97(3), 230-232. <https://doi.org/10.1007/bf03405592>

- Bazargan-Hejazi, S., Shirazi, A., Wang, A., Shlobin, N. A., Karunungan, K., Shulman, J., Marzio, R., Ebrahim, G., Shay, W. et Slavin, S. (2021). Contribution of a positive psychology-based conceptual framework in reducing physician burnout and improving well-being: A systematic review. *BMC Medical Education*, 21(1), 593. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03021-y>
- Beccaria, L., McIlveen, P., Fein, E. C., Kelly, T., McGregor, R. et Rezwanul, R. (2021). Importance of attachment to place in growing a sustainable Australian rural health workforce: A rapid review. *The Australian Journal of Rural Health*, 29(50), 620-642. <https://doi.org/10.1111/ajr.12799>
- Begun, J., Zimmerman, B. et Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. Dans S. S. Mick et M. E. Wyttenbach (éd.), *Advances in Health Care Organization Theory* (1^{re} éd., p. 253-288, Jossey-Bass.
- Bekelepi, N. et Martin, P. (2022). Support interventions for nurses working in acute psychiatric units: A systematic review. *Health SA Gesondheid*, 27(0), a1811. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1811>
- Béland, D., Marchildon, G. P., Medrano, A. et Rocco, P. (2021). COVID-19, federalism, and health care financing in Canada, the United States, and Mexico. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23(2), 143-156. <https://doi.org/10.1080/13876988.2020.1848353>
- Ben Ahmed, H. E. et Bourgeault, I. L. (2022). *Soutenir les soins infirmiers au Canada*. https://fcsii.ca/wp-content/uploads//2022/11/CHWN-CFNU_Report_Sustaining-Nursing-in-Canada2022_FR_web.pdf
- Benzies, K. M., Aziz, K., Shah, V., Faris, P., Isaranuwachai, W., Scotland, J., Larocque, J., Mrklas, K. J., Naugler, C., Stelfox, H. T., Chari, R., Soraisham, A. S., Akierman, A. R., Phillipos, E., Amin, H., Hoch, J. S., Zanoni, P., Kurilova, J. et Lodha, A. (2020). Effectiveness of Alberta family integrated care on infant length of stay in level II neonatal intensive care units: A cluster randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02438-6>
- Berger, K. M., Wood, J. L. N., Jenkins, B., Olsen, J., Morse, S. S., Gresham, L., Root, J. J., Rush, M., Pigott, D., Winkleman, T., Moore, M., Gillespie, T. R., Nuzzo, J. B., Han, B. A., Olinger, P., Karesh, W. B., Mills, J. N., Anelli, J. F., Barnabei, J., Lucey, D. et Hayman, D. T. S. (2019). Policy and science for global health security: Shaping the course of international health. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4(2), 1-15. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4020060>
- Berlingieri, A., Welsh, S., MacQuarrie, B., McFadyen, N. D., Bigras-Dutrisac, H. et le Congrès du travail du Canada. (2022). *Le harcèlement et la violence dans les milieux de travail au Canada : Cela [ne] fait [pas] partie de la description de tâche*. Centre de recherche et

d'éducation sur la violence contre les femmes et les enfants.

https://www.learningtoendabuse.ca/research/national_survey_on_harassment_and_violence_at_work_in_canada/Respect-at-Work-Report-FRENCH.pdf

- Bernstein, J. A., Friedman, C., Jacobson, P. et Rubin, J. C. (2015). Ensuring public health's future in a national-scale learning health system. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(4), 480-487. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.11.013>
- Berta, W., Laporte, A., Perreira, T., Ginsburg, L., Dass, A. R., Deber, R., Baumann, A., Cranley, L., Bourgeault, I., Lum, J., Gamble, B., Pilkington, K., Haroun, V. et Neves, P. (2018). Relationships between work outcomes, work attitudes and work environments of health support workers in Ontario long-term care and home and community care settings. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0277-9>
- Berwick, D., Nolan, T. J. et Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Birch, S., Kephart, G., Murphy, G. T., O'Brien-Pallas, L., Alder, R. et MacKenzie, A. (2007). Health human resources planning and the production of health: Development of an extended analytical framework for needs-based health human resources planning. *Journal of Public Health Management and Practice*, 15 (supplément 6). <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e3181b1ec0e>
- Birch, S., Kephart, G., Murphy, G. T., O'Brien-Pallas, L., Alder, R. et MacKenzie, A. (2009). Health human resources planning and the production of health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 15(6), S56-S61. <https://doi.org/10.1097/phh.0b013e3181b1ec0e>
- Birmingham, C., Mortel, T., Needham, J. et Latimer, S. (2019). The experiences of the agency registered nurse: An integrative literature review. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1580-1587. <https://doi.org/10.1111/jonm.12850>
- Black Physicians of Canada. (2022). *Our vision*. <https://blackphysicians.ca/our-vision>
- Blair, M., Mitchell, L., Palermo, C. et Gibson, S. (2022). Trends, challenges, opportunities, and future needs of the dietetic workforce: A systematic scoping review. *Nutrition Reviews*, 80(5), 1027-1040. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab071>
- Blay, N., Sousa, M. S., Rowles, M. et Murray-Parahi, P. (2022). The community nurse in Australia. Who are they? A rapid systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 154-168. <https://doi.org/10.1111/jonm.13493>
- Boamah, S.A., Callen, M. et Cruz, E. (2021). Nursing faculty shortage in Canada: A scoping review of contributing factors. *Nursing Outlook*, 69(4), 574-588. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.018>

- Bodenheimer, T. et Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bolislis, W. R., de Lucia, M. L., Dolz, F., Mo, R., Nagaoka, M., Rodriguez, H., Woon, M. L., Yu, W. et Kühler, T. C. (2021). Regulatory agilities in the time of COVID-19: Overview, trends, and opportunities. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 124-139. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.11.015>
- Bollen, A., Harrison, R., Aslani, P. et van Haastregt, J. C. M. (2019). Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e189-e212. <https://doi.org/10.1111/hsc.12705>
- Bond, S., Merriman, C. et Walthall, H. (2020). The experiences of international nurses and midwives transitioning to work in the UK: A qualitative synthesis of the literature from 2010 to 2019. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103693. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103693>
- Bordier, M., Uea-Anuwong, T., Binot, A., Hendriks, P. et Goutard, F. L. (2020). Characteristics of one health surveillance systems: A systematic literature review. *Preventive Veterinary Medicine*, 181 (mai 2018), 104560. <https://doi.org/10.1016/j.prevetmed.2018.10.005>
- Borycki, E. M. et Kushniruk, A. W. (2022). Reinventing virtual care: Bridging the healthcare system and citizen silos to create an integrated future. *Healthcare Management Forum*, 35(3), 135-139. <https://doi.org/10.1177/08404704211062575>
- Boscart, V.M., Sidani, S., Poss, J., Davey, M., d'Avernas, J., Brown, P., Heckman, G., Ploeg J. et Costa, A.P. (2018). The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Services Research*, 18(1), 750. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3552-5>
- Bourgeault, I. L. (2021). A path to improved health workforce planning, policy & management in Canada: The critical coordinating and convening roles for the federal government to play in addressing eight per cent of its GDP. *Université de Calgary : The School of Public Policy Publications*, 14(1). <https://doi.org/10.11575/sppp.v14i1.74064>
- Bourgeault, I. L., Atanackovic, J., McMillan, K., Akuamoah-Boateng, H. et Simkin, S. (2022). The pathway from mental health, leaves of absence, and return to work of health professionals: Gender and leadership matter. *Healthcare Management Forum*, 35(4), 199-206. <https://doi.org/10.1177/08404704221092953>
- Bourgeault, I. L. et Chamberland-Rowe, C. (2023). Introduction to the health workforce in Canada. Dans I. L. Bourgeault (éd.), *Introduction to the Health Workforce in Canada* (p. 3-33). Ottawa : Réseau canadien des personnels de santé. https://www.hhr-rhs.ca/images/Intro_to_the_Health_Workforce_in_Canada_Chapters/02_Introduction.pdf

- Bourgeault, I. L., Demers, C., James, Y. et Bray, E. (2014). *The need for a pan-Canadian health human resources strategy - Conference white paper working drafts*. The Monieson Centre. <https://smith.queensu.ca/insight/file/2014-WhitePaper-Bourgeault.pdf>
- Bourgeault, I. L., James, Y., Lawford, K. et Lundine, J. (2018). Empowering women leaders in health: A gap analysis of the state of knowledge. *Canadian Journal of Physician Leadership*, 5(2), 92-99.
- Bourgeault, I. L., Simkin, S. et Chamberland-Rowe, C. (2019). Poor health workforce planning is costly, risky and inequitable. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 191(42), E1147-E1148. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.191241>
- Bowen, S. et Zwi, A. B. (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: A framework for action. *PLoS Medicine*, 2(7), 0600-0605. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020166>
- British Columbia Emergency Health Services. (2023). *Community paramedicine*. Provincial Health Services Authority. <http://www.bcehs.ca/our-services/programs-services/community-paramedicine>
- British Columbia Health Care Assistants. (s. d.). *Health Career Access Program (HCAP)*. <https://www.choose2care.ca/hcap/>
- British Columbia Health Regulators. (2017). *Cultural Safety and Humility Declaration of Commitment*. https://bchealthregulators.ca/wp-content/uploads/2020/05/Cultural_Safety_and_Humility_Declaration_of_Commitment.png
- British Columbia Health Regulators. (2020). *Three years in: A report on the achievements since signing the Declaration of Commitment to Cultural Safety and Humility*. <https://bchealthregulators.ca/wp-content/uploads/2020/07/2020-Three-Years-In-Cultural-Safety-and-Humility-Report.pdf>
- Britnell, M. (2019). *Human: Solving the global workforce crisis in healthcare*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198836520.001.0001>
- Brohman, M.K., Green, M.E., Dixon, J., Whittaker, R. et Fallon, L. (avril 2018). *Community paramedicine remote patient monitoring (CPRPM): Benefits evaluation & lessons learned*. Inforoute Santé du Canada. <https://coe-pub.escribemeetings.com/filestream.ashx?DocumentId=7415>
- Brommeyer, M., Whittaker, M., Mackay, M., Ng, F. et Liang, Z. (2023). Building health service management workforce capacity in the era of health informatics and digital health - A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 169. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104909>

- Brook, J., Aitken, L., Webb, R., MacLaren, J. et Salmon, D. (2019). Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.003>
- Brooker, A. S. et Loshak, H. (2020). *La thérapie d'affirmation du genre et la dysphorie de genre : examen qualitatif rapide*. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlot, R., Rubin, G. J. et Greenberg, N. (2018). A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(3), 248-257. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235>
- Buchan, J., Catton, H. et Shaffer, F. A. (2022). *Pérenniser et fidéliser les effectifs en 2022 et au-delà : Les personnels infirmiers dans le monde et la pandémie de COVID-19*. Conseil International des Infirmières. https://www.icn.ch/system/files/2022-02/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic_FR.pdf
- Buchan, J., Thompson, M. et O'May, F. (2000). *Incentive and remuneration strategies: A research review*. [https://doi.org/10.1016/0160-7995\(81\)90039-3](https://doi.org/10.1016/0160-7995(81)90039-3)
- Buckley, L., Berta, W., Cleverley, K., Medeiros, C. et Widger, K. (2020). What is known about paediatric nurse burnout: A scoping review. *Human Resources for Health*, 18(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-0451-8>
- Bucknor, A., Kamali, P., Phillips, N., Mathijssen, I., Rakhorst, H., Lin, S. J. et Furnas, H. (2018). Gender inequality for women in plastic surgery: A systematic scoping review. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(6), 1561-1577. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004375>
- Bullock, B., Coombes, I., Mitchell, C., Donovan, P. et Whitty, J. A. (2019). A systematic review of the costs and cost-effectiveness of clinical pharmacists on hospital ward rounds. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 19(5), 551-559. <https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1643089>
- Busch, I. M., Moretti, F., Campagna, I., Benoni, R., Tardivo, S., Wu, A. W. et Rimondini, M. (2021). Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: A systematic review of second victim support resources. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5080. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105080>
- Busireddy, K. R., Miller, J. A., Ellison, K., Ren, V., Qayyum, R. et Panda, M. (2017). Efficacy of interventions to reduce resident physician burnout: A systematic review. *Journal of Graduate Medical Education*, 9(3), 294-301. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00372.1>

- Butcher, D. L., MacKinnon, K., Bruce, A., Gordon, C. et Koning, C. (2017). Experiences of pre-licensure or pre-registration health professional students and their educators in working with intra-professional teams: A qualitative systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(4), 1011-1056. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003009>
- Butler, M., Schultz, T. J., Halligan, P., Sheridan, A., Kinsman, L., Rotter, T., Beaumier, J., Kelly, R. G. et Drennan, J. (2019). Modèles de dotation en personnel infirmier hospitalier et critères de jugement liés aux patients et au personnel. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007019.pub3>
- Butler Tobah, Y. S., LeBlanc, A., Branda, M. E., Inselman, J. W., Morris, M. A., Ridgeway, J. L., Finnie, D. M., Theiler, R., Torbenson, V. E., Brodrick, E. M., Meylor de Mooij, M., Gostout, B. et Famuyide, A. (2019). Randomized comparison of a reduced-visit prenatal care model enhanced with remote monitoring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(6). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.034>
- Byfield, Z., East, L. et Conway, J. (2019). An integrative literature review of pre-registration nursing students' attitudes and perceptions towards primary healthcare. *Collegian*, 26(5), 583-593. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.01.004>
- Calma, K. R. B., Halcomb, E. et Stephens, M. (2019). The impact of curriculum on nursing students' attitudes, perceptions and preparedness to work in primary health care: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 39, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.07.006>
- Canadian Black Nurses Alliance. (2022). *Our story*. <https://canadianblacknursesalliance.org/ourstory/>
- Canadian Indigenous Nurses Association. (2019). *About us*. <https://indigenousnurses.ca/about>
- Carmone, A. E., Kalaris, K., Leydon, N., Sirivansanti, N., Smith, J. M., Storey, A. et Malata, A. (2020). Developing a common understanding of networks of care through a scoping study. *Health Systems & Reform*, 6(2), e1810921. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1810921>
- Casey, B. (2019). *Violence subie par les travailleurs de la santé au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé*. Chambre des communes. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10589455/hesarp29/hesarp29-f.pdf>
- Casselmann, Nancy. (18 juin 2013). *Wellness metrics in action*. [Audience d'experts] Conférence 2013 sur la santé mentale et le bien-être en milieu de travail du Conference Board of Canada, Toronto, Canada.

- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019). *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2022). *Nos données. Nos histoires. Notre avenir*. <https://fnigc.ca/fr/>
- Centre for Internationally Educated Nurses. (2019). *What is PASS?*. <https://pass4nurses.org/>
- Centre national pour la vérité et la réconciliation. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf
- Chamberland-Rowe, C., Simkin, S. et Bourgeault, I. L. (2021). An integrated primary care workforce planning toolkit at the regional level (Part 1): Qualitative tools compiled for decision-makers in Toronto, Canada. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00610-2>
- Chami, N., Simons, J. E., Sweetman, A. et Don-Wauchope, A. C. (2017). Rates of inappropriate laboratory test utilization in Ontario. *Clinical Biochemistry*, 50(15), 822827. <https://doi.org/10.1016/J.CLINBIOCHEM.2017.05.004>
- Chan, R., Marx, W., Bradford, N., Gordon, L., Bonner, A., Douglas, C., Schmalkuche, D. et Yates, P. (2018). Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 61-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.002>
- Chan, T., Hwang, H. et Karimuddin, A. A. (2015). Wait times for general surgery in BC: Moving beyond measurement. *BC Medical Journal*, 57(8), 341-348. <https://bcmj.org/premise/wait-times-general-surgery-bc-moving-beyond-measurement>
- Chan, Z. C. Y., Cheng, W. Y., Fong, M. K., Fung, Y. S., Ki, Y. M., Li, Y. L., Wong, H. T., Wong, T. L. et Tsoi, W. F. (2019). Curriculum design and attrition among undergraduate nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 74, 41-53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.024>
- Chang E.-S., Kanno S., Levy S., Wang S.-Y., Lee J. E. et Levy B. R. (2020) Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE* 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/Journal.pone.0220857>
- Charte canadienne des droits et libertés, art. 2, Partie I de la *Loi constitutionnelle* (1982, ch. 11). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-12.html>
- Chen, Y. et Banerjee, A. (2020). Improving the digital health of the workforce in the COVID-19 context: An opportunity to future-proof medical training. *Future Healthcare Journal*, 7(3), 189-192. <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0162>

- Chibuzor, M., Arikpo, I., Aquaisua, E., Esu, E., Okoroafor, S. C., Omar, S., Effa, E., Oyo-Ita, A. et Meremikwu, M. (2021). Implementation of health workforce information systems: A review of eight sub-Saharan country experiences. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 43 (supplément 1), i27-i40. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa263>
- Chigwedere, O. C., Sadath, A., Kabir, Z. et Arensman, E. (2021). The impact of epidemics and pandemics on the mental health of healthcare workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6695. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136695>
- Cho, H. et Steege, L. M. (2021). Nurse fatigue and nurse, patient safety, and organizational outcomes: A systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 43(12), 11571168. <https://doi.org/10.1177/0193945921990892>
- Churchill, M., Parent-Bergeron, M., Smylie, J., Ward, C., Fridkin, A., Smylie, D. et Firestone, M. (2017). *Evidence brief: Wise practices for Indigenous-specific cultural safety training programs*. Well Living House Action Research Centre for Indigenous Infant, Child and Family. <http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2019/05/2017-Wise-Practices-in-Indigenous-Specific-Cultural-Safety-Training-Programs.pdf>
- Ciapponi, A., Lewin, S., Herrera, C. A., Opiyo, N., Pantoja, T., Paulsen, E., Rada, G., Wiysonge, C. S., Bastias, G., Dudley, L., Flottorp, S., Gagnon, M.-P., Garcia Marti, S., Glenton, C., Okwundu, C. I., Penaloza, B., Suleman, F. et Oxman, A. D. (2017). Delivery arrangements for health systems in low-income countries: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011083.pub2>
- Cima, G. (13 mars 2020). Animal health laboratories aid testing for COVID-19 in people. *JAVMA News*. <https://www.avma.org/javma-news/2020-06-01/animal-health-laboratories-aid-testing-covid-19-people>
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S. et Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Education Today*, 71, 247-263. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.002>
- Clemens, C., Wodchis, W., McGilton, K., McGrail, K. et McMahon, M. (2021). The relationship between quality and staffing in long-term care: A systematic review of the literature 2008–2020. *International Journal of Nursing Studies*, 122, 104036. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104036>.
- Cloud Dx Inc. (7 décembre 2022). *Cloud DX signs primary care clinic contract; adds Alaska to US footprint*. <https://ca.sports.yahoo.com/news/cloud-dx-signs-primary-care-142000184.html>

- Coates, A., Fuad, A.-O., Hodgson, A. et Bourgeault, I. L. (2021). Health workforce strategies in response to major health events: A rapid scoping review with lessons learned for the response to the COVID-19 pandemic. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00698-6>
- Cohen, C., Childs, J. et Maranna, S. (2021). Behind closed doors: Are sonographers coping? A literature review of sonographer burnout. *Sonography*, 8(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/sono.12243>
- Cohen, E. et Patel, H. (2014). Responding to the rising number of children living with complex chronic conditions. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 186(16), 1199-1200. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216247/>
- Cohen, M. et Kiran, T. (2020). Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(35), E1011-E1017. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200375>
- Coleman, K., Wagner, E., Schaefer, J., Reid, R. et LeRoy, L. (2016). Redefining primary care for the 21st century. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 16(20), 1-20.
- Collège Aurora. (2022). *Academic Programs*. <https://www.auroracollege.nt.ca/future-students/explore-programs/>
- Collège canadien des leaders en santé, Le Réseau canadien pour le leadership en santé et Université Royal Roads. (2015). *Le Cadre des capacités de leadership en santé LEADS*. <https://cchl-ccls.ca/fr/dpl-leads/>
- Collèges et Instituts Canada. (2023). *Le programme d'assistant-préposé en soutien aux soins*. Lancement de carrière. <https://www.lancementcarriere.ca/chercheurs-demploi/care/>
- Collie, M. (29 janvier 2021). *24 Black medical students accepted to U of T Medicine – the most in Canadian history*. Global News. <https://globalnews.ca/news/7010646/24-black-medical-students-accepted-u-of-t-medicine/>
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. (2007). *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf
- Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. (2007). *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/hc-sc/H14-11-2007F.pdf

- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Arguments en faveur de la diversité : Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés*. https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/case_for_diversity_oct_2016_fr.pdf?ga=2.153082105.1956382943.1667833886-1706792389.1667833886
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-8-2015-fra.pdf
- Compton, R. M., Hubbard Murdoch, N., Press, M. M., Lowe, M. E., Ottley, K. M., Barlow, M., Gartner, M., Cranley, L. C., Shi, Y. et Craswell, A. (2021). Capacity of nurses working in long-term care: A systematic review qualitative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16144>
- Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw. (2020). *Principe de Joyce*. https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Principe_de_Joyce_FR.pdf
- Conway, M. P., Forristal, M. T., Treacy, M. P. et Duignan, E. S. (2021). Investigating the role of optometrists in teleophthalmology and the implications of increasing access to advanced imaging techniques and digital referral: A systematic search and review. *Telemedicine Journal and E-Health*, 27(9), 974-981. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0284>
- Cooper Brathwaite, A., Versailles, D., Juüdi-Hope, D., Coppin, M., Jefferies, K., Bradley, R., Campbell, R., Garraway, C., Obewu, O., LaRonde-Ogilvie, C., Sinclair, D., Groom, B. et Grinspun, D. (2022). Tackling discrimination and systemic racism in academic and workplace settings. *Nursing Inquiry*, 29(4), e12485. <https://doi.org/10.1111/NIN.12485>
- Courtenay, M., Wilkes, M., Conrad, P. A., La Ragione, R. M. et Reeves, S. (2014). One Health: The importance of education and the impact of interprofessional interventions. *The Veterinary Journal*, 201(3), 241-242. <https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2014.05.009>
- Covell, C. L., Neiterman, E. et Bourgeault, I. L. (2016). Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human Resources for Health*, 14(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/S12960-016-0135-6>
- Culmer, N., Smith, T., Stager, C., Meyer, H., Quick, S. et Grimm, K. (2019). Evaluation of the triple aim of medicine in prehospital telemedicine: A systematic literature review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(10), 571-580. <https://doi.org/10.1177/1357633X19853461>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M. et Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>

- Currie, C. L., Motz, T. et Copeland, J. L. (2020). The impact of racially motivated housing discrimination on allostatic load among Indigenous university students. *Journal of Urban Health*, 97(3), 365-376. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00446-6>
- d’Ettorre, G., Ceccarelli, G., Santinelli, L., Vassalini, P., Innocenti, G. Pietro, Alessandri, F., Koukopoulos, A. E., Russo, A., d’Ettorre, G. et Tarsitani, L. (2021). Post-traumatic stress symptoms in healthcare workers dealing with the COVID-19 pandemic: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 601. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020601>
- Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M. et Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Darbyshire, D., Brewster, L., Isba, R., Body, R., Basit, U. et Goodwin, D. (2021). Retention of doctors in emergency medicine: A scoping review of the academic literature. *Emergency Medicine Journal*, 38(9), 663-672. <https://doi.org/10.1136/emered-2020-210450>
- Dass, A. R., Deber, R. et Laporte, A. (2022). Forecasting staffing needs for Ontario’s long-term care sector. *Healthcare Policy/Politiques de santé*, 17 (numéro spécial), 91-106. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2022.26852>
- Davda, L. S., Gallagher, J. E. et Radford, D. R. (2018). Migration motives and integration of international human resources of health in the United Kingdom: Systematic review and meta-synthesis of qualitative studies using framework analysis. *Human Resources for Health*, 16(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0293-9>
- Davies, F., Shepherd, H. L., Beatty, L., Clark, B., Butow, P. et Shaw, J. (2020). Implementing web-based therapy in routine mental health care: Systematic review of health professionals’ perspectives. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e17362. <https://doi.org/10.2196/17362>
- Davis, K. M., Eckert, M. C., Hutchinson, A., Harmon, J., Sharplin, G., Shakib, S. et Caughey, G. E. (2021). Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 103986. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103986>
- Dawoud, D. M., Haines, A., Wonderling, D., Ashe, J., Hill, J., Varia, M., Dyer, P. et Bion, J. (2019). Cost effectiveness of advanced pharmacy services provided in the community and primary care settings: A systematic review. *PharmacoEconomics*, 37(10), 12411260. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00814-4>
- De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P. et De Buck, E. (2020). Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS ONE*, 15(12), e0244052. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0244052>

- De Brún, A., O'Donovan, R. et McAuliffe, E. (2019). Interventions to develop collectivistic leadership in healthcare settings: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3883-x>
- de Jongh, E. J., Harper, S. L., Yamamoto, S. S., Wright, C. J., Wilkinson, C. W., Ghosh, S. et Otto, S. J. G. (2022). One Health, one hive: A scoping review of honey bees, climate change, pollutants, and antimicrobial resistance. *PLoS ONE*, 17(2 février), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242393>
- De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernandez, L., Gomez-Urquiza, J. L., Canadas-De la Fuente, G. A. et Albendin-Garcia, L. (2019). Prevalence, related factors, and levels of burnout syndrome among nurses working in gynecology and obstetrics services: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2585. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142585>
- de Moissac, D. et Bowen, S. (2018). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>
- de Saxe Zerden, L., Lombardi, B. M., Richman, E. L., Forte, A. B. et McCollum, M. (2021). Addressing burnout among the frontline healthcare workforce during COVID-19: A scoping review & expert interviews. *Journal of Health and Human Services Administration*, 44(4), 302-332. <https://doi.org/10.37808/jhhsa.44.4.3>
- De Sio, S., Buomprisco, G., Perri, R., Bruno, G., Mucci, N., Nieto, H. A., Battagliola, E. T. et Cedrone, F. (2020). Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: An umbrella review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24(2), 821-830. https://doi.org/10.26355/EURREV_202001_20065
- Deber, R. B. (Août 2002). *Delivering health Care: Public, not-for-profit, or private?* Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Document de travail n° 17. <https://doi.org/10.3138/9781442681286-010>
- Deber, R. B. (2004). *Delivering health care: Public, not-for-profit, or private.* Dans Marchildon, G.P. McIntosh, T. et Forest, P.G. (éd.), *The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada.* Toronto : University of Toronto Press.
- Denis, J. L., Côté, N., Fleury, C., Currie, G. et Spyridonidis, D. (2021). Global health and innovation: A panoramic view on health human resources in the COVID-19 pandemic context. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(S1), 58-70. <https://doi.org/10.1002/HPM.3129>
- Denton, F. T., Gafni, A. et Spencer, B. G. (2009). Users and suppliers of physician services: A tale of two populations. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 39(1), 189-218. <https://doi.org/10.2190/HS.39.1.I>

- Deroy, S. et Schütze, H. (2019). Factors supporting retention of aboriginal health and wellbeing staff in Aboriginal health services: A comprehensive review of the literature. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0968-4>
- Diamond, L., Izquierdo, K., Canfield, D., Matsoukas, K. et Gany, F. (2019). A systematic review of the impact of patient-physician non-English language concordance on quality of care and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 34(8), 1591-1606. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04847-5>
- Diversity Gap Canada. (2019). *The diversity gap in representation*. https://www.thediversitygapcanada.com/uploads/1/3/0/4/130476297/1.canadian_unis_-_indigenous_rep_analysis_2019.jpg
- Donnelly, C. A., Boyd, I., Campbell, P., Craig, C., Vallance, P., Walport, M., Whitty, C. J. M., Woods, E. et Wormald, C. (2018). Four principles for synthesizing evidence. *Nature*, 558, 361-364. <https://doi.org/10.1038/d41586-018-05414-4>
- Drummond, D., Sinclair, D. et Gratton, J. (2022). *Troubles in Canada's health workforce: The why, the where, and the way out of shortages* (n° 630). Institut C.D. Howe. <https://www.cdhowe.org/sites/default/files/2022-11/Commentary%20630.pdf>
- Dubois, S. (14 août 2022). *Why more cash from the government isn't enough to keep your doctor in town*. Health - CBC News. <https://www.cbc.ca/news/health/financial-perks-doctor-recruitment-1.6548194>
- Duckworth, S. (18 octobre 2020). *Roue du pouvoir/privilège* [Infographie]. Flickr. <https://flic.kr/p/2jWxeGG>. CC BY-NC-ND 2.0.
- Duignan, M., Drennan, J. et McCarthy, V. J. C. (2020). Impact of clinical leadership in advanced practice roles on outcomes in health care: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 613-622. <https://doi.org/10.1111/jonm.13189>
- Dune, T., Caputi, P. et Walker, B. (2018). A systematic review of mental health care workers' constructions about culturally and linguistically diverse people. *PLoS ONE* 13(7), e0200662. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200662>
- Dunn, T. (17 novembre 2022). *Nearly 20% of Toronto family doctors planning to close practices in next 5 years, survey finds*. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/family-doctors-quitting-toronto-survey-shows-1.6653832>
- Durand-Moreau, Q., Lafontaine, J. et Ward, J. (2022). Work and health challenges of Indigenous People in Canada. *The Lancet Global Health*, 10(8), e1189-e1197. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00203-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00203-0)

- Eckerson, C. M. (2018). The impact of nurse residency programs in the United States on improving retention and satisfaction of new nurse hires: An evidence-based literature review. *Nurse Education Today*, 71, 84-90. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.003>
- Egerod, I., Kaldan, G., Nordentoft, S., Larsen, A., Herling, S. F., Thomsen, T. et Endacott, R. (2021). Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 54, 103142. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103142>
- Eklund, S. A. et Bailit, H. L. (2017). Estimating the number of dentists needed in 2040. *Journal of Dental Education*, 81(8), eS146-eS152. <https://doi.org/10.21815/JDE.017.021>
- el Arnaout, N., Chehab, R. F., Rafii, B. et Alameddine, M. (2019). Gender equity in planning, development and management of human resources for health: A scoping review. *Human Resources for Health*, 17(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0391-3>
- el Ghaziri, M., Johnson, S., Purpora, C., Simons, S. et Taylor, R. (2022). Registered nurses' experiences with incivility during the early phase of COVID-19 pandemic: Results of a multi-state survey. *Workplace Health & Safety*, 70(3), 148-160. <https://doi.org/10.1177/21650799211024867>
- Eliason, M. J., Streed, C. et Henne, M. (2017). Coping with stress as an LGBTQ+ health care professional. *Journal of Homosexuality*, 65(5), 561-578. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1328224>
- Emploi et Développement social Canada. (2022a, 5 décembre). *Le gouvernement du Canada lance un appel de propositions pour aider les professionnels formés à l'étranger à travailler dans le secteur des soins de santé au Canada*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2022/12/le-gouvernement-du-canada-lance-un-appel-de-propositions-pour-aider-les-professionnels-formes-a-letranger-a-travailler-dans-le-secteur-des-soins-de.html>
- Emploi et Développement social Canada. (2022b, 4 avril). *Présenter une demande de financement pour soutenir les travailleurs et les employeurs vers la relance économique - Programme de solutions pour la main d'œuvre sectorielle*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/services/financement/solutions-main-doeuvre-sectorielle-relance-economique.html#2.02>
- Équipe Santé Ontario des lacs Kawartha. (8 décembre 2021). *Community paramedic remote patient monitoring program update*. <https://www.kawarthalakesoht.ca/my-post#:~:text=Community%20Paramedic%20Remote%20Patient%20Monitoring%20Program%20Update%20Dec.more%20patients%20to%20be%20added%20to%20the%20program>

