

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| Introduction | 3 |
| Processus de consultation | 3 |
| Mécanismes de consultation | 4 |
| Consultations virtuelles | 7 |
| Sondage auprès des dirigeants de la santé et des professionnels de la santé | 10 |
| Consultation dirigée par des Autochtones | 10 |
| Contributions des membres de l'Académie canadienne des sciences de la santé | 11 |
| Entrevues avec des représentants gouvernementaux | 11 |
| Constatations : Résumé des contributions thématiques | 12 |
| Peuples autochtones au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé | 12 |
| Collectivités rurales et éloignées | 13 |
| Populations systématiquement défavorisées | 14 |
| Soutien et maintien des effectifs | 16 |
| Déploiement et prestation des services | 17 |
| Planification et développement | 17 |
| Consultation dirigée par des Autochtones | 18 |
| Conclusion | 21 |
| Annexe | 22 |
| Documents de politique soumis par les organisations | 22 |

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.



INTRODUCTION

Le présent rapport fournit un résumé du processus de consultation entrepris dans le cadre de l'évaluation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada menée par l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS). Ce processus a été encadré par les trois groupes de travail et le comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui ont joué un rôle moteur dans sa conception et sa mise en œuvre. Nous remercions vivement tous les participants au processus de consultation de leur rétroaction. Les renseignements recueillis dans le cadre de ce processus de consultation ont permis de délimiter et de compléter l'analyse des données scientifiques¹ et sont intégrés dans le rapport d'évaluation final intitulé *Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada : Pistes d'action futures*.

Le présent rapport décrit :

- les raisons et les modalités du processus de consultation
- les principaux acteurs et organisations qui y ont participé
- les contributions thématiques formulées par les participants au processus de consultation

PROCESSUS DE CONSULTATION

L'un des principaux aspects de l'évaluation consistait à consulter diverses organisations appartenant à un large éventail de groupes d'acteurs clés des métiers de la santé, aux fins suivantes :

- connaître les défis, les adaptations locales et les approches possibles pour résoudre les problématiques liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé
- examiner la manière dont les politiques et pratiques principales proposées dans le cadre du processus d'examen de la littérature scientifique se faisaient l'écho de leurs besoins actuels
- recueillir des points de vue sur les priorités d'action les plus urgentes

La collecte de renseignements par le biais de divers mécanismes de consultation est un moyen de repérer les lacunes dans les connaissances et les enjeux pratiques susceptibles de ne pas être pris en compte par les données scientifiques ou stratégiques. De fait, ce processus de consultation a donné l'occasion aux membres du personnel de la santé et à d'autres acteurs clés de tous niveaux de faire part de leurs observations. Les professionnels de la santé de première ligne et les organisations qui les représentent, ainsi que les dirigeants de la santé et les représentants gouvernementaux des provinces et territoires, y ont participé. Ils ont tous été invités à partager leurs points de vue sur les besoins actuels ainsi que sur les stratégies

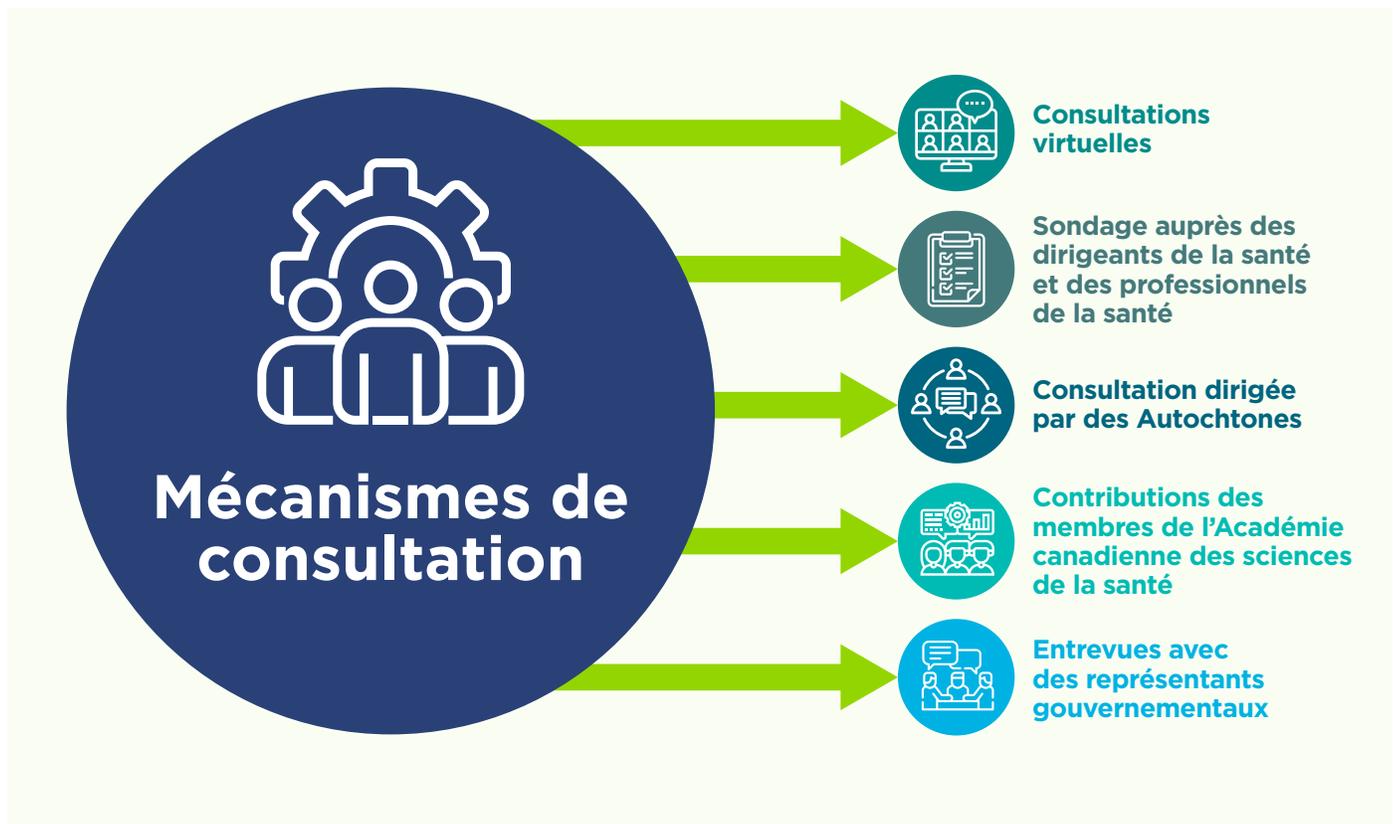
¹ L'analyse des données probantes a consisté en un examen général rapide suivant un processus structuré qui a abouti à la consultation de plus de 5 000 articles revus par des pairs et à l'étude distincte de plus de 250 documents de politique. Un examen a été mené pour chacun des trois groupes de travail et pour le comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

possibles permettant de soutenir la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et d'améliorer leur capacité à prodiguer des soins aux Canadiennes et aux Canadiens. Conformément à la portée et aux objectifs pancanadiens de l'évaluation, l'approche adoptée pour cette consultation était régionale et thématique plutôt qu'organisée par profession ou groupe de professionnels de la santé. De plus amples renseignements sur les participants figurent ci-après.

