



CIRANO

*Allier savoir et décision*

Repenser l'allocation des ressources  
humaines en santé :  
faut-il vraiment faire un choix  
entre CHSLD et hôpitaux ?

ROXANE BORGÈS DA SILVA

RÉJEAN HÉBERT

SYLVIE PERREAULT

DELPHINE BOSSON-RIEUTORT

RÉGIS BLAIS

2020PE-06

PERSPECTIVES / INSIGHTS  
Texte d'opinion / Opinion Piece



*Un article de la catégorie Perspectives est un texte d'opinion court présentant une analyse éclairée et rigoureusement documentée. Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires.*

ISSN 2563-7258 (version en ligne)

[24 Avril 2020]

# Repenser l'allocation des ressources humaines en santé : faut-il vraiment faire un choix entre CHSLD et hôpitaux ?

**ROXANE BORGÈS DA SILVA<sup>1</sup>**

PROFESSEURE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
CHERCHEURE ET FELLOW CIRANO

**REJEAN HÉBERT<sup>2</sup>**

PROFESSEUR, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**SYLVIE PERREAULT<sup>3</sup>**

PROFESSEURE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**DELPHINE BOSSON-RIEUTORT<sup>4</sup>**

PROFESSEURE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
CHERCHEURE CIRANO

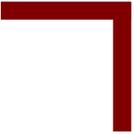
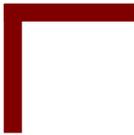
**REGIS BLAIS<sup>5</sup>**

PROFESSEUR, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## Allocation des ressources avant l'arrivée de la COVID-19

La COVID-19 est arrivée au Québec à la fin du mois de février avec un décalage de quelques semaines par rapport aux autres pays. Rappelons-nous de la Chine qui a construit des hôpitaux en un temps record pour être en mesure de répondre aux besoins des personnes infectées par la COVID-19. Devant la situation de l'Italie, le gouvernement du Québec a décidé de réallouer massivement les ressources dans les hôpitaux et les soins intensifs pour ne pas avoir à expérimenter les décisions difficiles de choisir qui aura le droit au respirateur mécanique ou non. Le coût d'opportunité de cette réallocation des ressources était difficile à mesurer dans une situation sans cesse en changement qui évoluait au fil des heures. Dans ce contexte, 6 000 lits en soins hospitaliers ont été libérés au Québec.

C'est alors que la crise a vu le jour en CHSLD. Le nombre de décès en CHSLD révèle une réelle crise de notre système de soins de santé. Nos aînés les plus démunis vivaient dans des conditions précaires où l'équilibre entre les besoins des résidents et les ressources humaines disponibles pour y répondre était très instable et même insatisfaisant selon les résultats préliminaires d'une étude en cours. En 2018-2019, les ressources humaines disponibles dans les CHSLD de notre étude étaient en mesure de répondre à seulement 71% des besoins en assistance et en



soins des résidents. Une étude similaire réalisée par Tousignant *et al.* à la fin des années 1990 montrait déjà un net déséquilibre avec une capacité de répondre aux besoins en assistance et en soins des résidents égale à 85% (Tousignant et al., 2003)<sup>6</sup>.

### **Crise dans les CHSLD : réajustement de l'allocation des ressources**

Le gouvernement a donc dû rajuster l'allocation des ressources. En termes de ressources matérielles, les équipements de protection individuelle sont devenus obligatoires à partir du 4 avril dans les CHSLD. Du côté des ressources humaines, alors que les CHSLD vivaient déjà une pénurie, la COVID-19 s'invitant, de nombreux préposés aux bénéficiaires et infirmières ont été infectés ou ont dû être mis en quarantaine pour cause de symptômes ou de contacts avec des personnes symptomatiques, sans compter ceux et celles qui ont renoncé à travailler par peur de contracter le virus. Le gouvernement a donc fait appel à la population. À cause d'un système de gestion des dossiers de bénévoles (via le site [jecontribue.ca](http://jecontribue.ca)) déficient ou à cause d'un manque de bénévoles formés aptes à aider tout de suite en CHSLD, les renforts ne suffisaient pas. Quelques membres de l'armée canadienne ont été déployés dans les CHSLD et le gouvernement du Québec vient d'en demander beaucoup plus.

Mais ces mesures ne suffisant pas, le gouvernement a décidé de réallouer les travailleurs des hôpitaux aux CHSLD. Les chirurgies et interventions hospitalières semi-urgentes ou non urgentes ont donc été repoussées.

Les équipes soignantes des milieux hospitaliers et parmi elles les médecins spécialistes ont été appelées en renfort. Ces hommes et ces femmes hautement qualifiés pour diagnostiquer, opérer, traiter des patients complexes ont été appelés à faire un travail de préposés aux bénéficiaires pour lequel ils n'étaient pas formés. « Ce que je demande aux médecins spécialistes, c'est de venir dans nos CHSLD aider à donner des soins, aider à nourrir les résidents, aider à les laver, aider à les soigner, aider les infirmières » déclarait le premier ministre lors de son point de presse quotidien le mercredi 15 avril<sup>7</sup>. Qu'on se le dise, les préposés aux bénéficiaires ont une formation très spécifique qui leur permet d'offrir de l'assistance aux patients sans se blesser et sans les blesser, une formation non offerte dans le cursus médical.