- Erickson, D. (3 septembre 2020). *Department of family medicine welcomes Yellowknife to the team*. Faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de l'Alberta. <https://www.ualberta.ca/family-medicine/about-the-department/news/2020/september-2020/department-of-family-medicine-welcomes-yellowknife.html>
- Esu, E. B., Chibuzor, M., Aquaisua, E., Udoh, E., Sam, O., Okoroafor, S., Ongom, M., Effa, E., Oyo-Ita, A. et Meremikwu, M. (2021). Interventions for improving attraction and retention of health workers in rural and underserved areas: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Public Health*, 43 (supplément 1), i54-i66. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa235>
- Ewen, S. C., Ryan, T. et Platania-Phung, C. (2019). Capacity building of the Australian Aboriginal and Torres Strait Islander health researcher workforce: A narrative review. *Human Resources for Health*, 17(1), 10. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0344-x>
- Eze, N. D., Mateus, C. et Hashiguchi, T. C. O. (2020). Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. *PLoS ONE*, 15(8), e0237585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237585>
- Faculty of Health Sciences. (s. d.). *QuARMS: Queen's Accelerated Route to Medical School*. Université Queen's. <https://meds.queensu.ca/academics/quarms>
- Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien. (2017). *Plan d'action pour la médecine rurale*. Le Collège des médecins de famille du Canada. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-223.pdf
- Fairles, J., Keil, K. et Kyte, T. (2020). Mental health supports for farmers. *Canadian Veterinary Journal/La Revue vétérinaire canadienne*, 61 (décembre), 1324-1328. [PMID 33299253](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33299253/).
- Fallon, B., Lefebvre, R., Trocmé, N., Richard, K., Hélie, S., Montgomery, H. M., Bennett, M., Joh-Carnella, N., Saint-Girons, M., Filippelli, J., MacLaurin, B., Black, T., Esposito, T., King, B., Collin-Vézina, D., Dallaire, R., Gray, R., Levi, J., Orr, M. et Soop, S. (2021). *Denouncing the continued overrepresentation of First Nations children in Canadian child welfare: Findings from the First Nations/Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2019*. Ontario : Assemblée des Premières Nations. <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/FNCIS-2019%20-%20Denouncing%20the%20Continued%20Overrepresentation%20of%20First%20Nations%20Children%20in%20Canadian%20Child%20Welfare%20--%20Final.pdf>
- Feldman, S. S., Allgood, A., Hall, A. G., Lemak, C. H. et Berner, E. S. (2022). Competency analysis and educational strategies to meet the demand for a learning health system workforce. *Learning Health Systems*, 6(4). <https://doi.org/10.1002/lrh2.10324>

- Fendel, J. C., Burkle, J. J. et Goritz, A. S. (2021). Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 96(5), 751-764. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003936>
- Filmer, T. et Herbig, B. (2018). Effectiveness of interventions teaching cross-cultural competencies to health-related professionals with work experience: A systematic review. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38(3), 213-221. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000212>
- Filut, A., Alvarez, M. et Carnes, M. (2020). Discrimination toward physicians of color: A systematic review. *Journal of the National Medical Association*, 112(2), 117-140. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.02.008>
- First Nations Health Directors Association. (2023). *Our Story*. <https://fnhda.ca/our-story>
- Fleig-Palmer, M. M. et Rathert, C. (2015). Interpersonal mentoring and its influence on retention of valued health care workers: The moderating role of affective commitment. *Health Care Management Review*, 40(1), 56-64. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000011>
- Foley, T. et Vale, L. (2022). A framework for understanding, designing, developing and evaluating learning health systems. *Learning Health Systems*, (7)1, 1-13. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10315>
- Fox, A., Joseph, R., Cardiff, L., Thoms, D., Yates, P., Nissen, L. et Chan, R. J. (2021). Evidence-informed implementation of nurse prescribing under supervision: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(2), 301-313. <https://doi.org/10.1111/jan.14992>
- French, J. (6 février 2023). *Alberta's reliance on contract nurses could further erode health-care system, critics say*. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-dependent-on-contract-nurses-1.6735424>
- Gagnon-Arpin, I. et Hermus, G. (Septembre 2020). *Health care cost drivers in Canada: Pre- and post-COVID*. Conference Board du Canada. <https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=10816>
- Gahagan, J. et Subirana-Malaret, M. (2018). Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: Key findings from Nova Scotia, Canada. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0786-0>
- Gajjaar, J., Pullen, N., Laxer, D. et Wright, J. (2021). *Healing the healers: System-level solutions to physician burnout*. Ontario Medical Association. <https://www.oma.org/uploadedfiles/oma/media/pagetree/advocacy/health-policy-recommendations/burnout-paper.pdf>

- Gall, A., Leske, S., Adams, J., Matthews, V., Anderson, K., Lawler, S. et Garvey, G. (2018). Traditional and Complementary Medicine Use Among Indigenous Cancer Patients in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: A Systematic Review. *Integrative Cancer Therapies*, 17(3), 568-581. <https://doi.org/10.1177/1534735418775821>
- Ganann, R., Weeres, A., Lam, A., Chung, H. et Valaitis, R. (2019). Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review. *Health Social Care in the Community*, 27(5), e604-e621. <https://doi.org/10.1111/hsc.12797>
- Gauthier, A. P., Timony, P. E., Serresse, S., Goodale, N. et Prpic, J. (2015). Quelques stratégies susceptibles d'améliorer les services de santé en français. *Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien*, 61(8), e382-e390.
- Gauthier, A. P., Timony, P. E. et Wenghofer, E. F. (2012). Sur la distribution géographique des médecins francophones de l'Ontario. *Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien*, 58(12), e717-e724.
- Girard, M. A. (2021). Interprofessional education and collaborative practice policies and law: An international review and reflective questions. *Human Resources for Health*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00549-w>
- Glauser, W. (2018). Rise of women in medicine not matched by leadership roles. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 190(15), E479-E480. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.109-5567>
- Goncalves-Bradley, D. C., J Maria, A. R., Ricci-Cabello, I., Villanueva, G., Fonhus, M. S., Glenton, C., Lewin, S., Henschke, N., Buckley, B. S., Mehl, G. L., Tamrat, T. et Shepperd, S. (2020). Les technologies mobiles au service de la communication entre les professionnels de santé et de la gestion des soins de santé. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012927.pub2>
- Gouvernement de l'Australie. (2021a). *National medical workforce strategy 2021-2031*. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/03/national-medical-workforce-strategy-2021-2031.pdf>
- Gouvernement de l'Australie. (2021b). *Stronger rural health strategy*. <https://www.health.gov.au/topics/rural-health-workforce/stronger-rural-health-strategy>
- Gouvernement de l'Australie, Department of Health and Aged Care. (2021). *National medical workforce strategy 2021-2031*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-medical-workforce-strategy-2021-2031>
- Gouvernement de l'Australie, Department of Health and Aged Care. (2022a). *HeaDS UPP*. <https://hwd.health.gov.au/headsupp/>

- Gouvernement de l'Australie, Department of Health and Aged Care. (2022b). *Health workforce locator*. <https://www.health.gov.au/resources/apps-and-tools/health-workforce-locator>
- Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard (2023). *Registered nurse bridging/re-entry program*. <https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-and-wellness/registered-nurse-bridging-re-entry-education-program>
- Gouvernement de l'Ontario (19 janvier 2023). *De nouvelles règles « de plein droit » constituent une première au Canada afin d'attirer un plus grand nombre de travailleurs de la santé en Ontario*. <https://news.ontario.ca/fr/release/1002650/de-nouvelles-regles-de-plein-droit-constituent-une-premiere-au-canada-afin-dattirer-un-plus-grand-nombre-de-travailleurs-de-la-sante-en-ontario>
- Gouvernement de l'Ontario. (2022a, 23 décembre). *Subvention ontarienne Apprendre et rester*. Ministère des Collèges et Universités. <https://www.ontario.ca/fr/page/subvention-ontarienne-apprendre-et-rester>
- Gouvernement de l'Ontario. (2022b, 17 août). *Services de santé d'urgence*. <https://www.ontario.ca/fr/page/gouvernement-de-lontario>
- Gouvernement de l'Ontario. (2022c, 7 avril). *Équipes Santé familiale*. <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/fht/default.aspx>
- Gouvernement de l'Ontario. (28 octobre 2020). *Programme de suppléance pour les spécialistes du Nord*. ProfessionsSantéOntario. https://www.healthforceontario.ca/fr/Home/Tous_les_programmes/Programmes_de_suppl%C3%A9ance_pour_les_sp%C3%A9cialistes_du_Nord
- Gouvernement de l'Ontario. (5 septembre 2019). *De nouveaux modèles de soins pour certains patients du service 9-1-1*. Registre ontarien de la réglementation. <https://www.ontariocanada.com/registry/view.do?language=fr&postingId=30268>
- Gouvernement de l'Ontario. (2018). *Professions de la santé réglementées*. https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hhrs/about/regulated_professions.aspx
- Gouvernement de la Colombie-Britannique. (10 avril 2020). *Arrêté n° M105, R.S.B.C. Emergency Program Act*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/emergency-preparedness-response-recovery/gdx/orders-april-10/ep_act_order_m105-2020_single_site.pdf
- Gouvernement de la Colombie-Britannique. (Novembre 2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. Addressing Racism Review Summary Report. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>

- Gouvernement de la Colombie-Britannique. (Septembre 2022). *BC's health human resource strategy: Putting people first*. <https://news.gov.bc.ca/files/BCHealthHumanResourcesStrategy-Sept2022.pdf>
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2015). *Newfoundland and Labrador strategic health workforce plan 2015-2018*. <https://www.gov.nl.ca/hcs/files/shwp-pdf-shwp2015-18.pdf#:~:text=The%20Newfoundland%20and%20Labrador%20Strategic%20Health%20Workforce%20Plan,and%20community%20services%20sector%20in%20Newfoundland%20and%20Labrador>
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (s. d.). *Diversité et inclusion - Bien vivre ensemble*. <https://www.fin.gov.nt.ca/fr/services/diversit%C3%A9-et-inclusion/bien-vivre-ensemble>
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (2019). *Northwest Territories home and community care review: Final report*. https://www.ntassembly.ca/sites/assembly/files/td_150-192.pdf
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (2021). *Système de santé et de services sociaux des Territoires du Nord-Ouest : Plan des ressources humaines 2021 à 2024*. <https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/nwt-human-resources-plan-2021-2024.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2 novembre 1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Bibliothèque et Archives Canada. <https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>
- Gouvernement du Canada. (2006). *Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé : Rapport d'étape*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/prestations-systeme-soins-sante/collaboration-federale-provinciale-territoriale/rencontre-premiers-ministres-soins-sante/accord-2003-renouvellement-soins-sante-rapport-etape.html>
- Gouvernement du Canada. (2021a). *Vétérinaire en chef du Canada*. Agence canadienne d'inspection des aliments. <https://inspection.canada.ca/sante-des-animaux/veterinaire-en-chef/fra/1323802461727/1323802773521>
- Gouvernement du Canada. (2021b). *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. https://www.justice.gc.ca/fra/declaration/un_declaration_FR1.pdf
- Gouvernement du Canada. (2021c, 4 novembre). *Initiative d'emploi pour les conjoints de militaires*. <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/organisation/possibilites-demploi/emplois-civils/possibilites-d-emploi-civil/initiative-emploi-conjoints-militaires.html>
- Gouvernement du Canada. (2022a, 7 juin). *Classification nationale des professions 2021*. <https://noc.esdc.gc.ca/LaStructure/Cnp2021?GoCTemplateCulture=fr-CA>

- Gouvernement du Canada. (2022b). *Programme de lutte contre le racisme et la discrimination dans les systèmes de santé du Canada – Demande de propositions pour 2022*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/financement/programme-lutte-contre-racisme-discrimination-systemes-sante-canada/demande-propositions-2022.html>
- Gouvernement du Canada. (2022c, 26 octobre). *Programme pour les langues officielles en santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-canada-programme-contribution-pour-langues-officielles-sante.html>
- Gouvernement du Manitoba. (19 juillet 2021). *La Province annonce que les infirmières et infirmiers formés à l'étranger sont nombreux à présenter des demandes de soutien pour obtenir l'autorisation d'exercer*. <https://news.gov.mb.ca/news/index.fr.html?item=51797>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2019). *Stratégie en matière de ressources infirmières du Nouveau-Brunswick*. <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/infirmieres/strategie-en-matiere-de-ressources-infirmieres.pdf>
- Gouvernement du Québec (2023). *Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique (GMF-A et GMF-R)*. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique>
- Gouvernement du Royaume-Uni. (22 novembre 2021). *Major reforms to NHS workforce planning and tech agenda*. <https://www.gov.uk/government/news/major-reforms-to-nhs-workforce-planning-and-tech-agenda>
- Gouvernement du Yukon. (2019). *People plan 2019-2023: A plan for the government of Yukon's public service 2019-2023*. <https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/psc/people-plan-2019-2023.pdf>
- Graham-Clarke, E., Rushton, A., Noblet, T. et Marriott, J. (2019). Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review. *PLoS ONE*, 14(7), e0214630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214630>
- Greene, S. M. et Holmes, K. L. (2022). Learn to fly: Training and competencies to support the multidisciplinary workforce needs of learning health systems. *Learning Health Systems*, 6(4), 2-4. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10347>
- Greenwood, B. N., Carnahan, S. et Huang, L. (2018). Patient-physician gender concordance and increased mortality among female heart attack patients. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(34), 8569-8574. <https://doi.org/10.1073/pnas.1800097115>
- Greenwood, B. N., Hardeman, R. R., Huang, L. et Sojourner, A. (2020). Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(35), 21194-21200. <https://doi.org/10.1073/pnas.1913405117>

- Gribben, L. et Semple, C. J. (2021). Factors contributing to burnout and work-life balance in adult oncology nursing: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 50(101887). <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101887>
- Griffith, L. E., Gruneir, A., Fisher, K., Panjwani, D., Gandhi, S., Sheng, L., Gafni, A., Patterson, C., Markle-Reid, M. et Ploeg, J. (2016). Patterns of health service use in community living older adults with dementia and comorbid conditions: A population-based retrospective cohort study in Ontario, Canada. *BMC Geriatrics*, 16(177). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0351-x>
- Guise, J. M., Savitz, L. A. et Friedman, C. P. (2018). Mind the Gap: Putting evidence into practice in the era of learning health systems. *Journal of General Internal Medicine*, 33(12), 2237-2239. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4633-1>
- Gupta, N., Balcom, S. A., Gulliver, A. et Witherspoon, R. L. (2021). Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: A systematic review of health system requirements and responses. *International Journal of Health Planning and Management*, 36(S1), 26-41. <https://doi.org/10.1002/hpm.3137>
- Guruge, S., Sidani, S., Illesinghe, V., Younes, R., Bukhari, H., Altenberg, J., Rashid, M. et Fredericks, S. (2018). Healthcare needs and health service utilization by Syrian refugee women in Toronto. *Conflict and Health*, 12(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0181-x>
- Gwynne, K. et Lincoln, M. (2017). Developing the rural health workforce to improve Australian Aboriginal and Torres Strait Islander health outcomes: A systematic review. *Australian Health Review*, 41(1), 234-238. <https://doi.org/10.1071/AH15241>
- Hall, N. J., Donovan, G. et Wilkes, S. (2018). A qualitative synthesis of pharmacist, other health professional and lay perspectives on the role of community pharmacy in facilitating care for people with long-term conditions. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 14(11), 1043-1057. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.01.002>
- Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S. et Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17(1), 824. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2707-0>
- Halter, M., Pelone, F., Boiko, O., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S. et Drennan, V. (2017). Interventions to reduce adult nursing turnover: A systematic review of systematic reviews. *Open Nursing Journal*, 11, 108-123. <https://doi.org/10.2174/1874434601711010108>
- Handtke, O., Schilgen, B. et Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS ONE*, 14(7), e0219971. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0219971>

- Hardie, T., Horton, T., Thornton-Lee, N., Home, J. et Pereira, P. (2022). *Developing learning health systems in the UK: Priorities for action*. The Health Foundation. <https://doi.org/10.37829/HF-2022-106>
- Harrison, J. (2019). Organisational factors: impacting on health for ambulance personnel. *International Journal of Emergency Services*, 8(2), 134-146. <https://doi.org/10.1108/IJES-02-2018-0013>
- Hartney, E., Melis, E., Dickson, G. Tholl, B. Grimes, K., Van Aerde, J. et Horsley, T. (2021). Leading through the first wave of COVID: A Canadian action research study. *Emerald Publishing Limited*, 1751-1879. <https://doi.org/10.1108/lhs-05-2021-0042>
- Hassen, N., Lofters, A., Michael, S., Mall, A., Pinto, A. D. et Rackal, J. (2021). Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2993. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18062993>
- Hatton, K., Bhattacharya, D., Scott, S. et Wright, D. (2021). Barriers and facilitators to pharmacists integrating into the ward-based multidisciplinary team: A systematic review and meta-synthesis. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 17(11), 1923-1936. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.006>
- Hawkins, N., Jeong, S. et Smith, T. (2019). New graduate registered nurses' exposure to negative workplace behaviour in the acute care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.020>
- Hayhoe, B., Cespedes, J. A., Foley, K., Majeed, A., Ruzangi, J. et Greenfield, G. (2019). Impact of integrating pharmacists into primary care teams on health systems indicators: A systematic review. *The British Journal of General Practice*, 69(687), e665-e674. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X705461>
- Health Research Institute. (2023). *RCCbc | Rural coordination centre of BC*. Université de Northern British Columbia. <https://www2.unbc.ca/health-research-institute/rccbc-rural-coordination-centre-bc>
- Health Resources and Services Administration. (2022a). *Workforce Projections* [Tableau de bord]. <https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/workforce-projections>
- Health Resources and Services Administration. (2022b). *Compendium of federal data sources to support health workforce analysis, 2022 Edition*. https://www.chwsny.org/wp-content/uploads/2022/12/HWTAC_Compndium_2022_Final.pdf
- Health Sciences Association of British Columbia. (2023). *Professional development*. <https://www.hsabc.org/member-benefits/professional-development-and-member-education>