MÉCANISMES DE CONSULTATION

Nous avons invité les principaux acteurs et organisations à participer par le biais de cinq mécanismes de consultation, entre juillet et novembre 2022 (figure 1). La diffusion des renseignements sur les modes de participation au processus de consultation s'est effectuée par de multiples canaux de communication, notamment l'envoi de courriels à plus de 1 000 organisations, le site Web de l'Académie canadienne des sciences de la santé, les médias sociaux, le bouche-à-oreille et les communiqués de presse.

Figure 1 : Les cinq mécanismes de consultation.



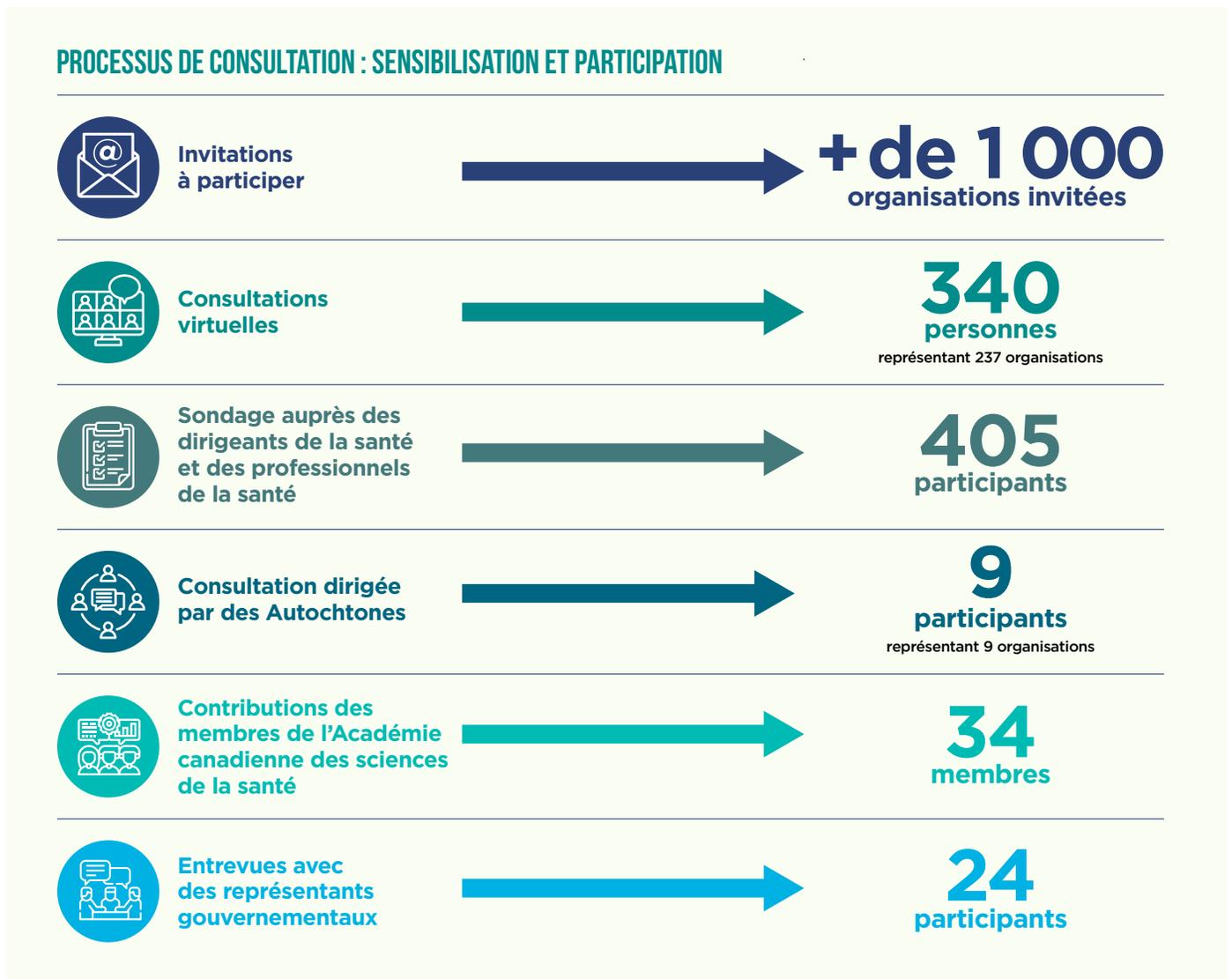
Les différents mécanismes ont été mis à disposition afin de promouvoir une participation équitable et accessible – ce qui a permis d’atteindre un panel diversifié d’acteurs clés au Canada. Chaque mécanisme a été offert en français et en anglais. De plus amples renseignements sur la diffusion et le recrutement sont fournis ci-dessous pour chaque mécanisme.

L’approche cumulative et itérative adoptée dans le cadre du processus nous a permis d’appliquer les enseignements tirés précédemment lors des séries de consultations suivantes. Cette approche nous a donné la souplesse nécessaire pour intégrer les nouveaux renseignements sur les politiques et pratiques principales envisagées. Nous l’avons adoptée compte tenu de l’évolution rapide et de la vaste portée de la crise actuelle de la main-d’œuvre dans le secteur de la santé.

Les résultats du processus de consultation ont servi à appuyer les constatations de l’analyse des données scientifiques, à saisir les nuances propres au Canada, à recenser des initiatives ou des programmes prometteurs, ainsi qu’à mettre en évidence ou à combler les lacunes des données probantes. Les constatations de l’analyse des données scientifiques et les contributions recueillies lors des séances de consultation ont permis d’établir 26 politiques et pratiques principales qui sont répertoriées dans le rapport d’évaluation.

Au total, 812 personnes représentant 245 organisations à travers le Canada ont participé (figure 2).