Naturellement, l'être humain a un taux de préférence pour le présent supérieur au taux de préférence pour le futur. Autrement dit, nous voulons des solutions tout de suite aux problèmes du présent sans réfléchir aux impacts des problèmes et des solutions mis en place tout de suite sur le futur. Dans le contexte des problèmes du présent et pour satisfaire l'opinion publique, afin de tenter de sauver la vie de centaines de personnes, nos aînés les plus démunis vivant en CHSLD, appeler les équipes soignantes des hôpitaux en renfort était une solution relativement rapide et facile à mettre en œuvre.

## Une force de travail disponible

Cependant, un grand nombre de professionnels de santé (ni infirmiers ou médecins) s'offrent à aider en CHSLD. Les étudiants en soins infirmiers et des autres disciplines de la santé n'ont pas été appelés. Les externes en médecine, retirés de leur stage régulier, n'ont pas été mis à contribution. De même, un grand nombre de médecins et infirmières formés à l'étranger sont prêts à aider. Mais actuellement on ne semble pas pouvoir reconnaître leurs compétences<sup>8</sup>. Doit-on vraiment faire un choix entre les chirurgies semi-urgentes et les CHSLD ? Non, il est très certainement possible d'allouer les ressources humaines de manière efficiente pour subvenir aux besoins de tous.

La France a mobilisé tous ses étudiants en soins infirmiers, travail social et aides-soignants (équivalent aux préposés aux bénéficiaires) pour aller prêter main forte dans les EHPAD<sup>9,10</sup> (équivalent à nos CHSLD). Les processus administratifs au Québec sont-ils plus complexes que l'on ne pourrait pas faire de même? Serait-il possible aujourd'hui, en temps de crise sanitaire majeure et inédite, de faire la démonstration que nous ne fonctionnons pas en silos et qu'il est possible d'assouplir nos processus administratifs?

En tant que nation québécoise, pouvons-nous réallouer toutes les ressources humaines disponibles de manière efficiente? Les étudiants en soins infirmiers et les professionnels de santé formés ici (physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, chiropraticiens, hygiénistes dentaires, dentistes, orthophonistes, optométristes, etc.) ou à l'étranger sont très nombreux et seraient en mesure de pallier le manque de ressources humaines dans les CHSLD si les processus administratifs d'embauche étaient allégés.

## CHSLD et milieux hospitaliers : choisissons une allocation efficiente des ressources

Laissons les médecins spécialistes diagnostiquer, opérer et traiter nos patients, enfants et adultes, qui en ont besoin, et dont le capital humain productif pourrait revenir à un niveau élevé et ainsi leur permettre de contribuer à la société. Ne laissons pas tomber nos patients et ne gaspillons pas l'expertise de nos équipes soignantes des milieux hospitaliers !

**N'opposons pas les besoins en assistance et soins des aînés à ceux du reste de la population alors qu'il est possible de satisfaire les besoins de tous au prix d'allègements des processus ou de petites transgressions administratives. Ces transgressions seront socialement moins coûteuses que les conséquences de déficits en soins pour la population.**

N'opposons pas les besoins en assistance et soins des aînés à ceux du reste de la population alors qu'il est possible de satisfaire les besoins de tous au prix d'allègements des processus ou de petites transgressions administratives. Ces transgressions seront socialement moins coûteuses que les conséquences de déficits en soins pour la population.

Au-delà de l'opinion publique et de l'acceptation sociale du moment présent, serait-il possible d'analyser à plus long terme, le coût d'opportunité du déplacement des équipes soignantes des hôpitaux vers les CHSLD et du report des chirurgies semi-urgentes ?

Ce sont des questions difficiles mais importantes à se poser dans le contexte de la crise actuelle. Ce sont des questions qui relèvent à la fois de l'éthique, mais également de l'économie ou encore de la sociologie. Nous voulons le meilleur pour le Québec et c'est ce qui doit guider la décision politique. Les processus administratifs ne doivent pas être un frein à l'allocation des ressources humaines pour le bien-être de tous, nos aînés mais également nos adultes et nos enfants. Soyons efficaces dans la gestion de nos ressources humaines en santé.

---

## NOTES

<sup>1</sup> Professeure agrégée, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, Chercheuse, Centre de recherche en santé publique et Fellow CIRANO

<sup>2</sup> Professeur titulaire, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, Chercheur, Centre de recherche en santé publique

<sup>3</sup> Professeure titulaire, Chaire de recherche Sanofi sur l'usage des médicaments, Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal, Chercheuse, Centre de recherche en santé publique

<sup>4</sup> Professeure adjointe, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, Chercheuse, Centre de recherche en santé publique et CIRANO

<sup>5</sup> Professeur titulaire, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal

<sup>6</sup> Tousignant M, Hébert R, Dubuc N, Simoneau F, Dieleman L. Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. *Age and ageing*. 2003;32(1):60-6

<sup>7</sup> <https://www.journaldequebec.com/2020/04/15/en-directcovid-19-francois-legault-fait-le-point-sur-la-situation-au-quebec>

<sup>8</sup> <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1689682/integration-personnel-sante-immigration-covid-19>

<sup>9</sup> <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/les-etudiants-en-soins-infirmiers-au-coeur-de-la-bataille-contre-le-coronavirus.html>

<sup>10</sup> <https://informations.handicap.fr/a-covid-19-40000-etudiants-travail-social-mobilises-12743.php>