- Hillier, S. A., Taleb, A., Chaccour, E. et Aenishaenslin, C. (2021). Examining the concept of *One Health* for indigenous communities: A systematic review. *One Health*, 12(avril), 813. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100248>
- Hilty, D. M., Armstrong, C. M., Smout, S. A., Crawford, A., Maheu, M. M., Drude, K. P., Chan, S., Yellowlees, P. M. et Krupinski, E. A. (2022). Findings and guidelines on provider technology, fatigue, and well-being: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(5). <https://doi.org/10.2196/34451>
- Hindi, A. M. K., Jacobs, S. et Schafheutle, E. I. (2019). Solidarity or dissonance? A systematic review of pharmacist and GP views on community pharmacy services in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), 565-598. <https://doi.org/10.1111/hsc.12618>
- Hoff, T. et Lee, D. R. (2021). The gender pay gap in medicine: A systematic review. *Health Care Management Review*, 46(3), E37-E49. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000290>
- Hogenbirk, J. C., Strasser, R. P. et French, M. G. (2022). Ten years of graduates: A cross-sectional study of the practice location of doctors trained at a socially accountable medical school. *PLoS ONE*, 17(9), e0274499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274499>
- Holloway, P., Bain-Donohue, S. et Moore, M. (2020). Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention. *The Australian Journal of Rural Health*, 28(6), 543-554. <https://doi.org/10.1111/ajr.12675>
- Hostetter, M. et Klein, S. (2018). *Confronting Racism in Health Care: Moving from Proclamations to New Practices*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/2021/oct/confronting-racism-health-care>
- Hou, F. et Schimmele, C. (2020). *Les adultes qui ont fait des études en santé, mais qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2020001/article/00004-fra.pdf?st=KzY4hcpT>
- Howarth, H. D., Peterson, G. M. et Jackson, S. L. (2020). Does rural and urban community pharmacy practice differ? A narrative systematic review. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 28(1), 3-12. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12567>
- Hsieh, E. (2014). Not just “getting by”: Factors influencing providers’ choice of interpreters. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 75-82. <https://doi.org/10.1007/S11606-014-3066-8>
- Hsu, A. T., Berta, W., Coyte, P. C. et Laporte, A. (2016). Staffing in Ontario’s long-term care homes: Differences by profit status and chain ownership. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 35(2), 175-189. <https://doi.org/10.1017/S0714980816000192>

- Hueffer, K., Ehrlander, M., Etz, K. et Reynolds, A. (2019). One health in the circumpolar North. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1). <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1607502>
- Huey, C. W. T. et Palaganas, J. C. (2020). What are the factors affecting resilience in health professionals? A synthesis of systematic reviews. *Medical Teacher*, 42(5), 550-560. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1714020>
- Hui, R. W. H., Leung, K. C., Ge, S., Hwang, A. C., Lai, G. G. W., Leung, A. N. et Leung, J. S. L. (2019). Burnout in orthopaedic surgeons: A systematic review. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, 10 (supplément 1), S47-S52. <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2019.01.028>
- Humphreys, K., Shover, C.L., Andrews, C.M., Bohnert, A.S.B., Brandeau, M.L., Caulkins, J.P., Chen, J.H., Cuéllar, M.F., Hurd, Y.L., Juurlink D.N., , Koh, H.K., Krebs, E.E., Lembke, A., Mackey, S.C., Ouellette, L.L. Suffoletto, B. et Timko, C. (2022). Responding to the opioid crisis in North America and beyond: Recommendations of the Stanford-Lancet Commission. *Lancet*, 399(10324), 555-604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02252-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02252-2)
- Huot, S., Ho, H., Ko, A., Lam, S., Tactay, P., MacLachlan, J. et Raanaas, R. K. (2019). Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1571385. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1571385>
- Indigenous Dental Association of Canada. (s. d.). *Bringing the Canadian Indigenous dental community together in the spirit of reconciliation*. <https://www.idac.agency/>
- Inforoute Santé du Canada. (2022). *L'interopérabilité au Canada en 2022 : Sondage des cliniciens* (édition de septembre). <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/soins-connectes>
- Inforoute Santé du Canada. (2023). *Intégrer la santé numérique dans l'expérience de soins*. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/>
- Institut canadien d'information sur la santé. (s. d.). *Les conséquences de la démence pour les Canadiens*. <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-consequences-de-la-demence-pour-les-canadiens>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022a). *Données sur les dépenses de santé en bref*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/health-expenditure-data-in-brief-2022-fr.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022b). *Des changements dans la main-d'œuvre pour combler les nouveaux besoins des systèmes de santé*. <https://www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-point-de-mire-y-compris-le-personnel-infirmier-et-les-des>

- Institut canadien d'information sur la santé. (2022c). *Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022d). *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/les-temps-dattente-pour-les-interventions-prioritaires-au-canada>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022e, 17 novembre). *Regard sur l'effectif de travailleurs de la santé au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-point-de-mire-y-compris-le-personnel-infirmier-et-les/regard>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022f). *La main-d'œuvre de la santé au Canada, 2017 à 2021 : aperçu — Notes méthodologiques*. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2022. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/health-workforce-canada-2017-2021-overview-meth-notes-fr.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022g). *Norme de données du fichier minimal sur les ressources humaines de la santé 2022 : points d'intérêt*. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/points-of-interest-health-human-resources-minimum-data-set-bulletin-fr.pdf?_gl=1*kqxdcv*_ga*OTk4NTM1MDUxLjE2NTQxMTI5NDk.*_ga_44X3CK377B*MTY3MzUzNTM1Ny4xMC4xLjE2NzM1MzU2MjEuMC4wLjA.&_ga=2.244230661.1684700043.1673535357-998535051.1654112949
- Institut canadien d'information sur la santé. (2023). *Métadonnées de la Base de données sur la main-d'œuvre de la santé* [Base de données]. <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-sur-la-main-doeuvre-de-la-sante>
- Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. (Janvier 2022). *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile*. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/01/IRIS_Agence_PlacementSSS_web-VF.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Réutilisation des respirateurs N95 dans un contexte d'une pénurie réelle ou appréhendée lors de la pandémie de la COVID-19*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2021a). *Question de méthodes : Conception d'études intersectionnelles quantitatives et collecte de données primaires - Numéro 3, Partie 1 - Février 2021*. Instituts de recherche en santé du Canada. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52352.html>

- Instituts de recherche en santé du Canada. (2021b). *Plan stratégique 2021-2026. Transformer la recherche pour avoir un impact sur les gens : Notre vision de l'avenir*. https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/ihspr_strat_plan_2021-26-fr.pdf
- Internationally Trained Physicians of Ontario. (2022). *ITPs- A diverse, underutilised, skilled health human resource*. <https://www.itpo.ca/post/itps-a-diverse-underutilised-skilled-health-human-resource>
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, DC. <https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2011). *Cadre stratégique et plan d'action sur les ressources humaines en santé des Inuits, 2011-2021*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/health-human-resources.pdf>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2016). *2016-2019: Strategy and action plan*. https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/04/ITK_2016-2019-Strategy-Plan_E.pdf
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2018). *Stratégie nationale inuite sur la recherche*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/03/Strat%C3%A9gie-nationale-inuite-sur-la-recherche.pdf>
- Itchhaporia, D. (2021). The evolution of the quintuple aim: Health equity, health outcomes, and the economy. *Journal of the American College of Cardiology*, 78(22), 2262-2264. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.018>
- Iyamu, I., Gómez-Ramírez, O., Xu, A. X. T., Chang, H. J., Watt, S., Mckee, G. et Gilbert, M. (2022). Challenges in the development of digital public health interventions and mapped solutions: Findings from a scoping review. *Digital Health*, 8. <https://doi.org/10.1177/20552076221102255>
- Jack, H. E., Arabadjis, S. D., Sun, L., Sullivan, E. E. et Phillips, R. S. (2017). Impact of community health workers on use of healthcare services in the United States: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 32(3), 325-344. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3922-9>
- Jansson, J., Larsson, M. et Nilsson, J. (2021). Advanced paramedics and nurses can deliver safe and effective pre-hospital and in-hospital emergency care: An integrative review. *Nursing Open*, 8(5), 2385-2405. <https://doi.org/10.1002/nop2.866>
- Jarden, R. J., Jarden, A., Weiland, T. J., Taylor, G., Bujalka, H., Brockenshire, N. et Gerdtz, M. F. (2021). New graduate nurse wellbeing, work wellbeing and mental health: A quantitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 103997. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103997>

- Jongen, C., McCalman, J. et Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 232. <https://doi.org/10.1186/S12913-018-3001-5>
- Joo, J. Y. et Liu, M. F. (2020). Nurses' barriers to care of ethnic minorities: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 42(9), 760-771. <https://doi.org/10.1177/0193945919883395>
- Joyner, R. L. J., Strickland, S. L., Becker, E. A., Ginier, E., Keene, S., Rye, K. et Haas, C. F. (2020). Adequacy of the provider workforce for persons with cardiopulmonary disease. *Chest*, 157(5), 1221-1229. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.09.030>
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J. et Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>
- Kakyo, T. A., Xiao, L. D. et Chamberlain, D. (2021). Benefits and challenges for hospital nurses engaged in formal mentoring programs: A systematic integrated review. *International Nursing Review*, 69(2), 229-238. <https://doi.org/10.1111/inr.12730>
- Kalu, M. E., Abaraogu, U. O. et Norman, K. E. (2019). Mapping evidence from the literature about the experience of internationally educated health professionals to Canadian professional competency profiles of physiotherapists, occupational therapists, physicians, and pharmacists. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 17(2). <https://doi.org/10.46743/1540-580x/2019.1792>
- Karani, R., Varpio, L., May, W., Horsley, T., Chenault, J., Miller, K. H. et O'Brien, B. (2017). Commentary: Racism and bias in health professions education: How educators, faculty developers, and researchers can make a difference. *Academic Medicine*, 92(11S), S1-S6. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001928>
- Karatuna, I., Jonsson, S. et Muhonen, T. (2020). Workplace bullying in the nursing profession: A cross-cultural scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103628. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103628>
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M. et Colvin, C. J. (2019). Obstacles et facilitateurs à la mise en œuvre de stratégies de substitution médecin-infirmière en médecine générale : synthèse qualitative des données probantes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2>
- Kelly-Blake, K., Garrison, N. A., Fletcher, F. E., Ajegba, B., Smith, N., Brafford, M. et Bogdan-Lovis, E. (2018). Rationales for expanding minority physician representation in the workforce: A scoping review. *Medical Education*, 52(9), 925-935. <https://doi.org/10.1111/medu.13618>

- Khalilnezhad, R., Gorji, H. A., Alaedini, F., Naeini, A. S. et Sepehri, M. M. (2020). The factors affecting the obstetricians-gynecologists workforce planning: A systematic review. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(2), 319-328. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.10.002>
- Kim, H. et Kim, E. G. (2021). A meta-analysis on predictors of turnover intention of hospital nurses in South Korea (2000-2020). *Nursing Open*, 8(5), 2406-2418. <https://doi.org/10.1002/nop2.872>
- Kiran, T., Wang, R., Handford, C. Laraya, N., Eissa, A., Pariser, P., Brown, R. et Pedersen, C. (2022). Family physician practice patterns during COVID-19 and future intentions: Cross-sectional survey in Ontario, Canada. *Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien*, 68(11), 836-846. <https://doi.org/10.46747/cfp.6811836>
- Kirby, M. J. L. et LeBreton, M. (2003). *Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*. Parlement du Canada. <https://sencanada.ca/fr/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6-f>
- Kirubarajan, A., Patel, P., Leung, S., Park, B. et Sierra, S. (2021). Cultural competence in fertility care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer people: A systematic review of patient and provider perspectives. *Fertility and Sterility*, 115(5), 1294-1301. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.12.002>
- Kitching, G. T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., Rotondi, M., Nisenbaum, R., Maddox, R. et Smylie, J. (2020). Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 111(1), 40-49. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00242-z>
- Klinton, J. (2020). *The private health sector: An operational definition*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/docs/default-source/health-system-governance/private-health-sector-an-operational-definition.pdf>
- Koea, J., Rahiri, J. L. et Ronald, M. (2020). Affirmative action programmes in postgraduate medical and surgical training-A narrative review. *Medical Education*, 55(3), 309-316. <https://doi.org/10.1111/medu.14350>
- Koivunen, M. et Saranto, K. (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 24-44. <https://doi.org/10.1111/scs.12445>
- Kondylakis, H., Katehakis, D. G., Kouroubali, A., Logothetidis, F., Triantafyllidis, A., Kalamaras, I., Votis, K. et Tzovaras, D. (2020). COVID-19 mobile apps: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), e23170. <https://doi.org/10.2196/23170>

- Kornelsen, J., Khowaja, A. R., Av-Gay, G., Sullivan, E., Parajulee, A., Dunnebacke, M., Egan, D., Balas, M. et Williamson, P. (2021). The rural tax: Comprehensive out-of-pocket costs associated with patient travel in British Columbia. *BMC Health Services Research*, 21, 854-871. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-021-06833-2>
- Kruse, C. S., Mileski, M., Dray, G., Johnson, Z., Shaw, C. et Shirodkar, H. (2022). Physician burnout and the electronic health record leading up to and during the first year of COVID-19: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3), 18. <https://doi.org/10.2196/36200>
- Kumar, S. et Clancy, B. (2021). Retention of physicians and surgeons in rural areas-what works? *Journal of Public Health*, 43(4), e689-e700. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa031>
- Labrague, L. J. et McEnroe-Petitte, D. M. (2018). Job stress in new nurses during the transition period: An integrative review. *International Nursing Review*, 65(4), 491-504. <https://doi.org/10.1111/inr.12425>
- Lafontaine, A. (30 septembre 2022). *Decolonizing health care with Dr. Alika Lafontaine* [webinaire]. Coalition canadienne de la santé. <https://www.healthcoalition.ca/dr-alika-lafontaine/>
- Lai, G. C., Taylor, E. V, Haigh, M. M. et Thompson, S. C. (2018). Factors affecting the retention of Indigenous Australians in the health workforce: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 914. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050914>
- Langlois, É. V., Daniels, K. et Akl, E. A. (2018). *Evidence synthesis for health policy and systems: A methods guide*. The Alliance for Health Policy and Systems Research. <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/2018-10-08-evidence-synthesis-for-health-policy-and-systems-a-methods-guide#:~:text=the%20evidence%20and%20making%20sense%20of%20the%20findings,policy%20relevance%20of%20syntheses%20and%20foster%20the%20uptake>
- Latapi, A. E., Garcia-Guerrero, V. et Masferrer, C. (Décembre 2021). *North America 2.0: Forging a continental future*. Wilson Centre & Harvard Kennedy School Belfer Center for Science and International Affairs. https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/media/uploads/documents/2021 - Escobar et al - Demographic Dynamics in North America_0.pdf
- Laukka, E., Huhtakangas, M., Heponiemi, T., Kujala, S., A.-M., K., Gluschkoff, K. et Kanste, O. (2020). Health care professionals' experiences of patient-professional communication over patient portals: Systematic review of qualitative studies. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), e21623. <https://doi.org/10.2196/21623>
- Lebanik, L. et Britt, S. (2015). Float pool nurses come to the rescue. *Nursing*, 45(3), 50-53. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000460715.73128.ea>