Figure 2 : Sensibilisation et participation aux différents mécanismes de consultation.



Consultations virtuelles

L'Académie a invité plus de 1 000 organisations faisant partie des groupes suivants à participer à deux séries de consultations virtuelles de 90 minutes qui ont été organisées en juillet et en octobre 2022 :

- organisations qui travaillent avec les peuples autochtones et qui les représentent
- groupes de professionnels de la santé systématiquement défavorisés (personnes noires, de couleur et LGBTQIA2S+, nouveaux arrivants, etc.)
- organisations qui œuvrent dans les collectivités rurales et éloignées
- groupes provinciaux et territoriaux
- organisations fédérales et pancanadiennes

La première série de 11 réunions avait pour but d'informer les participants au sujet de notre processus de consultation, de communiquer les données scientifiques et les lacunes, ainsi que d'évaluer la convergence entre le point de vue des participants et les politiques et pratiques principales envisagées. Au total, 227 personnes issues de 158 organisations ont participé à ces séances.

Les organisations ont également été invitées à répondre à un sondage en ligne et à soumettre tout document de politique existant. Au total, 43 organisations ont soumis 102 documents. Une liste des organisations qui ont soumis des documents de politique figure à l'annexe.

La seconde série de six réunions a permis de valider toutes les révisions apportées aux politiques et pratiques principales envisagées et de recenser des stratégies de mise en œuvre. Après avoir été répartis en petits groupes, les participants se sont livrés à une séance de remue-méninges sur la mise en œuvre animée par un tiers. Après cet exercice, une discussion plus large s'est tenue et les participants ont voté pour désigner les idées prioritaires en fonction de leurs effets et de leur facilité de mise en œuvre. Au total, 113 personnes issues de 79 organisations ont participé à ces séances.

Lors des séances virtuelles, nous avons demandé aux participants de s'identifier à un groupe d'acteurs clés ou une organisation spécifique (figure 3) ainsi que d'en préciser la portée (provinciale/territoriale ou pancanadienne; figure 4). En termes d'acteurs clés, les associations professionnelles étaient les plus représentées. En termes de portée, les organisations pancanadiennes étaient les plus représentées.

Figure 3 : Groupes d'acteurs clés représentés par les participants au processus de consultation lors des deux séries de réunions virtuelles.

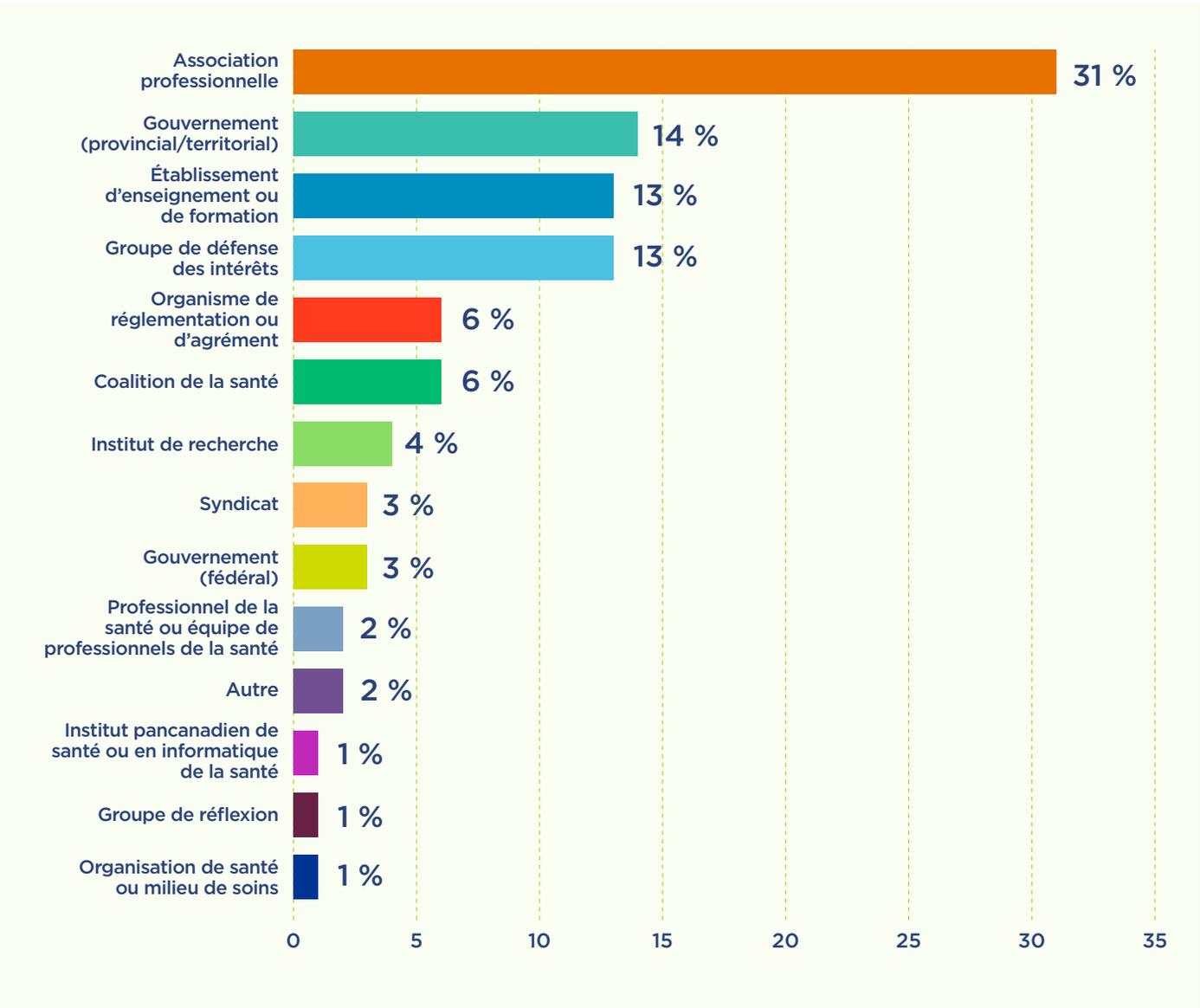
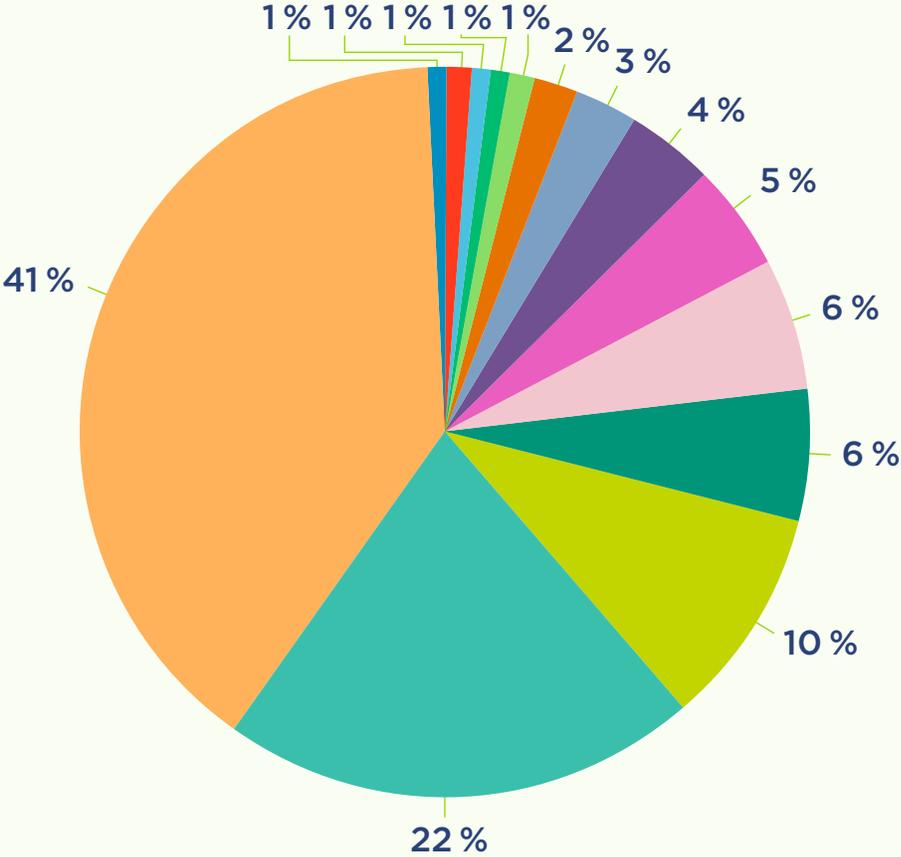


Figure 4 : Représentation régionale lors des deux séries de réunions virtuelles.



- Alberta 6 %
- Colombie-Britannique 10 %
- Manitoba 6 %
- Nouveau-Brunswick 2 %
- Terre-Neuve-et-Labrador 1 %
- Territoires du Nord-Ouest 1 %
- Nouvelle-Écosse 3 %
- Nunavut 1 %
- Ontario 22 %
- Organisation pancanadienne 41 %
- Île-du-Prince-Édouard 1 %
- Québec 5 %
- Saskatchewan 4 %
- Yukon 1 %

Sondage auprès des dirigeants de la santé et des professionnels de la santé

Un sondage pancanadien a été réalisé par un cabinet de recherche indépendant, [Environics Analytics](#), entre septembre et novembre 2022. Les publics cibles étaient les suivants :

- dirigeants de la santé, administrateurs des soins de santé et décideurs participant à la planification de la main-d'œuvre, aux politiques, à la gestion des effectifs, à l'éducation ou à la formation
- professionnels de la santé occupant différents rôles (p. ex., médecins, infirmiers, pharmaciens) dans divers secteurs (p. ex., soins actifs, soins de longue durée, santé mentale)

Les participants devaient indiquer eux-mêmes s'ils se considéraient comme des dirigeants de la santé ou des professionnels de la santé selon les définitions fournies. Afin de garantir la diversité des points de vue, en collaboration avec Environics, nous avons contribué à la diffusion du sondage particulièrement auprès des dirigeants de la santé et des groupes de professionnels de la santé représentant des populations systématiquement défavorisées. Au total, 116 dirigeants de la santé et 289 professionnels de la santé en exercice ont répondu au sondage, dont 111 se sont auto-identifiés comme appartenant à un groupe systématiquement défavorisé.

Les participants au sondage ont été chargés de classer par ordre de priorité les politiques et pratiques principales envisagées et de déterminer quels groupes d'acteurs clés (dirigeants de la santé, gouvernements provinciaux et territoriaux ou gouvernement fédéral) seraient les plus aptes à les mettre en œuvre. Il leur a également été demandé de définir quels seraient les facteurs propices à leur mise en œuvre par chacun de ces groupes. Environics a anonymisé les réponses, qui ont été présentées sous forme agrégée pour une analyse plus approfondie.

Consultation dirigée par des Autochtones

Sous la direction et le leadership du comité autochtone de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé formé aux fins de l'évaluation, nous avons adopté une approche ciblée pour consulter des organisations et des groupes autochtones de tout le Canada. Ces organisations ont été invitées à participer à une réunion virtuelle de deux heures qui s'est tenue en octobre 2022. [The Firelight Group](#), un cabinet de conseil indépendant détenu par des Autochtones, a été sollicité pour contribuer à l'organisation et à la présentation de cette séance.

Les participants ont été invités à commenter et à discuter des questions clés dans le but d'échanger des idées sur la mise en œuvre des politiques et pratiques principales qui sont ressorties de notre analyse des données scientifiques et des précédentes séances de consultation. Ils ont également recensé les politiques et pratiques principales envisagées qui trouvaient écho chez eux.

Neuf personnes représentant chacune une organisation des Premières Nations ou inuite ont assisté à la réunion. Les organisations métisses ont également été invitées, mais aucune n'a pu y participer. Il a été demandé aux participants d'autodéclarer le type d'organisation qu'ils représentaient et la région où ils exerçaient leurs activités. Toutes les organisations participantes, à une exception près, étaient pancanadiennes et représentaient un éventail diversifié de groupes de défense des Autochtones, d'associations professionnelles, d'établissements d'enseignement et de fournisseurs de services. Les groupes de professionnels de la santé représentés comprenaient les gestionnaires de santé, les sages-femmes, les infirmiers et les médecins.

Contributions des membres de l'Académie canadienne des sciences de la santé

Pour compléter notre processus rigoureux d'examen par les pairs interne et externe, nous avons invité les membres de l'Académie canadienne des sciences de la santé² à examiner les politiques et pratiques principales envisagées et à déterminer les possibilités et les grandes priorités d'action pancanadienne ou fédérale, entre octobre et décembre 2022. Au total, 34 membres de huit provinces ayant une expertise dans 18 groupes de professionnels de la santé ont fourni une rétroaction.