- Lee, E., Gudmundson, B. et Lavoie, J.G. (2022). Returning childbirth to Inuit communities in the Canadian Arctic. *International Journal of Circumpolar Health*, 81(1). <http://doi.org/10.1080/22423982.2022.2071410>
- Lee, H. et Song, Y. (2021). Kirkpatrick model evaluation of accelerated second-degree nursing programs: A scoping review. *Journal of Nursing Education*, 60(5), 265-271. <https://doi.org/10.3928/01484834-20210420-05>
- Leonard, P. S. J., Sweetman, A. et Zhang, X.H. (2014). Optometry services in Ontario: Supply and demand-side factors from 2011 to 2036. *Healthcare Policy/Politiques de santé*, 10(1), 60. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2014.23928>
- Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H. et Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *European Journal of General Practice*, 27(1), 198-210. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616>
- Leslie, K., Demers, C., Steinecke, R. et Bourgeault, I. (2022). Inscription et permis d'exercice pancanadiens pour les professionnels de la santé : une voie à suivre issue d'un échange Meilleurs Cerveaux. *Healthcare Policy/Politiques de santé*, 18(1), 17-25. <https://doi.org/10.12927%2Fhcpol.2022.26909>
- Leslie, K., Moore, J., Robertson, C., Bilton, D., Hirschhorn, K., Langelier, M. H. et Bourgeault, I. L. (2021). Regulating health professional scopes of practice: Comparing institutional arrangements and approaches in the US, Canada, Australia and the UK. *Human Resources for Health*, 19(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00550-3>
- Lewis, S. (17 février 2023). *Steven Lewis: Ottawa wants its health-care dollars to make a difference. Here's a suggestion.* Saskatoon StarPhoenix. <https://thestarphoenix-com.cdn.ampproject.org/c/s/thestarphoenix.com/opinion/columnists/steven-lewis-ottawa-wants-its-health-care-dollars-to-make-a-difference-heres-a-suggestion/wcm/b96bb8fc-95e2-4c75-8502-8ef92261a15d/amp/>
- Li, C., Parpia, C., Sriharan, A. et Keefe, D. T. (2022). Electronic medical record-related burnout in healthcare providers: A scoping review of outcomes and interventions. *BMJ Open*, 12(8), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060865>
- Li, J. (2017). Cultural barriers lead to inequitable healthcare access for Aboriginal Australians and Torres Strait Islanders. *Chinese Nursing Research*, 4(4), 207-210. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.10.009>
- Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S. S., Giloi, N. et Lukman, K. A. (2022). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Annals of Medicine and Surgery*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>

- Lindsay, S., Fuentes, K., Ragunathan, S., Lamaj, L. et Dyson, J. (2022). Ableism within health care professions: A systematic review of the experiences and impact of discrimination against health care providers with disabilities. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2107086>
- Lisy, K., Kent, J., Piper, A. et Jefford, M. (2021). Facilitators and barriers to shared primary and specialist cancer care: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 29(1), 8596. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05624-5>
- Litchman, M. L., Schlepko, T., Rowley, T., McFarland, M. et Fiander, M. (2018). A scoping review of advanced practice registered nurses consensus model outcomes: Part four of a four-part series on critical topics identified by the 2015 nurse practitioner research agenda. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(12), 710-723. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000111>
- Locums for Rural BC. (2022). *Terms and Definitions*. <https://www.locumsruralbc.ca/Terms-and-Definitions>
- Loi de mise en œuvre de l'Accord de Kelowna, Lois du Canada (2008, ch. 23). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/k-0.65/page-1.html>
- Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (projet de loi n° 41). Lois du Québec (2011, ch. 37). <https://assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-41-39-2.html>
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi n° 90). Lois du Québec (2002, ch. 33). <https://assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-90-36-2.html>
- Loi sur l'équité en matière d'emploi, Lois du Canada (1995, ch. 44). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/e-5.401/TexteCompleet.html>
- Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. (Lois du Canada, 2021, ch. 14). <https://www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/u-2.2/page-1.html>
- Loi sur les langues autochtones, Lois du Canada (2019, ch. 23). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-7.85/page-1.html>
- Loi sur les langues officielles, Lois du Canada (1985, ch. 31 [4^e suppl.]). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/o-3.01/page-1.html>
- Lopes, D. F., Ramos, A. L. et Castro (de), E. A. (2021). The health workforce demand: A systematic literature review. *Ciencia & Saude Coletiva*, 26 (supplément 1), 2431-2448. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.40842020>

- Lowe, P. L., Jakimowicz, S. et Levett-Jones, T. L. (2021). Neonatal nurses' professional quality of life: An integrative review. *Collegian*, 29(2), 201-212. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.006>
- Luck, S. (18 novembre 2022). *N.S. Health says there are no great options as it raises spending on travel nurses by millions*. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/travel-nurses-high-cost-nova-scotia-1.6654186>
- MacKenzie, A., MacQuarrie, C., Murphy, M., Piers, G., Philopoulos, K., Carrigan, S., Joice, J., Kapra, J., Casault, C. A., MacDougall, J., Langley, J. M. et Tomblin Murphy, G. (2022). Operationalizing integrated needs-based workforce planning at Nova Scotia Health in response to the COVID-19 pandemic. *Healthcare Management Forum*, 35(4), 222-230. <https://doi.org/10.1177/08404704221093982>
- MacKenzie, A., Tomblin Murphy, G. et Audas, R. (2019). A dynamic, multi-professional, needs-based simulation model to inform human resources for health planning. *Human Resources for Health*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0376-2>
- Mackenzie, J. S. et Jeggo, M. (2019). The One Health approach - Why is it so important? *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4(2), 5-8. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4020088>
- MacQueen, I. T., Maggard-Gibbons, M., Capra, G., Raaen, L., Ulloa, J. G., Shekelle, P. G., Miake-Lye, I., Beroes, J. M. et Hempel, S. (2018). Recruiting rural healthcare providers today: A systematic review of training program success and determinants of geographic choices. *Journal of General Internal Medicine*, 33(2), 191-199. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4210-z>
- Maeda, A. et Socha-Dietrich, K. (2021). Skills for the future health workforce: Preparing health professionals for people-centred care. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 124*. <https://doi.org/10.1787/68fb5f08-en>
- Mahabir, D. F., O'Campo, P., Lofters, A., Shankardass, K., Salmon, C. et Muntaner, C. (2021). Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: A concept mapping study. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01410-9>
- Mahase, E. (2020). Black babies are less likely to die when cared for by black doctors, US study finds. *BMJ*, 370, m3315. <https://doi.org/10.1136/BMJ.M3315>
- Marchildon, G. P. et Allin, S. (2022). Public and private interfaces in Canadian healthcare: Health equity and quality of healthcare services implications. Dans H. A. Palley (éd.), *The Public/Private Sector Mix in Healthcare Delivery: A Comparative Study*. Oxford University Press.
- Marino, M., de Belvis, A. G., Tanzariello, M., Dotti, E., Bucci, S., Colotto, M., Ricciardi, W. et Boccia, S. (2018). Effectiveness and cost-effectiveness of integrated care models for elderly, complex patients: A narrative review. Don't we need a value-based approach? *International Journal of Care Coordination*, 21(4), 120-139. <https://doi.org/10.1177/2053434518817019>

- Marshman, C., Hansen, A. et Munro, I. (2022). Compassion fatigue in mental health nurses: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(4), 529-543. <https://doi.org/10.1111/jpm.12812>
- Martin, C. M. (2018). Complex adaptive systems approaches in health care—A slow but real emergence? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(1), 266-268. <https://doi.org/10.1111/JEP.12878>
- Masso, M., Sim, J., Halcomb, E. et Thompson, C. (2022). Practice readiness of new graduate nurses and factors influencing practice readiness: A scoping review of reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104208. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104208>
- Mathews, M., Heath, S. L., Neufeld, S. M. et Samarasena, A. (2013). Évaluation des programmes de bourses d'obligation de service pour médecins à Terre-Neuve-et-Labrador. *Healthcare Policy/Politiques de santé*, 8(3), 42-56.
- Mathews, M., Ryan, D., Randall, E., Marshall, E. G., Goldsmith, L. J., Jones, L., Lavergne, M. R., Snadden, D., Scott, I., Wong, S. T., Stringer, K., Horrey, K. et Grudniewicz, A. (2022). “At the mercy of some of the regulations”: The impact of the residency match and return of service requirement on the early-career decisions of international medical graduates in Canada. *Human Resources for Health*, 20(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00709-0>
- Mattingly, A. N. et Mattingly, T. J. 2nd. (2018). Advancing the role of the pharmacy technician: A systematic review. *Journal of the American Pharmacists Association*, 58(1), 94-108. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.10.015>
- McCann, E. et Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Education Today*, 64, 204-214. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.028>
- McCarville, E. E., Martin, M. A., Pratap, P. L., Pinkser, E., Seweryn, S. M. et Peters, K. E. (2021). Framing the integration of community health workers into health care systems along health care and community spectrums. *Journal of Ambulatory Care Management*, 44(4), 271-280. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000396>
- McCay, R., Lyles, A. A. et Larkey, L. (2018). Nurse leadership style, nurse satisfaction, and patient satisfaction a systematic review. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(4), 361-367. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000317>
- McDermid, F., Mannix, J. et Peters, K. (2019). Factors contributing to high turnover rates of emergency nurses: A review of the literature. *Australian Critical Care*, 33(4), 390-396. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.09.002>

- McDonald, H., Browne, J., Perruzza, J. et Davis, C. (2018). Transformative effects of Aboriginal health placements for medical, nursing, and allied health students: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 20(2), 154-164. <https://doi.org/10.1111/nhs.12410>
- McDonald, K. M., Sundaram V., Bravata, D.M., Lewis R., Lin, N., Kraft, S., McKinnon, M., Paguntalan, H. et Owens, D.K. (Juin 2007). *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies. Technical Review 9*. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/pdf/Bookshelf_NBK44015.pdf
- McGregor, M. J. et Harrington, C. (2020). COVID-19 and long-term care facilities: Does ownership matter? *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(33), E961-E962. <https://www.cmaj.ca/content/192/33/E961>
- McKenna, A. M. et Straus, S. E. (2011). Charting a professional course: A review of mentorship in medicine. *Journal of the American College of Radiology*, 8(2), 109-112. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2010.07.005>
- McKitterick, J.D., Peters, M. D. J., Corsini, N., Chiarella, M. et Eckert, M. (2021). International nursing students' and international nursing graduates' experiences of transition to the nursing workforce: A systematic review of qualitative evidence. *Nurse Education in Practice*, 55, 103147. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103147>
- McLane, P., Mackey, L., Holroyd, B. R., Fitzpatrick, K., Healy, C., Rittenbach, K., Plume, T. B., Bill, L., Bird, A., Healy, B., Janvier, K., Louis, E. et Barnabe, C. (2022). Impacts of racism on First Nations patients' emergency care: Results of a thematic analysis of healthcare provider interviews in Alberta, Canada. *BMC Health Services Research*, 22(1), 804. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08129-5>
- McMahon, M., Nadigel, J., Thompson, E. et Glazier, R. H. (2020). Informing Canada's health system response to COVID-19: Priorities for health services and policy research. *Healthcare Policy/Politiques de santé*, 16(1), 1-27. <https://doi.org/10.12927/HCPOL.2020.26249>
- McReynolds, T. (1^{er} avril 2021). *Some veterinarians are administering the COVID vaccine. We talked to one of them*. American Animal Hospital Association. <https://www.aaha.org/publications/newstat/articles/2021-04/some-veterinarians-are-administering-the-covid-vaccine.-we-talked-to-one-of-them/>
- Medical Council of New Zealand. (2019). *Statement on cultural safety*. <https://www.mcnz.org.nz/assets/standards/b71d139dca/Statement-on-cultural-safety.pdf>
- Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., Hoying, J., McRae, K., Ault, S., Spurlock, E. et Bird, S. B. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses:

A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 34(8), 929-941.
<https://doi.org/10.1177/0890117120920451>

Meneer, M., Blanchette, M. A., Demers-Payette, O. et Roy, D. (2019). A framework for value creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 79.
<https://doi.org/10.1186/s12961-019-0477-3>

Merali, Z., Malhotra, A. K., Balas, M., Lorello, G. R., Flexman, A., Kiran, T. et Witiw, C. D. (2021). Gender-based differences in physician payments within the fee-for-service system in Ontario: A retrospective, cross-sectional study. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 193(41), E1584E1591. <https://doi.org/10.1503/cmaj.210437>

Milligan, C., Irlbacher-Fox, S. et Dobrow, M. J. (2023). Strengthening policy for First Nations self-determination in health: An analysis of problems, politics, and policy related to medical travel in Northwest Territories. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé*, 10(3). <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v10i3.5223>

Ministère de la Justice Canada. (2018). *Principes régissant la relation du Gouvernement du Canada avec les peuples autochtones*. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/principes-principles.html>

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2022). *B.C.'s health human resource strategy: Putting people first*. <https://news.gov.bc.ca/files/BCHealthHumanResourcesStrategy-Sept2022.pdf>

Ministère des Soins de longue durée de l'Ontario. (2021). *Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée : rapport final et progrès liés aux recommandations provisoires*. <https://www.ontario.ca/fr/page/commission-denquete-sur-la-covid-19-dans-les-foyers-de-soins-de-longue-duree-etat-davancement-des>

Ministère du Conseil exécutif du Québec. (2019). *Rapport annuel de gestion 20192020*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/rag_1920.pdf?1601407164

Minnican, C. et O'Toole, G. (2020). Exploring the incidence of culturally responsive communication in Australian healthcare: The first rapid review on this concept. *BMC Health Services Research*, 20(20). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4859-6>

Minogue, S. (19 août 2005). Program brings x-ray workers to all Nunavut communities. *Nunatsiaq News*. https://nunatsiaq.com/stories/article/program_brings_x-ray_workers_to_all_nunavut_communities/

Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gomez-Urquiza, J. L., Canadas, G. R., De la Fuente, E. I. et Canadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of burnout and risk factors in medical area

- nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2800. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122800>
- Morgan, R., Tan, H.-L., Oveisi, N., Memmott, C., Korzuchowski, A., Hawkins, K. et Smith, J. (2022). Women healthcare workers' experiences during COVID-19 and other crises: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100066>
- Motz, T. A. et Currie, C. L. (2019). Racially-motivated housing discrimination experienced by Indigenous postsecondary students in Canada: Impacts on PTSD symptomology and perceptions of university stress. *Public Health*, 176, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.12.011>
- Moy, A. J., Schwartz, J. M., Chen, R. J., Sadri, S., Lucas, E., Cato, K. D. et Rossetti, S. C. (2021). Measurement of clinical documentation burden among physicians and nurses using electronic health records: A scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(5), 998-1008. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa325>
- Mpalirwa, J., Lofters, A., Nnorom, O. et Hanson, M. D. (2020). Patients, pride, and prejudice: Exploring black Ontarian physicians' experiences of racism and discrimination. *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(11S), S51-S57. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003648>
- Murray, E. J., Mason, M., Sparke, V. et Zimmerman, P. A. P. (2020). Factors influencing health care workers' willingness to respond to duty during infectious disease outbreaks and bioterrorist events: An integrative review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 36(3), 321-337. <https://doi.org/10.1017/S1049023X21000248>
- Mutschler, C., Bellamy, C., Davidson, L., Lichtenstein, S. et Kidd, S. (2021). Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological Services*, 19(2), 360-374. <https://doi.org/10.1037/ser0000531>
- Najafizada, S. A. M., Bourgeault, I. L., Labonte, R., Packer, C. et Torres, S. (2015). Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 106(3), e157-e164. <https://doi.org/10.17269/CJPH.106.4747>
- Narasimhan, S. et Chandanabhumma, P. P. (2021). A scoping review of decolonization in Indigenous-focused health education and behavior research. *Health Education and Behavior*, 48(3), 306-319. <https://doi.org/10.1177/10901981211010095>
- Narayan, M. C. (2017). Strategies for implementing the national standards for culturally and linguistically appropriate services in home health care. *Home Health Care Management & Practice*, 29(3), 168-175. <https://doi.org/10.1177/1084822317696707>