Entrevues avec des représentants gouvernementaux

Afin de comprendre si les politiques et pratiques principales envisagées trouvaient écho dans les provinces et territoires, nous avons invité les représentants de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux à participer à des entrevues semi-structurées de 30 à 60 minutes avec un ou plusieurs des coprésidents du comité d'évaluation. Deux séries itératives de consultations se sont tenues et les constatations de la première série ont été appliquées lors de la seconde série. Toutes les entrevues se sont déroulées en ligne (sur Zoom) ou par téléphone. La première série a eu lieu en juin et juillet 2022 et la seconde en septembre et octobre 2022. Au total, 24 représentants gouvernementaux de 12 provinces et territoires ont participé aux deux séries de consultations.

La première série de consultations visait les objectifs suivants :

- fournir des renseignements sur notre processus d'évaluation
- donner la possibilité de transmettre les documents de politique les plus pertinents
- comprendre les initiatives actuelles en matière de main-d'œuvre dans le secteur de la santé
- recenser les sources de tension les plus importantes dans les métiers de la santé

² Les membres de l'Académie canadienne des sciences de la santé travaillent de façon bénévole et sont mis en candidature par leurs institutions et leurs pairs, puis sélectionnés au terme d'un processus compétitif en fonction de leur leadership, de leurs réalisations universitaires, de leur créativité scientifique et de leur volonté de servir la population.

La seconde série de consultations visait les objectifs suivants :

- donner la possibilité d'examiner et de commenter les politiques et pratiques principales envisagées à partir des données scientifiques
- discuter des éventuels problèmes de mise en œuvre à l'échelle systémique
- fournir des exemples régionaux d'initiatives liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (p. ex., programmes, politiques) et de problèmes spécifiques au contexte

CONSTATATIONS : RÉSUMÉ DES CONTRIBUTIONS THÉMATIQUES

Les divers groupes d'acteurs clés représentés par les participants au processus de consultation (p. ex., associations professionnelles, représentants gouvernementaux, dirigeants de la santé) se sont largement accordés sur la nécessité de classer par ordre de priorité les politiques et pratiques principales envisagées qui sont requises pour répondre aux principales problématiques liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Tous les principaux acteurs et organisations des métiers de la santé ont été considérés comme ayant un rôle important à jouer dans la mise en œuvre des domaines d'action prioritaires. Nous avons résumé les contributions des participants au processus de consultation pour les thèmes suivants :

- Peuples autochtones au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé
- Collectivités rurales et éloignées
- Populations systématiquement défavorisées
- Soutien et maintien des effectifs
- Déploiement et prestation des services
- Planification et développement

En cas de divergence d'opinion ou de point de vue sur un thème particulier, nous avons fait la distinction entre les participants selon le mécanisme de consultation (p. ex., participants aux consultations virtuelles, participants au sondage, membres, représentants gouvernementaux, participants à la consultation des Autochtones).

Peuples autochtones au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

Les participants aux consultations, qu'elles soient dirigées ou non par des Autochtones, ont largement reconnu qu'il fallait donner la priorité aux besoins liés à la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé et chercher à mieux comprendre les inégalités dont sont victimes les peuples autochtones. Les participants ont souligné que les Autochtones devraient jouer un rôle de fer-de-lance dans la mise en œuvre. Un résumé des besoins propres à la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé est présenté dans la partie « Consultation dirigée par des Autochtones ».

Les participants ont décrit des initiatives de développement permettant aux professionnels de la santé d'offrir aux peuples autochtones des soins plus adaptés aux spécificités culturelles. D'autres initiatives en cours consistent notamment à recruter des étudiants autochtones et à maintenir leurs effectifs dans les programmes d'éducation et de formation dans le but ultime de renforcer la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé. Les participants se sont accordés à dire que des efforts sont nécessaires pour réduire les inégalités au sein de la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé par le biais de stratégies ciblées au profit des peuples autochtones.

Les participants au processus de consultation ont également fait remarquer que les politiques et pratiques principales envisagées pour les Autochtones ont de nombreuses applications qui pourraient s'étendre aux besoins en personnel de la santé des populations non autochtones.

Collectivités rurales et éloignées

L'amélioration du recrutement et du maintien en poste des professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées a été considérée comme une priorité absolue et comme la clé d'un meilleur accès aux soins et d'une meilleure qualité de prise en charge dans les régions insuffisamment desservies.

Les participants au processus de consultation ont reconnu que le renforcement des capacités commence par le recrutement d'étudiants issus des collectivités rurales et éloignées et des communautés autochtones, et que cela pourrait être facilité par un système de places réservées aux étudiants en santé ayant un intérêt manifeste ou particulier pour les collectivités rurales et éloignées. Les participants ont également souligné que les étudiants en milieu urbain rencontrent des obstacles pour réaliser des stages en milieu rural malgré leur volonté de s'installer dans ces collectivités.

La plupart des représentants gouvernementaux des provinces et territoires ont décrit en détail les difficultés qu'ils éprouvent pour maintenir une offre suffisante de professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées. Face aux pénuries, les modèles de prestation des services sont en cours de réexamen et de nouveaux praticiens sont actuellement recrutés par le biais de parcours d'éducation et de formation à l'échelle locale. Certains représentants gouvernementaux des provinces et territoires se sont également focalisés sur le développement d'une main-d'œuvre durable et mobile (p. ex., praticien fournissant des soins directs ou virtuels réguliers, mais intermittents, à l'échelle d'une collectivité), ce qui peut constituer une solution temporaire lorsqu'il n'est pas possible de trouver un employé permanent.

L'accent a été mis sur la formation en matière de compétences culturelles et sur la manière dont les membres de la collectivité pourraient la soutenir pour contribuer à établir et à maintenir des relations à long terme au sein des populations concernées.

Les participants au processus de consultation ont estimé que les dirigeants de la santé à l'échelle systémique avaient le rôle le plus important à jouer dans la mise en œuvre des pratiques favorisant le maintien en poste des professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées grâce aux stratégies suivantes :

- financement ciblé du gouvernement fédéral
- consultation entre les gouvernements provinciaux et territoriaux et les professionnels, les associations et les syndicats de la santé
- renforcement des capacités et de l'accompagnement des dirigeants de la santé

Les participants au processus de consultation ont proposé de renforcer les possibilités de logement, les solutions de transport et l'infrastructure technologique afin d'améliorer les conditions de vie et de travail des professionnels de la santé et de leur famille dans les collectivités rurales et éloignées.

Les participants au processus de consultation ont largement soutenu le rôle joué par les technologies virtuelles pour surmonter les obstacles dans les collectivités rurales et éloignées. Ils ont proposé d'utiliser ces technologies pour faciliter l'accès aux mentors, aux confrères spécialistes dans le cadre des consultations, ainsi qu'aux programmes de formation ou d'éducation. Cependant, tous les participants ont formulé des réserves majeures concernant la disponibilité limitée de l'accès à Internet haute vitesse, en particulier dans les collectivités éloignées.

L'instauration d'un permis d'exercice pancanadien pour les professionnels de la santé permettant de faciliter la mobilité des praticiens n'a pas fait consensus chez les participants au processus de consultation. De nombreux participants aux réunions virtuelles et certains membres ont suggéré d'accorder la priorité à la mobilité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé en instaurant un permis d'exercice pancanadien pour les professionnels de la santé. Toutefois, les représentants gouvernementaux et d'autres membres ont proposé de retenir une telle stratégie pour contribuer à accroître le recrutement dans les collectivités rurales et éloignées en cas d'urgence, afin de ne pas exacerber les pénuries de personnel et de ne pas diminuer la continuité des soins (ce qui peut arriver quand ils sont dispensés par des praticiens temporaires).

Populations systématiquement défavorisées

Les participants ont accordé la priorité à l'équité, la diversité, l'inclusion et l'accessibilité, ainsi qu'à la formation en matière de compétences culturelles et à la représentation de la diversité des populations systématiquement défavorisées au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. L'accent a également été mis sur la formation en matière de compétences culturelles et sur l'apprentissage réflexif dans l'éducation en santé, afin d'accroître la sensibilisation à ces questions et de renforcer le soutien fourni aux praticiens en situation de handicap.

Les participants au processus de consultation ont estimé que la diversification des personnes occupant des postes de formation et de direction constituait une priorité absolue. Ils ont indiqué que les dirigeants de la santé avaient le rôle le plus important à jouer dans la reconnaissance et la mise en œuvre des initiatives en faveur de la diversité et dans le renforcement des capacités et de l'accompagnement, tout en proposant que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux jouent un rôle similaire. À titre d'exemple, le gouvernement fédéral pourrait assurer une capacité de leadership et un accompagnement, tandis que les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient fournir un financement ciblé et consulter les professionnels, les associations et les syndicats de la santé.

Les participants au processus de consultation ont précisé que le niveau de maîtrise linguistique (p. ex., pour fournir des soins aux patients francophones résidant hors du Québec) et le bilinguisme devraient être rehaussés car cela a des répercussions sur la sécurité et la qualité des soins prodigués.

Un vaste consensus s'est dégagé sur le fait que les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) constituent un groupe sous-utilisé de praticiens hautement qualifiés qui pourrait pallier le manque de services. L'amélioration de l'accompagnement et de l'insertion des PSFE a été largement préconisée. Les représentants gouvernementaux ont indiqué chercher activement des stratégies permettant de mobiliser les PSFE à court et à long terme dans les établissements de soins de santé de tout le pays. Les participants ont recommandé les processus suivants pour contribuer à l'insertion efficace des PSFE et de leur famille :

- formation et ressources (p. ex., formation accélérée, soutien en langues française et anglaise, programmes de transition)
- soutien financier (p. ex., remplacement du revenu pendant le processus de délivrance de permis d'exercice) et programmes (p. ex., programmes de parrainage par les employeurs³)
- simplification du processus d'inscription et de délivrance de permis d'exercice en mettant l'accent sur l'évaluation des compétences

Les participants aux consultations virtuelles ont décrit les obstacles à l'emploi et les difficultés personnelles qu'ils ont rencontrées à plusieurs étapes du processus de délivrance de permis d'exercice. Ils ont recommandé une meilleure coordination des politiques entre les autorités de l'immigration et celles chargées de la délivrance des permis d'exercice pour une évaluation appropriée des compétences professionnelles de chaque candidat. Une proposition a été formulée pour que tous les ordres de gouvernement prennent l'initiative d'améliorer la transparence, l'équité, la rapidité et les coûts associés à la formation relais et à la délivrance des permis d'exercice pour les PSFE.

³ Les programmes de parrainage par les employeurs facilitent le recrutement, l'accompagnement et l'insertion des professionnels de la santé formés à l'étranger.

Soutien et maintien des effectifs

Les participants au processus de consultation ont reconnu l'importance du rôle de soutien des équipes de direction (superviseurs, gestionnaires, cadres supérieurs des organisations de santé, gouvernement) pour créer des milieux de travail sains et sûrs afin d'améliorer le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé d'aujourd'hui et de demain. Ils ont convenu qu'il était nécessaire de réserver du temps pour la formation de dirigeants agiles, autonomes et bienveillants.

Les participants au processus de consultation se sont accordés à dire que l'établissement de politiques à plusieurs niveaux visant le recrutement et le maintien des effectifs constituait une priorité absolue. Les représentants gouvernementaux ont décrit plusieurs initiatives de recrutement en cours pour répondre aux problèmes de pénurie de personnel. Les participants au processus de consultation ont précisé que des stratégies de maintien des effectifs complètes et à long terme devraient accompagner les efforts de recrutement. Les participants ont indiqué que les dirigeants de la santé et tous les ordres de gouvernement ont un rôle important à jouer dans la création de milieux de travail sûrs, sains, justes et équitables, par le biais d'un financement ciblé et de discussions avec les professionnels, les associations et les syndicats de la santé, afin de renforcer les capacités de prise en charge.

Selon certains représentants gouvernementaux des provinces et territoires, l'assouplissement des volumes de travail et la réduction des inégalités entre divers professionnels de la santé permettent d'améliorer le maintien des effectifs. Les membres ont souligné l'importance de considérer le lieu de travail comme un système global et holistique qui intègre des stratégies visant à lutter contre le racisme et la violence, à favoriser une juste rémunération et un assouplissement des emplois du temps, ainsi qu'à offrir des possibilités de formation adéquates, afin d'améliorer les taux de maintien des effectifs.

Un large consensus s'est dégagé sur le fait que la réattribution des tâches non cliniques au personnel administratif pour écourter le temps consacré à la documentation constituait une priorité. La plupart des participants au processus de consultation ont estimé que les gouvernements provinciaux et territoriaux, suivis par le gouvernement fédéral et les dirigeants de la santé, ont le rôle le plus important à jouer dans la mise en œuvre des stratégies de réduction de la durée des tâches documentaires. Reconnaisant qu'il s'agit d'une priorité, les représentants gouvernementaux ont exprimé leur engagement à écourter le temps consacré à la documentation. Les membres ont proposé un passage aux dossiers électroniques, tandis que les participants au sondage ont suggéré que les gouvernements fournissent l'infrastructure et le soutien technique, et que les dirigeants de la santé assurent le renforcement des capacités et de l'accompagnement.