- Naslund, J. A., Shidhaye, R. et Patel, V. (2019). Digital technology for building capacity of nonspecialist health workers for task sharing and scaling up mental health care globally. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(3), 181-192. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000217>
- Nasmith, L., Ballem, P., Baxter, R., Bergman, H., Colin-Thomé, D., Herbert, C., Keating, N., Lessard, R., Lyons, R., McMurchy, D., Rosenbaum P, Tamblyn R, Wagner E. et Zimmerman B. (2010). *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats*. Académie canadienne des sciences de la santé. <https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/cdm-final-French.pdf>
- National Academy of Medicine. (2022). *National plan for health workforce well-being*. Washington, DC : The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26744>
- Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf
- Nazeha, N., Pavagadhi, D., Kyaw, B. M., Car, J., Jimenez, G. et Car, L. T. (2020). A digitally competent health workforce: Scoping review of educational frameworks. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11). <https://doi.org/10.2196/22706>
- Nedvedova, D., Dusova, B. et Jarosova, D. (2017). Job satisfaction of midwives: A literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 8(2), 650-656. <https://dx.doi.org/10.15452/CEJNM.2017.08.0014>
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Postl, B., Shamian, J. et Sketris, I. (2014). *Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé*. Académie canadienne des sciences de la santé. https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Optimizing-Scopes-of-Practice_REPORT-French.pdf
- Nelson, S. E. et Wilson, K. (2018). Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous People's experiences in Prince George, Canada. *Social Science & Medicine*, 218, 21-27. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2018.09.017>
- Nemec, P. B. et Chan, S. (2017). Behavioral health workforce development challenges in the digital health era. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(3), 339-341. <https://doi.org/10.1037/prj0000283>
- Nguyen, O. T., Jenkins, N. J., Khanna, N., Shah, S., Gartland, A. J., Turner, K. et Merlo, L. J. (2021). A systematic review of contributing factors of and solutions to electronic health record-related impacts on physician well-being. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(5), 974-984. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa339>

- Nielsen, N. O. (2017). One Health and the expansion of veterinary education and practice in Canada. *Canadian Veterinary Journal/La Revue vétérinaire canadienne*, 58(12), 1317-1318. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5680741/>
- Niinihuhta, M. et Haggman-Laitila, A. (2022). A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5), e13040. <https://doi.org/10.1111/ijn.13040>
- Norful, A., Martsof, G., de Jacq, K. et Poghosyan, L. (2017). Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013>
- North, N., Brysiewicz, P. et Coetzee, M. (2022). Nursing stakeholder identification guidelines for human resources for health and health workforce development: A scoping review. *International Nursing Review*, 69(3), 272-284. <https://doi.org/10.1111/inr.12772>
- Northwest Territories Bureau of Statistics. (2022). *Population estimates by community*. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. <https://www.statsnwt.ca/population/population-estimates/bycommunity.php>
- Nourpanah, S. (2019). "Maybe we shouldn't laugh so loud": The hostility and welcome experienced by foreign nurses on temporary work permits in Nova Scotia, Canada. *Labour/Le Travail*, 83, 105-120. <https://doi.org/10.1353/llt.2019.0004>.
- Nova Scotia Paramedics International Union of Operating Engineers Local 727. (2023). *Community paramedics*. <https://iuoe727.ca/our-community/community-paramedics/>
- Nowrouzi-Kia, B., Chai, E., Usuba, K., Nowrouzi-Kia, B. et Casole, J. (2019). Prevalence of type II and type III workplace violence against physicians: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 10(3), 99-110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31325293/>
- Nowrouzi-Kia, B., Isidro, R., Chai, E., Usuba, K. et Chen, A. (2019). Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 44, 1-7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2018.11.002>
- Nundy, S., Cooper, L. A. et Mate, K. S. (2022). The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *Journal of the American Medical Association*, 327(6), 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X. et Meyer, R. (2004). *Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

- O'Connor, K., Muller Neff, D. et Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 53, 74-99. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- O'Keefe, M., White, K. et Jennings, J. C. (2021). Asynchronous telepsychiatry: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(3), 137-145. <https://dx.doi.org/10.1177/1357633X19867189>
- O'Malley, A. S., Draper, K., Gourevitch, R., Cross, D. A. et Scholle, S. H. (2015). Electronic health records and support for primary care teamwork. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(2), 426-434. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocu029>
- O'Malley, L., Macey, R., Allen, T., Brocklehurst, P., Thomson, F., Rigby, J., Lalloo, R., Tomblin Murphy, G., Birch, S. et Tickle, M. (2022). Workforce planning models for oral health care: A scoping review. *JDR Clinical and Translational Research*, 7(1), 16-24. <https://doi.org/10.1177/2380084420979585>
- O'Sullivan, B. G., McGrail, M. R., Russell, D., Chambers, H. et Major, L. (2018). A review of characteristics and outcomes of Australia's undergraduate medical education rural immersion programs. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0271-2>
- O'Sullivan, B. G. et Worley, P. (2020). Setting priorities for rural allied health in Australia: A scoping review. *Rural and Remote Health*, 20(2), 5719. <https://dx.doi.org/10.22605/RRH5719>
- Obamiro, K. O., Tesfaye, W. H. et Barnett, T. (2020). Strategies to increase the pharmacist workforce in rural and remote Australia: A scoping review. *Rural and Remote Health*, 20(4), 1-3. <https://dx.doi.org/10.22605/RRH5741>
- Odendaal, W. A., Anstey Watkins, J., Leon, N., Goudge, J., Griffiths, F., Tomlinson, M. et Daniels, K. (2020). Perceptions et expériences des travailleurs de la santé concernant l'utilisation des technologies de la santé mobile (mHealth) pour la prestation de services de soins de santé primaires : synthèse des données qualitatives. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011942.pub2>
- Oduor, K., Ogweno, S., Ajwang', D. et Okinyi, N. (2021). Incorporating health interventions into Kenya's health infrastructure to augment universal health coverage, service delivery improvement approach. *South Eastern European Journal of Public Health*, 2021 (édition spéciale n° 2), 1-12. <https://dx.doi.org/10.11576/seejph-4317>
- Olley, R., Edwards, I., Avery, M. et Cooper, H. (2019). Systematic review of the evidence related to mandated nurse staffing ratios in acute hospitals. *Australian Health Review*, 43(3), 288-293. <https://doi.org/10.1071/AH16252>

- Olsen, J. M., Aschenbrenner, A., Merkel, R., Pehler, S.-R., Sargent, L. et Sperstad, R. (2020). A mixed-methods systematic review of interventions to address incivility in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 59(6), 319-326. <https://dx.doi.org/10.3928/01484834-20200520-04>
- Olson, K., Marchalik, D., Farley, H., Dean, S. M., Lawrence, E. C., Hamidi, M. S., Rowe, S., McCool, J. M., O'Donovan, C. A., Micek, M. A. et Stewart, M. T. (2019). Organizational strategies to reduce physician burnout and improve professional fulfillment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(12), 100664. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100664>
- Opie, A. (1997). Effective team work in health care: A review of issues discussed in recent research literature. *Health Care Analysis*, 5(1), 62-70. <https://doi.org/10.1007/BF02678456>
- Opioid Treatment Alberta. (2018). *How can we help? Virtual opioid dependency program*. <https://vodp.ca/>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). *Health in the 21st Century: Putting data to work for stronger health systems*. Études de l'OCDE sur les politiques de santé. <https://doi.org/10.1787/2074319x>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2020). *Empowering the health workforce: Strategies to make the most of the digital revolution*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/empowering-the-health-workforce-to-make-the-most-of-the-digital-revolution_37ff0eaa-en
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Programme des Nations Unies pour l'environnement, Organisation mondiale de la Santé et Organisation mondiale de la santé animale. (2022). *Plan d'action conjoint « Une seule santé ». Towards a more comprehensive One Health, approach to global health threats at the human-animal-environment interface*. Rome. <https://doi.org/10.4060/cc2289en>
- Organisation mondiale de la Santé. (2010a). *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44404/9789242564013_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation mondiale de la Santé. (2010b). *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/3180/A63_R16-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organisation mondiale de la Santé. (2019a). Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. *Human Resources for Health Observer Series (n° 24)*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2
- Organisation mondiale de la Santé. (2019b, 28 mai). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020a). Retention of the health workforce in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health Observer Series (n° 25)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013865>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020b). What do we know about community health workers? A systematic review of existing reviews. *Human Resources for Health Observer Series (n° 19, vol. 17)*. <https://www.who.int/publications/i/item/what-do-we-know-about-community-health-workers-a-systematic-review-of-existing-reviews>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021a, 20 octobre). *Health and care worker deaths during COVID-19*. <https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021b). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021c). *Comblent l'écart en matière de leadership : équité de genre et leadership au sein des personnels de santé et d'aide à la personne dans le monde*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240025905>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022a, 10 décembre). *Santé et droits de l'homme*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022b, 13 juillet). *Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins : une analyse de la situation dans le monde à l'ère de la COVID-19*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240052895>
- Organisation panaméricaine de la Santé. (2019). *Sociétés justes : équité en santé et vie digne. 302. Rapport de la Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques*. Washington, DC. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51614>
- Pariona-Cabrera, P., Cavanagh, J. et Bartram, T. (2020). Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1581-1593. <https://dx.doi.org/10.1111/jan.14352>

- Patel, E. Y., Petermann, V. et Mark, B. A. (2019). Does state-level nurse practitioner scope-of-practice policy affect access to care? *Western Journal of Nursing Research*, 41(4), 488-518. <https://dx.doi.org/10.1177/0193945918795168>
- Pendry, P. S. (2007). Moral distress: Recognizing it to retain nurses. *Nursing Economics*, 25(4), 217.
- Pitama, S.G., Palmer, S.C., Huria, T., Lacey, C. et Wilkinson, T. (2018). Implementation and impact of Indigenous health curricula: A systematic review. *Medical Education*, 52(9), 898-909. <https://doi.org/10.1111/medu.13613>
- Pompeii, L., Benavides, E., Pop, O., Rojas, Y., Emery, R., Delclos, G., Markham, C., Oluyomi, A., Vellani, K. et Levine, N. (2020). Workplace violence in outpatient physician clinics: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186587>
- Poon, Y.-S. R., Lin, Y. P., Griffiths, P., Yong, K. K., Seah, B. et Liaw, S. Y. (2022). A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: A systematic review with future directions. *Human Resources for Health*, 20(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00764-7>
- Premiers ministres du Canada. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. http://www.scics.gc.ca/CMFiles/800039004_f1GTC-352011-5274.pdf.
- Prodaniuk, A. (2020). Automation and the re-imagined future. *Canadian Journal of Medical Laboratory Science*, 82(1), 19-22.
- Programme des Nations Unies pour le développement. (2022). *The 2021/2022 human development report: Uncertain times, unsettled lives: Shaping our future in a transforming world*. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf
- Province de la Colombie-Britannique. (2022). *Office of Indigenous Health*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/aboriginal-health>
- Province de la Nouvelle-Écosse. (2022). *Action for health: A strategic plan 2022-2026*. <https://novascotia.ca/actionforhealth/docs/action-for-health-strategic-plan-for-nova-scotia.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. (2023). *Temps passé aux urgences*. <https://www.hqontario.ca/Rendement-du-système/Temps-passé-aux-urgences>
- Quilliam, C., Crawford, N., McKinstry, C., Wong Shee, A., Harvey, P., Glenister, K. et Sutton, K. (2021). Building a rural workforce through identifying supports for rural, mature-aged nursing and allied health students: A systematic scoping review. *The Australian Journal of Rural Health*, 29(5), 643-655. <https://doi.org/10.1111/ajr.12788>

- Quinn, A. E., Trachtenberg, A. J., McBrien, K. A., Ogundeji, Y., Souri, S., Manns, L., Rennert-May, E., Ronksley, P., Au, F., Arora, N., Hemmelgarn, B., Tonelli, M. et Manns, B. J. (2020). Impact of payment model on the behaviour of specialist physicians: A systematic review. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(4), 345-358. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.007>
- Racine, L., Fowler-Kerry, S. et Aiyer, H. (2022). Integrative review of the needs and challenges of Indigenous palliative care in rural and remote settings. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2693-2712. <https://doi.org/10.1111/jan.15287>
- Rady Faculty of Health Sciences. (2023). *Health services*. Université du Manitoba. <https://umanitoba.ca/ongomiizwin/health-services>
- Rafique, M. (2022). Supervisor role overload and emotional exhaustion as antecedents of supervisor incivility: The role of time consciousness. *Journal of Management & Organization*, 1-23. <https://doi.org/10.1017/JMO.2022.39>
- Ramachandran, H. J., Bin Mahmud, M. S., Rajendran, P., Jiang, Y., Cheng, L. et Wang, W. (2022). Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychological well-being, burnout and post-traumatic stress disorder among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 13. <https://doi.org/10.1111/jocn.16265>
- Rankin, A., Baumann, A., Downey, B., Valaitis, R., Montour, A. et Mandy, P. (2022). The role of the Indigenous patient navigator: A scoping review. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 54(2), 199210. <https://doi.org/10.1177/08445621211066765>
- Raveel, A. et Schoenmakers, B. (2019). Interventions to prevent aggression against doctors: A systematic review. *BMJ Open*, 9(9), e028465. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465>
- Raymond Guilbault, R. W. et Vinson, J. A. (2017). Clinical medical education in rural and underserved areas and eventual practice outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 30(2), 146-155. https://doi.org/10.4103/efh.EfH_226_16
- Recherche en santé mentale Canada. (2021). *La santé mentale pendant la pandémie de la COVID-19 : Sondage n° 7 sur 12*. <https://static1.squarespace.com/static/5f9978fdff01872f76f38a09/t/60ed97fe03cb9e0b59788c20/1626183681308/FINAL+-+Abridged+-+MHRC+Mental+Health+During+COVID+Poll+7+Report+FR.pdf>
- Red River College Polytechnic. (2023). *Nursing*. <https://catalogue.rrc.ca/Programs/WPG/Fulltime/NURBF-DG>
- Rees, G. (2019). The evolution of New Zealand's health workforce policy and planning system: A study of workforce governance and health reform. *Human Resources for Health*, (17)51. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0390-4>

- Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. (20 janvier 2023). *Action for Health - Public Reporting* [tableau de bord]. <https://public.tableau.com/app/profile/nova.scotia.health/viz/ActionforHealth-PublicReporting/Overview>
- Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. (2022). *Collaborative family practice teams*. <https://cfpt.nshealth.ca/>
- Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Innovation Hub. (11 août 2022). *Nova Scotia Health launches pilot program with virtual hallway*. <https://innovationhub.nshealth.ca/news-and-updates/nova-scotia-health-launches-pilot-program-virtual-hallway>
- Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Learning Institute for Health Care Providers. (2023). *About us*. <https://learninginstitute.nshealth.ca/about-the-learning-institute/about-us>
- Régie de la santé des Premières Nations. (s. d. a). *Creating a climate for change: Cultural safety and humility in health services delivery for First Nations and Aboriginal Peoples in British Columbia*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>
- Régie de la santé des Premières Nations. (s. d. b). *Recruiting and retaining a doula*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Recruiting-and-Retaining-a-Doula.pdf>
- Régie de la santé des Premières Nations. (2013a). *Our story: The made-in-BC tripartite health transformation journey*. https://www.fnha.ca/Documents/FNHA_Our_Story.pdf
- Régie de la santé des Premières Nations. (2013b). *First Nations health human resources tripartite strategic approach*. https://www.fnha.ca/Documents/First_Nations_Health_Human_Resources_Tripartite_Strategic_Approach.pdf
- Régie de la santé des Premières Nations, First Nations Health Council et First Nations Health Directors Association. (2021). *Anti-racism, cultural safety & humility framework*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-FNHC-FNHDA-Anti-Racism-Cultural-Safety-and-Humility-Framework.pdf>
- Remote Vocational Training Scheme. (2023). *Training with RVTS*. <https://rvts.org.au/training>
- Réunion des premiers ministres avec les dirigeants autochtones nationaux. (2005). *Premiers ministres et dirigeants autochtones nationaux : Renforcer les relations et combler l'écart*. http://www.scics.gc.ca/CMFiles/800044004_f1BCI-3212011-8175.pdf
- Rock, M. J., Rault, D. et Degeling, C. (2017). Dog-bites, rabies and one health: Towards improved coordination in research, policy and practice. *Social Science and Medicine*, 187, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.036>
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Rapport final. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>

- Rony, M. K. K., Islam, K. et Alamgir, H. M. (2022). Coping strategies that motivated frontline nurses while caring for the COVID-19 patients during the pandemic: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1881-1891. <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.13644>
- Rooney, E. J., Johnson, A., Jeong, S. Y.-S. et Wilson, R. L. (2022). Use of traditional therapies in palliative care for Australian First Nations peoples: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(11-12), 1465-1476. <https://doi.org/10.1111/jocn.16070>
- Rosa, A., Dissanayake, M., Carter, D. et Sibbald, S. (2022). Community paramedicine to support palliative care. *Progress in Palliative Care*, 30(1), 11-15. <https://doi.org/10.1080/09699260.2021.1912690>
- Rotenstein, L., Melnick, E. R. et Sinsky, C. A. (2019). A learning health system agenda for organizational approaches to enhancing occupational well-being among clinicians. *JAMA*, 327(21), 2079-2080. <https://doi.org/10.17226/25521>
- Ruckert, A., Zinszer, K., Zarowsky, C., Labonté, R. et Carabin, H. (2020). What role for One Health in the COVID-19 pandemic? *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 111(5), 641-644. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00409-z>
- Rural Health Professions Action Plan. (s. d.). *Team-based learning initiative: Financial incentive for rural staff training program*. <https://rhpap.ca/programs-services/rural-health-care-providers-2/rural-health-professionals/team-based-learning-initiative/first/>
- Rural Health Professions Action Plan. (2020). *The rural health professions action plan: Strategic plan 2020-2024*. <https://rhpap.ca/wp-content/uploads/2020/07/RhPAP-Strategic-Plan-2020-2024-Final.pdf>
- Russell, D., Mathew, S., Fitts, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N., Ramjan, M., Zhao, Y., Hines, S., Humphreys, J. S. et Wakerman, J. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>
- Safaeinili, N., Brown-Johnson, C., Shaw, J. G., Mahoney, M. et Winget, M. (2020). CFIR simplified: Pragmatic application of and adaptations to the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for evaluation of a patient-centered care transformation within a learning health system. *Learning Health Systems*, 4(1), 1-9.
- Safari, K., McKenna, L. et Davis, J. (2022). Transition experiences of internationally qualified health care professionals: A narrative scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104221. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104221>
- Safarishahrbijari, A. (2018). Workforce forecasting models: A systematic review. *Journal of Forecasting*, 37(7), 739-753. <https://doi.org/10.1002/for.2541>

- Sanfilippo, F., Noto, A., Foresta, G., Santonocito, C., Palumbo, G. J., Arcadipane, A., Maybauer, D. M. et Maybauer, M. O. (2017). Incidence and factors associated with burnout in anesthesiology: A systematic review. *BioMed Research International*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/8648925>
- Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., Cheruvu, M. S., Bradley, A. et Burke, J. R. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting--A systematic review. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12175. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>
- Santé Canada. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/prestations-systeme-soins-sante/collaboration-federale-provinciale-territoriale/accord-2003-premiers-ministres-renouvellement-soins-sante/accord-2003-premiers-ministres-renouvellement-soins-sante.html>
- Santé Canada. (2004). *Les ressources humaines en santé : L'offre et la demande en équilibre*. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H12-36-08-2004F.pdf>
- Santé Canada. (2005). *Le système des soins de santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html#a1>
- Santé Canada. (2008). *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : Rapport 2007-2008*. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2008-ar-ra-fra.pdf
- Santé Canada. (2019). *Le système des soins de santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html#a7>
- Santé Canada. (2020). *Loi canadienne sur la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante.html>
- Santé Canada. (2022). *Rapport sommaire du Symposium sur les ressources humaines en santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/rapport-sommaire-symposium.html>
- Santé Canada. (7 février 2023). *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2023/02/travailler-ensemble-pour-ameliorer-les-soins-de-sante-pour-les-canadiens-et-canadiennes.html>

- Santé Î.-P.-É. (22 février 2022). *Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile*. Île-du-Prince-Édouard. <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/programme-de-soins-palliatifs-paramedicaux-domicile>
- Santé Manitoba. (2020). *Manitoba health, seniors and active living transformation program charter*. <https://gov.mb.ca/health/hst/docs/transformation-program-charter.pdf>
- Santé Ontario. (2022a, 27 septembre). *Équité provinciale et santé des Autochtones*. <https://www.ontariohealth.ca/fr/a-propos-de-nous/nos-programmes/equite-provinciale-et-sante-des-Autochtones>
- Santé Ontario. (2022b, 22 décembre). *Programme d'entraide du service des urgences*. <https://www.ontariohealth.ca/fr/prodiguer-des-soins-de-sante/formation-et-ressources-cliniques/programme-entraide-du-service-des-urgences>
- Saxena, K., Diamond, R., Conant, R. F., Mitchell, T. H., Gallopyn, ir. G. et Yakimow, K. E. (2018). Provider adoption of speech recognition and its impact on satisfaction, documentation quality, efficiency, and cost in an inpatient EHR. *AMIA Summits on Translational Science Proceedings, 2017*, 186-195. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5961784/>
- Schilgen, B., Nienhaus, A., Handtke, O., Schulz, H. et Mosko, M. (2017). Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(6), e0179183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183>
- Schirle, L., Norful, A. A., Rudner, N. et Poghosyan, L. (2020). Organizational facilitators and barriers to optimal APRN practice: An integrative review. *Health Care Management Review*, 45(4), 311-320. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000229>
- Schneider, A. et Weigl, M. (2018). Associations between psychosocial work factors and provider mental well-being in emergency departments: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(6), e0197375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197375>
- Schubert, N., Evans, R., Battye, K., Gupta, T. S., Larkins, S. et Mclver, L. (2018). International approaches to rural generalist medicine: A scoping review. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-27. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0332-6>
- Schultz, A. S. H., Dahl, L., MCGibbon, E., Brownlie, R. J., Cook, C., Elbarouni, B., Katz, A., Nguyen, T., Sawatzky, J. A., Sinclair, M., Thronson, K. et Fransoo, R. (2018). Index coronary angiography use in Manitoba, Canada: A population-level descriptive analysis of First Nations and non-First Nations recipients. *BMJ Open*, 8, 20856. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020856>
- Segal, E. M., Bates, J., Fleszar, S. L., Holle, L. M., Kennerly-Shah, J., Rockey, M. et Jeffers, K. D. (2019). Demonstrating the value of the oncology pharmacist within the healthcare team. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 25(8), 1945-1967. <https://doi.org/10.1177/1078155219859424>

- Seidman, G., Pascal, L. et McDonough, J. (2020). What benefits do healthcare organisations receive from leadership and management development programmes? A systematic review of the evidence. *BMJ Leader*, 4(1), 21-36. <https://doi.org/10.1136/leader-2019-000141>
- Sekoni, A. O., Gale, N. K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A. et Jolly, K. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: A mixed-method systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 21624. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21624>
- Sergeant, A., Saha, S., Lalwani, A., Sergeant, A., McNair, A., Larrazabal, E., Yang, K., Bogler, O., Dhoot, A., Werb, D., Maghsoudi, N., Richardson, L., Hawker, G., Siddiqi, A., Verma, A. et Razak, F. (2022). Diversity among health care leaders in Canada: A cross-sectional study of perceived gender and race. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*. 194(10), e371-e377. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211340>
- Services aux Autochtones Canada. (2022a, 18 janvier). *Le Canada continue de fournir du soutien à la transformation des services de santé des Premières Nations à l'autorité mi'kmaw en matière de santé et de mieux-être*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2022/01/le-canada-continue-de-fournir-du-soutien-a-la-transformation-des-services-de-sante-des-premieres-nations-a-lautorite-mikmaw-en-matiere-de-sante-et-.html>
- Services aux Autochtones Canada. (2022b, 2 novembre). *La nouvelle Indigenous Dental Association of Canada réunit des professionnels dentaires autochtones pour améliorer la santé buccodentaire*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2022/11/la-nouvelle-indigenous-dental-association-of-canada-reunit-des-professionnels-dentaires-autochtones-pour-ameliorer-la-sante-buccodentaire.html>
- Shah, A., Gasner, A., Bracken, K., Scott, I., Kelly, M. A. et Palombo, A. (2021). Early generalist placements are associated with family medicine career choice: A systematic review and meta-analysis. *Medical Education*, 55(11), 1242-1252. <https://doi.org/10.1111/medu.14578>
- Shang, Z., Kim, J. Y. et Cheng, S. O. (2021). Discrimination experienced by Asian Canadian and Asian American health care workers during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(4), E998-E1004. <https://doi.org/10.9778/CMAJO.20210090>
- Sibeoni, J., Bellon-Champel, L., Mousty, A., Manolios, E., Verneuil, L. et Revah-Levy, A. (2019). Physicians' perspectives about burnout: A systematic review and metasynthesis. *Journal of General Internal Medicine*, 34(8), 1578-1590. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05062-y>

- Simha, S., Ahmed, Y., Brummett, C. M., Waljee, J. F., Englesbe, M. J. et Bicket, M. C. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on opioid overdose and other adverse events in the USA and Canada: A systematic review. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 48(1), 37-43. <https://doi.org/10.1136/rapm-2022-103591>
- Simkin, S., Chamberland-Rowe, C. et Bourgeault, I. L. (2021). An integrated primary care workforce planning toolkit at the regional level (part 2): Quantitative tools compiled for decision-makers in Toronto, Canada. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00595-y>
- Simkin, S., Chamberland-Rowe, C., Damba, C., Sava, N., Lim, T. et Bourgeault, I. L. (2022). Implementing leading practices in regional-level primary care workforce planning: Lessons learned in Toronto. *Healthcare Management Forum*, 36(1), 15-20. <https://doi.org/10.1177/08404704221117263>
- Simmons, L., Jones, A. W., Siriwardena, N. et Bridle, C. (2019). Interventions to reduce sickness absence among healthcare workers: A systematic review. *International Journal of Emergency Services*, 8(2), 147-162. <https://doi.org/10.1108/IJES-05-2018-0028>
- Simpson, K. et Simpson, R. (2019). What do we know about our agency nurse population? A scoping review. *Nursing Forum*, 54(4), 492-498. <https://doi.org/10.1111/nuf.12361>
- Sinclair, M. (2017). *The truth is hard but reconciliation will be harder*. Centre canadien de politiques alternatives. https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2017/10/CCPA-BC-2017-keynote_SenatorMurraySinclairReconciliation.pdf
- Sinha, S. K., Samir, K., Chaudhry, S. et Mah, B. (2015). *A snapshot of diverse leadership in the health care sector*. Toronto, Ontario : Maytree Foundation. <https://continuing.torontomu.ca/ru/upload/obc/diversecity-counts-8-full.pdf>
- So, H. Y., Chen, P. P., Wong, G. K. C. et Chan, T. T. N. (2019). Simulation in medical education. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 49(1), 52-57. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2019.112>
- Socha-Dietrich, K. (2021). Empowering the health workforce to make the most of the digital revolution. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 129. Paris : Les Éditions de l'OCDE. <https://doi.org/10.1787/37ff0eaa-en>
- Société Radio-Canada. (20 février 2023). *Doctors in Atlantic Canada will soon be able to work in any of the 4 provinces*. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/atlantic-physician-registry-pei-premiers-meeting-1.6754317>
- Société Santé en français (2023). *Stratégie pour la main-d'œuvre bilingue de la santé 2.0*. <https://equity-link.ca/fr/courses/strategie-mo-bilingue-sante-2/>

- SoinsSantéCAN. (2022). *Présentation au Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées : Étude sur les pénuries de main-d'œuvre, les conditions de travail et l'économie des soins*. https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/GovSubmissions/2022/HCC_HUMABrief_April2022_FR.pdf?target=blank
- Somerville, L., Davis, A., Elliott, A., Terrill, D., Austin, N. et Philip, K. (2015). Building allied health workforce capacity: A strategic approach to workforce innovation. *Australian Health Review*, (39), 264-270. <https://doi.org/10.1071/AH14211>
- Sonderegger, S., Bennett, S., Sriram, V., Lalani, U., Hariyani, S. et Robertson, T. (2021). Visualizing the drivers of an effective health workforce: A detailed, interactive logic model. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00570-7>
- Sousa, M. J., Pesqueira, A. M., Lemos, C., Sousa, M. et Rocha, A. (2019). Decision-making based on big data analytics for people management in healthcare organizations. *Journal of Medical Systems*, 43(9), 290. <https://doi.org/10.1007/s10916-019-1419-x>
- Spinks, J., Jackson, J., Kirkpatrick, C. M. et Wheeler, A. J. (2017). Disruptive innovation in community pharmacy – Impact of automation on the pharmacist workforce. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(2), 394-397. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.04.009>
- Squires, A., Jylhä, V., Jun, J., Ensio, A. et Kinnunen, J. (2017). A scoping review of nursing workforce planning and forecasting research. *Journal of Nursing Management*, 25(8), 587-596. <https://doi.org/10.1111/jonm.12510>
- Squires, A., Miner, S., Liang, E., Lor, M., Ma, C. et Witkoski Stimpfel, A. (2019). How language barriers influence provider workload for home health care professionals: A secondary analysis of interview data. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 103394. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2019.103394>
- Stall, N. M., Jones, A., Brown, K. A., Rochon, P. A. et Costa, A. P. (2020). For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(33). <https://www.cmaj.ca/content/192/33/E946>
- Stanley-Clarke, N. (2019). The role of agricultural professionals in identifying, mitigating and supporting farming families during times of stress: Findings of a qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*, 27(3), 203-209. <https://doi.org/10.1111/ajr.12507>
- Statistique Canada. (2019). *Espérance de vie des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits à domicile au Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019012/article/00001-fra.htm>

- Statistique Canada. (2020). *Indice d'éloignement*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/17-26-0001/172600012020001-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022a). *Les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19, septembre à novembre 2021*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220603/dq220603a-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2022b). *La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.pdf?st=go3xrWhq>
- Statistique Canada. (2022c). *Croissance démographique dans les régions rurales du Canada, 2016 à 2021*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2022d). *Alors que le français et l'anglais demeurent les principales langues parlées au Canada, la diversité linguistique continue de s'accroître au pays*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220817/dq220817a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022e). *Postes vacants, troisième trimestre de 2022*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221219/dq221219a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022f). *Estimations de la population du Canada, troisième trimestre de 2022*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221221/dq221221f-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022g). *La croissance et l'étalement des grands centres urbains du Canada se poursuivent*. Le Quotidien. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220209/dq220209b-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022h). *Tableau de bord officiel des indicateurs de la pauvreté au Canada : tendances, mars 2022*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-627-m/11-627-m2022011-fra.pdf?st=mSEmo9iq>
- Stelnicki, A.M., Carleton, R.N. et Reichert, C. (2020). *Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2020/06/OSI-REPORT_final.pdf
- Stetina, B. U. et Krouzecky, C. (2022). Reviewing a decade of change for veterinarians: Past, present and gaps in researching stress, coping and mental health risks. *Animals*, 12(22). <https://doi.org/10.3390/ani12223199>
- Straus, S. E., Johnson, M. O. et Feldman, M. D. (2013). Characteristics of successful and failed mentoring relationships: A qualitative study across two academic health centers. *Academic Medicine*, 88(1), 82-89. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31827647a0>

- Straw, C. N. (2018). Engagement and retention in float pools: Keeping the team above water. *Nursing Management (Springhouse)*, 49(10), 30-36. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000546201.01962.0d>
- Stuber, F., Seifried-Dübon, T., Rieger, M. A., Gündel, H., Ruhle, S., Zipfel, S. et Junne, F. (2021). The effectiveness of health-oriented leadership interventions for the improvement of mental health of employees in the health care sector: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(2), 203-220. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01583-w>
- Subedi, R., Greenberg, T. L. et Roshanafshar, S. (15 mai 2019). *La géographie a-t-elle une incidence sur la mortalité? Analyse de la mortalité évitable selon l'indice d'éloignement au Canada*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019005/article/00001-fra.pdf>
- Sudol, N. T., Guaderrama, N. M., Honsberger, P., Weiss, J., Li, Q. et Whitcomb, E. L. (2021). Prevalence and nature of sexist and racial/ethnic microaggressions against surgeons and anesthesiologists. *JAMA Surgery*, 156(5), e210265. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0265>
- Sukhera, J., Kulkarni, C. et Taylor, T. (2021). Structural distress: Experiences of moral distress related to structural stigma during the COVID-19 pandemic. *Perspectives on Medical Education*, 10(4), 222-229. <https://doi.org/10.1007/s40037-021-00663-y>
- Suleiman-Martos, N., Albendin-Garcia, L., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Roman, K., Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E. et De la Fuente-Solana, E. I. (2020). Prevalence and predictors of burnout in midwives: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph17020641>
- Sunderji, N., Ion, A., Huynh, D., Benassi, P., Ghavam-Rassoul, A. et Carvalhal, A. (2018). Advancing integrated care through psychiatric workforce development: A systematic review of educational interventions to train psychiatrists in integrated care. *Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 63(8), 513-525. <https://doi.org/10.1177/0706743718772520>
- Sunnybrook Health Sciences Centre. (2023). *The RAAM model*. <https://sunnybrook.ca/content/?page=raam-clinic-model#:~:text=The%20RAAM%20Model%20A%20Rapid%20Access%20Addiction%20Medicine,pharmacotherapy%2C%20brief%20counselling%2C%20and%20referrals%20to%20community%20services>
- Tagalik, S. (2010). *Inuit Qaujimagatuqangit: The role of Indigenous knowledge in supporting wellness in Inuit communities in Nunavut*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://static1.squarespace.com/static/58829365c534a576e10e3a5c/t/6088773f962bcc046146d33b/1619556160200/RL-InuitQaujimagatuqangitWellnessNunavut-Tagalik-EN.pdf>