Déploiement et prestation des services

Un fort consensus s'est dégagé sur le fait que la cohérence et la concordance en matière d'exercice sur champ complet et élargi constituaient une priorité absolue, de sorte que les modèles de soins en équipe puissent accroître l'efficacité, réduire les coûts de prise en charge et améliorer la santé de la population. Les participants ont considéré qu'un meilleur échange de renseignements entre les provinces et territoires permettrait de commencer à résoudre les problèmes d'incohérence des champs d'exercice, de pénurie de personnel et de discordance entre les modèles de frais et les structures salariales. Cet échange de renseignements pourrait servir à cerner les possibilités d'harmonisation des champs d'exercice et à appuyer la mobilité des professionnels de la santé en fonction des besoins de la population.

Les participants au processus de consultation ont également proposé les autres solutions suivantes :

- promouvoir la collaboration et la communication entre les praticiens
- inciter la prochaine génération de praticiens à adopter les modèles de soins en équipe et l'exercice sur champ élargi pour certains groupes de professionnels de la santé
- obtenir un financement supplémentaire pour soutenir l'insertion des groupes de professionnels de la santé
- accorder la priorité aux soins primaires complets

Le recours accru aux soins virtuels pour combler les pénuries de main-d'œuvre, en particulier dans les régions rurales et éloignées, a été fortement encouragé. Toutefois, les participants ont également convenu de la nécessité de trouver un équilibre entre les soins en personne et virtuels, notamment en raison du manque d'infrastructures Internet fiables dans les zones insuffisamment desservies. Les stratégies habilitantes étaient les suivantes :

- soutien technique et formation continue, tant pour les praticiens que pour les usagers
- accès équitable et communication
- normes pancanadiennes pour les soins virtuels
- mise à niveau des technologies actuellement utilisées (p. ex., dossiers de santé électroniques)

En revanche, une incertitude est apparue quant aux modèles de financement et de rémunération les plus avantageux pour ces services. Les participants ont recommandé de poursuivre les recherches dans d'autres administrations afin de mieux comprendre ce domaine complexe.

Planification et développement

Les participants ont souligné que la planification de la main-d'œuvre fondée sur les besoins constitue une priorité absolue qui nécessite une base de données pancanadienne intégrée et normalisée sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Il a été globalement admis

que l'établissement de données et de politiques complètes et exhaustives incombe aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Par ailleurs, les participants ont considéré que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans la normalisation des définitions pour la collecte minimale de données et dans la supervision de l'élaboration d'une base de données pancanadienne intégrée. Les participants ont fait remarquer qu'il est essentiel de disposer de données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé afin de garantir une planification efficace et de combler les pénuries de main-d'œuvre dans une diversité de groupes de professionnels de la santé, de milieux de soins et de régions. Ils ont prôné la création d'un service d'information centralisé qui pourrait :

- faciliter la collecte de données
- permettre l'établissement de prévisions fondées sur les besoins de la population et sur les tendances comme les changements du profil démographique de la population et de la main-d'œuvre
- appuyer la planification de la main-d'œuvre

Plusieurs pratiques exemplaires en matière de méthodologie de collecte de données ont été proposées afin d'améliorer la collaboration et le partage des données entre les provinces et territoires. Les représentants gouvernementaux des provinces et territoires ont suggéré l'adoption d'un plan de dotation en personnel intégré à l'échelle provinciale et territoriale pour l'avenir. Les participants ont ajouté que ce plan devrait accorder la priorité à l'alignement des divers parcours professionnels et d'éducation afin de relever les défis en matière d'offre de main-d'œuvre dans tous les groupes de professionnels de la santé. Pour ce faire, ils ont suggéré d'adopter les stratégies suivantes :

- augmenter le nombre d'établissements d'enseignement et de postes de professeur
- favoriser les relations interprovinciales entre les établissements d'enseignement
- attribuer des places aux étudiants issus de régions où la main-d'œuvre est nettement insuffisante
- offrir du mentorat et un accompagnement aux étudiants et aux jeunes stagiaires afin de réduire l'usure des effectifs dans les communautés systématiquement défavorisées

Consultation dirigée par des Autochtones

La prestation de soins de santé auprès des peuples autochtones du Canada, notamment dans le paysage actuel et futur de la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé, est particulièrement difficile. La consultation dirigée par des Autochtones a permis de valider et de contester les politiques et pratiques principales envisagées à la lumière de notre analyse documentaire.

Impératif d'action juridique et éthique

Les participants autochtones au processus de consultation ont décrit l'impératif juridique et éthique consistant à faire progresser les questions relatives à la main-d'œuvre autochtone dans le secteur de la santé, compte tenu des inégalités persistantes en matière de santé et de soins de santé dans les communautés des Premières Nations, inuites et métisses au Canada. Ils ont également mentionné les obligations juridiques des gouvernements à l'égard de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, ainsi que la responsabilité éthique de mettre en œuvre intégralement les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.

Relations et autodétermination

La séance de consultation dirigée par des Autochtones a fait ressortir comme thème commun la nécessité pour toute action ou intervention de s'articuler autour de relations significatives, fondées sur la réciprocité, avec les peuples autochtones. Il a été suggéré que les propositions axées sur les points de vue autochtones permettront de mieux comprendre les problèmes et d'élaborer des solutions optimales en accord complet avec les droits à l'autodétermination des Autochtones.

Les participants autochtones au processus de consultation ont reconnu que l'établissement de relations exige de l'humilité et un engagement en temps et en ressources afin de représenter les peuples autochtones à tous les niveaux de gouvernance au sein des établissements d'enseignement et des milieux de soins de santé. La nécessité d'une formation en matière de compétences culturelles à l'échelle communautaire et régionale, en partenariat avec les peuples autochtones, a également été évoquée.

Investissements significatifs à long terme

Des investissements importants et significatifs à long terme, plutôt que fondés sur des critères cloisonnés à court terme qui ont été fixés sans l'apport d'experts autochtones, sont nécessaires pour avoir un impact sur les effectifs de santé dans les collectivités autochtones. Les participants au processus de consultation ont fait état du besoin urgent d'un financement à long terme qui soit souple, équitable et conforme à un modèle de prestation des services. Le contexte singulier du travail en santé autochtone n'est généralement pas pris en compte dans les modes de financement des programmes et de rémunération du personnel.