- Tajikeimik. (2023). *Tajikeimik: To be healthy*. <https://mhwns.ca/>
- Taylor, E. V., Lalovic, A. et Thompson, S. C. (2019). Beyond enrolments: A systematic review exploring the factors affecting the retention of Aboriginal and Torres Strait Islander health students in the tertiary education system. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1038-7>
- Teillet, J. (2022). *Indigenous identity fraud*. Université de la Saskatchewan. <https://www.documentcloud.org/documents/23262696-jean-teillet-report-on-indigenous-identity-fraud>
- Teper, M. H., Vedel, I., Yang, X. Q., Margo-Dermer, E. et Hudon, C. (2020). Understanding barriers to and facilitators of case management in primary care: A systematic review and thematic synthesis. *The Annals of Family Medicine*, 18(4), 355-363. <https://doi.org/10.1370/afm.2555>
- The Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA) (s. d.). *Regulating Australia's health practitioners in partnership with the National Boards*. <http://www.ahpra.gov.au/>
- The Economist Intelligence Unit Ltd. (Avril 2020). *Country forecast. Canada*. <https://www.proquest.com/docview/2392127593?accountid=6180&parentSessionId=8OWIUs%2FTEjoRHp0Eq3Z%2Fv%2FeT4M8wW95W51%2B8C2z1K8%3D&forcedol=true#>
- The Health Foundation. (2010). *Evidence scan: Complex adaptive systems*. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/ComplexAdaptiveSystems.pdf>
- The National Aboriginal Council of Midwives. (2020). *Mission and values*. <https://indigenoumidwifery.ca/mission-vision-values/>
- Thiessen, K., Haworth-Brockman, M., Nurmi, M. A., Demczuk, L. et Sibley, K. M. (2020). Delivering midwifery: A scoping review of employment models in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada/Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 42(1), 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.09.012>
- Thistlethwaite, J. E., Dunston, R. et Yassine, T. (2019). The times are changing: Workforce planning, new health-care models and the need for interprofessional education in Australia. *Journal of Interprofessional Care*, 33(4), 361-368. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1612333>
- Thomas Craig, K. J., Willis, V. C., Gruen, D., Rhee, K. et Jackson, G. P. (2021). The burden of the digital environment: A systematic review on organization-directed workplace interventions to mitigate physician burnout. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(5), 985-997. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa301>
- Thurman, W. A., Moczygemba, L. R., Tormey, K., Hudzik, A., Welton-Arndt, L. et Okoh, C. (2021). A scoping review of community paramedicine: Evidence and implications for interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 35(2), 229-239. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732312>

- Timony, P. E., Waite, N., Houle, S., Violette, R. et Gauthier, A. P. (2022). The pharmacist is in: The availability and distribution of French-speaking pharmacists in Ontario. *Minorités linguistiques et société/Linguistic Minorities and Society*, (18), 75-196. <https://doi.org/10.7202/1089184ar>
- Tomblin Murphy, G., Birch, S., MacKenzie, A., Alder, R., Lethbridge, L. et Little, L. (2012). Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: An exercise in applied needs-based planning. *Health Policy*, 105(2-3), 192-202. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2011.11.009>
- Tomblin Murphy, G., Gilbert, J. H. V. et Rigby, J. (2019). Integrating interprofessional education with needs-based health workforce planning to strengthen health systems. *Journal of Interprofessional Care*, 33(4), 343-346. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1638758>
- Tomblin Murphy, G., Sampalli, T., Bourque Bearskin, L., Cashen, N., Cummings, G., Rose, A. E., Etowa, J., Grinspun, D., Jones, E. W., Lavoie-Tremblay, M., MacMillan, K., MacQuarrie, C., Martin-Misener, R., Oulton, J., Ricciardelli, R., Silas, L., Thorne, S. et Villeneuve, M. (2022). Investir dans la main-d'œuvre en soins infirmiers au Canada après la pandémie : appel à l'action. *Facets*, 7(1), 1051-1120. https://rsc-src.ca/sites/default/files/Nursing%20PB_FR_1.pdf
- Topp, S. M., Edelman, A. et Taylor, S. (2018). "We are everything to everyone": A systematic review of factors influencing the accountability relationships of Aboriginal and Torres Strait Islander health workers (AHWs) in the Australian health system. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0779-z>
- Torkelson, E., Holm, K., Bäckström, M. et Schad, E. (2016). Factors contributing to the perpetration of workplace incivility: The importance of organizational aspects and experiencing incivility from others. *Work and Stress*, 30(2), 115-131. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1175524>
- Tranter, S., Gaul, C., Mckenzie, S. et Graham, K. (2018). Initiatives aimed at retaining ethnically diverse student nurses in undergraduate programmes: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 3846-3857. <https://doi.org/10.1111/jocn.14609>
- Tremblay, M.-C., Graham, J., Porgo, T. V., Dogba, M. J., Paquette, J.-S., Careau, E. et Witteman, H. O. (2020). Improving cultural safety of diabetes care in Indigenous populations of Canada, Australia, New Zealand and the United States: A systematic rapid review. *Canadian Journal of Diabetes*, 44(7), 670-678. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2019.11.006>
- Tricco, A.C., Bourgeault, I., Moore, A., Grunfeld, E., Peer, N. et Straus, S. E. (2021). Advancing gender equity in medicine. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 193(7), E244-E250. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200951>
- Trostrup, J., Juhl, C. B. et Mikkelsen, L. R. (2020). Effect of extended scope physiotherapists assessments in orthopaedic diagnostic setting: A systematic review. *Physiotherapy*, 108, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.08.004>

- Tudor Car, L., Kyaw, B. M. et Atun, R. (2018). The role of eLearning in health management and leadership capacity building in health system: A systematic review. *Human Resources for Health*, 16(44), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0305-9>
- Twigg, D. E., Whitehead, L., Doleman, G. et El-Zaemey, S. (2021). The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4599-4611. <https://doi.org/10.1111/jan.14909>
- Union européenne. (2019). *Framework for remote rural workforce stability*. Making it work. <https://rrmakingitwork.eu/wp-content/uploads/2019/03/Making-it-Work-Framework-for-Remote-Rural-Workforce-Stability.pdf#:~:text=The%20Making%20it%20Work%3A%20Framework%20for%20Remote%20Rural,and%20remote%20communities.%20Understanding%20Transience%20in%20the%20Workforce>
- United States Department of Health and Human Services. (2007). *Community health worker national workforce study*. <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/community-health-workforce.pdf>
- United States Department of Health and Human Services. (2021). *Health workforce strategic plan 2021*. <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/about-us/hhs-health-workforce-strategic-plan-2021.pdf>
- Université de Brandon. (2023). *Program for the education of Native teachers*. <https://www.brandonu.ca/pent/>
- Université de Guelph. (24 mars 2022). *OVC veterinarians and students help vaccinate Guelph community against COVID-19*. <https://ovc.uoguelph.ca/news/node/800>
- Université de la Saskatchewan. (2016). *Aboriginal nursing in Canada*. <https://nursing.usask.ca/documents/aboriginal/AboriginalRNWorkforceFactsheet.pdf>
- Université de Toronto, MD Program. (2023a). *Black student application program*. <https://applymd.utoronto.ca/black-student-application-program>
- Université de Toronto, MD Program. (2023b). *Community of support program*. <https://applymd.utoronto.ca/community-support>
- Université du Manitoba. (2014). *Framework for research engagement with First Nation, Metis, and Inuit Peoples*. https://peke.fnhssm.com/wp-content/uploads/2017/08/report_um_2014_framework_for_research_engagement_with_fnmi.pdf
- Vaismoradi, M., Moe, C., F., Ursin, G. et Ingstad, K. (2022). Looking through racism in the nurse-patient relationship from the lens of culturally congruent care: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2665-2677. <https://doi.org/10.1111/jan.15267>

- Van Camp, J. et Chappy, S. (2017). The effectiveness of nurse residency programs on retention: A systematic review. *AORN Journal*, 106(2), 128-144. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.003>
- van Vuuren, J., Thomas, B., Agarwal, G., MacDermott, S., Kinsman, L., O'Meara, P. et Spelten, E. (2021). Reshaping healthcare delivery for elderly patients: The role of community paramedicine; a systematic review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06037-0>
- Varela, S. M., Hays, C., Knight, S. et Hays, R. (2021). Models of remote professional supervision for psychologists in rural and remote locations: A systematic review. *The Australian Journal of Rural Health*, 29(2), 211-225. <https://doi.org/10.1111/ajr.12740>
- Varghese, A., Joseph, J., Vijay, V. R., Khakha, D. C., Dhandapani, M., Gigini, G. et Kaimal, R. (2021). Prevalence and determinants of workplace violence among nurses in the South-East Asian and Western Pacific Regions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(7-8), 798-819. <https://doi.org/10.1111/jocn.15987>
- Vasquez, T. S., Close, J. et Bylund, C. L. (2021). Skills-based programs used to reduce physician burnout in graduate medical education: A systematic review. *Journal of Graduate Medical Education*, 13(4), 471-489. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-20-01433.1>
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I. et Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), e12269. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>
- Vogel, L. (2020). Canada has long way to go on virtual care. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(9), E227-E228. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1095851>
- Walsh, A. L., Lehmann, S., Zabinski, J., Truskey, M., Purvis, T., Gould, N. F., Stagno, S. et Chisolm, M. S. (2019). Interventions to prevent and reduce burnout among undergraduate and graduate medical education trainees: A systematic review. *Academic Psychiatry*, 43(4), 386-395. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01023-z>
- Ward, M. (11 décembre 2022). Indigenous staff overwhelmed by unpaid Welcome to Country and committee work. *The Sydney Morning Herald*. <https://www.smh.com.au/national/indigenous-staff-overwhelmed-by-unpaid-welcome-to-country-and-committee-work-20221208-p5c4nt.html?fbclid=IwAR2Pi9COzWvn5hnrNMMY85mJiaZxkq2LWebAYvrudy8GO-jtTz4SeiFJDa8>

- Ware, A. D., Flax, L. W. et White, M. J. (2021). Strategies to enhance diversity, equity, and inclusion in pathology training programs a comprehensive review of the literature. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 145(9), 1071-1080. <https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0595-RA>
- Webster, P. (2018). Language barriers restricting access to health care for Indigenous populations. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, juin 18 (190), e754-755. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5613>
- Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M. et Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: Facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 735-749. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>
- Welch, S. (2020). Hospital pharmacy services supporting Aboriginal or Torres Strait Islander peoples in Australia: A systematic review. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 50(3), 191-204. <https://doi.org/10.1002/jppr.1666>
- Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T. et Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS ONE*, 16(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>
- Whitehead, L., Twigg, D. E., Carman, R., Glass, C., Halton, H. et Duffield, C. (2022). Factors influencing the development and implementation of nurse practitioner candidacy programs: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 125, e104133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104133>
- Williams, A. H., Stotter, G., Hefford, C., Warren, J. et Darlow, B. (2019). Impacts of advanced physiotherapy: A narrative literature review. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 47(3), 150-159. <https://doi.org/10.15619/NZJP/47.3.03>
- Wilson, A., Hoang, H. et Barnett, T. (2021). Barriers and enablers to skill-mix in the oral health workforce: A systematic review. *Community Dental Health*, 38(2), 89-99. https://doi.org/10.1922/CDH_00028-2019Wilson11
- Wilson, C., Crawford, K. et Adams, K. (2022). Translation to practice of cultural safety education in nursing and midwifery: A realist review. *Nurse Education Today*, 110, e105265. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105265>
- Wilson, M., Mazowita, G., Ignaszewski, A., Levin, A., Barber, C., Thompson, D., Barr, S., Lear, S. et Levy, R. D. (2016). Family physician access to specialist advice by telephone: Reduction in unnecessary specialist consultations and emergency department visits. *Can Fam Physician*, 62(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28661886/>

- Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A. et Schablon, A. (2021). Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph18168459>
- Witter, S., Hamza, M. M., Alazemi, N., Alluhidan, M., Alghaith, T. et Herbst, C. H. (2020). Human resources for health interventions in high- and middle-income countries: Findings of an evidence review. *Human Resources for Health*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00484-w>
- Wong, B. L. H., Khurana, M. P., Smith, R. D., El-Omrani, O., Pold, A., Lotfi, A., O'Leary, C. A. et Saminarsih, D. S. (2021). Harnessing the digital potential of the next generation of health professionals. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00591-2>
- World Day of Social Justice. (2022). *World day of social justice principles*. <https://worlddayofsocialjustice.com/principles/>
- Wynendaele, H., Willems, R. et Trybou, J. (2019). Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 896-917. <https://doi.org/10.1111/jonm.12764>
- Xierali, I. M., Nivet, M. A. (2018). The racial and ethnic composition and distribution of primary care physicians. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(1), 556-570. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0036>
- Yan, Q., Jiang, Z., Harbin, Z., Tolbert, P. H. et Davies, M. G. (2021). Exploring the relationship between electronic health records and provider burnout: A systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(5), 1009-1021. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab009>
- Yang, B. K., Johantgen, M. E., Trinkoff, A. M., Idzik, S. R., Wince, J. et Tomlinson, C. (2021). State nurse practitioner practice regulations and U.S. health care delivery outcomes: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 78(3), 183-196. <https://doi.org/10.1177/1077558719901216>
- Yang, H. Y., Rhee, G., Xuan, L., Silver, J. K., Jalal, S. et Khosa, F. (2019). Analysis of H-index in assessing gender differences in academic rank and leadership in physical medicine and rehabilitation in the United States and Canada. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 98(6), 479-483. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001129>
- Yang, J. et Mojtehdzadeh, S. (16 août 2022). 'It's going to bankrupt health care': Spending on temp agency nurses up more than 550% since pre-pandemic at one Toronto hospital network. *Toronto Star*. <https://www.thestar.com/news/investigations/2022/08/16/its-going-to-bankrupt-healthcare-spending-on-temp-agency-nurses-up-more-than-550-per-cent-since-pre-pandemic-at-one-toronto-hospital-network.html>

- Yang, Y., Li, J., Wu, X., Wang, J., Li, W., Zhu, Y., Chen, C. et Lin, H. (2019). Factors influencing subspecialty choice among medical students: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(3), e22097. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022097>
- Yong, F. R., Garcia-Cardenas, V., Williams, K. A. et Benrimoj, S. I. (2020). Factors affecting community pharmacist work: A scoping review and thematic synthesis using role theory. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(2), 123-141. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.05.001>
- Zace, D., Hoxhaj, I., Orfino, A., Viteritti, A. M., Janiri, L. et Di Pietro, M. L. (2021). Interventions to address mental health issues in healthcare workers during infectious disease outbreaks: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 319-333. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.019>
- Zeytinoglu, I. U., Denton, M., Davies, S. et Plenderleith, J. M. (2009). Casualized employment and turnover intention: Home care workers in Ontario, Canada. *Health Policy/Politiques de santé*, 91(3), 258-268. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.12.004>
- Zhang, J., Zheng, J., Cai, Y., Zheng, K. et Liu, X. (2020). Nurses' experiences and support needs following workplace violence: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 28-43. <https://doi.org/10.1111/jocn.15492>
- Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D. et Tanner, M. (2011). From "one medicine" to "one health" and systemic approaches to health and well-being. *Preventive Veterinary Medicine*, 101(3-4), 148-156. <https://doi.org/10.1016/j.prevetmed.2010.07.003>