Investissements dans des modèles de recrutement et de maintien des effectifs souples et communautaires au sein des établissements d'enseignement et de soins de santé

Des efforts adaptés et ciblés en matière de recrutement et de maintien des effectifs permettront d'améliorer l'accès des peuples autochtones du Canada à des soins de santé appropriés et adaptés aux spécificités culturelles. Les programmes de recrutement devraient prendre en compte les déterminants sociaux de la santé des apprenants susceptibles de suivre

une formation dans ce secteur et cibler les jeunes étudiants dans le cadre de partenariats entre les établissements d'enseignement et les communautés et organisations autochtones.

Les participants ont précisé que les modèles de financement devraient s'adapter aux nouveaux modèles de services. En termes de pratiques prometteuses, un modèle d'emploi à temps partiel a par exemple été décrit comme un type de programme réussi pour certains médecins travaillant dans les régions rurales et éloignées qui cumulent plusieurs rôles leur offrant les possibilités suivantes :

- exercer dans d'autres domaines de la médecine
- acquérir de l'expérience
- appliquer leurs connaissances à l'échelle communautaire

Il a été suggéré que, grâce cette souplesse accrue, les médecins sont plus susceptibles de rester pour exercer dans ces collectivités à temps partiel et d'assurer ainsi la continuité des soins. Un programme similaire pourrait être élargi à d'autres groupes de professionnels de la santé.

Les participants ont également cité l'exemple d'un programme de formation communautaire permettant 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. Face aux obstacles rencontrés par les jeunes Autochtones lorsqu'ils quittent leurs communautés d'origine et leurs réseaux de soutien, ce programme permet de soutenir la prestation des services dans ces communautés et de former les diplômés pour leur offrir une préparation adéquate.

Décolonisation des milieux de soins de santé

De l'avis des participants au processus de consultation, il est urgent de supprimer la dynamique de pouvoir inégale entre les systèmes de savoir autochtones et occidentaux au sein des établissements d'enseignement et de soins de santé. Cette dynamique contribue largement aux difficultés de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé.

L'importance de garantir la sécurité culturelle pour tous les travailleurs de la santé, en particulier grâce à une formation adaptée à la collectivité et au lieu de travail, a été jugée cruciale. Selon les participants au processus de consultation, des innovations structurelles intentionnelles sont toutefois nécessaires, car la formation seule ne suffit pas à créer des milieux bienveillants et adaptés aux spécificités culturelles. Il est par exemple nécessaire d'accroître les possibilités de mentorat, en particulier entre les professionnels de la santé autochtones en début de carrière et ceux qui exercent depuis plus longtemps. Les participants autochtones au processus de consultation ont également proposé de créer des espaces réservés, à la fois spatiaux et temporels, qui peuvent servir de lieux de cérémonie et de rassemblement pour les apprenants et le personnel autochtones ou permettre de bâtir une communauté de pratique offrant des possibilités d'échanges. Ces espaces sont essentiels à la création de milieux adaptés aux spécificités culturelles pour assurer un soutien mutuel.

Les participants autochtones au processus de consultation ont largement convenu que le gouvernement, les associations professionnelles et les établissements d'enseignement doivent travailler avec les communautés et les organisations locales concernant toutes les activités liées au personnel autochtone et à la prestation des services, y compris les postes de direction réservés à des Autochtones. Un appel a également été lancé afin de reconnaître et de rémunérer les étudiants et le personnel autochtones pour les compétences précieuses et spécifiques qu'ils apportent aux groupes de travail, aux conseils d'administration, au mentorat et à l'enseignement. Le fait de s'attendre à ce que les étudiants et le personnel autochtones assument ces rôles en plus de leur travail habituel, sans rémunération adéquate, conduit à l'épuisement professionnel et constitue un obstacle au maintien des effectifs. Il a également été suggéré d'inclure des professionnels spécialisés dans la guérison et le bien-être sur la base des questions du savoir, du mode de vie et des pratiques autochtones, par exemple les aînés et les acteurs du domaine de la culture.

CONCLUSION

La consultation des acteurs clés ayant une connaissance et une expérience en matière de main-d'œuvre dans le secteur de la santé a apporté un cadre essentiel aux problèmes que rencontrent actuellement les systèmes de santé du Canada. Cela nous a permis d'élaborer des stratégies clés fondées sur des données probantes qui prennent en compte les points de vue des personnes touchées directement et indirectement par la crise actuelle de la main-d'œuvre. Une fois encore, nous apprécions grandement les efforts remarquables déployés par les nombreux participants qui ont contribué à ce processus de consultation.

ANNEXE

Documents de politique soumis par les organisations

| NOM DE L'ORGANISATION |
|---|
| Advocates for Change in Nursing Policy |
| Alberta Association on Gerontology |
| Alberta Health Services |
| Alliance for Doctors Denied by Degree |
| Association canadienne de santé publique |
| Association canadienne des adjoints au médecin |
| Association canadienne des ergothérapeutes |
| Association canadienne des hygiénistes dentaires |
| Association canadienne des technologues en radiation médicale |
| Association chiropratique canadienne |
| Association des hôpitaux de l'Ontario |
| Association des infirmières et infirmiers du Canada |
| Association des sages-femmes de l'Ontario |
| Association médicale canadienne |
| British Columbia Dental Association (Association dentaire de la Colombie-Britannique) |
| CARE Centre for Internationally Educated Nurses |
| Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (Cirris) de l'Université Laval |
| Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique |
| Collège des médecins de famille du Canada |
| Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador |
| Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada |
| Health Sciences Association of British Columbia (Association des sciences de la santé de la Colombie-Britannique) |
| Inforoute Santé du Canada |
| Internationally Trained Physicians' Access Coalition |
| Manitoba Nurses' Union (Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba) |
| Occupational Medicine Specialists of Canada (Association des spécialistes en médecine du travail du Canada) |
| Ontario Kinesiology Association (Association ontarienne de kinésiologie) |
| Réseau canadien pour le leadership en santé |

Réseau FADOQ

Santé Manitoba

Saskatchewan Union of Nurses (Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan)

Société canadienne de psychologie

Société canadienne des médecins de soins palliatifs

Société de la médecine rurale du Canada

Touchstone Institute

Université de l'École de médecine du Nord de l'Ontario

Université de Waterloo

Université du Manitoba

Université McMaster

Université Simon Fraser

Université Wilfrid Laurier

Vancouver Strategic and Integrated Research

World Education Services
