



CIRANO

Allier savoir et décision

COVID-19 et main-d'œuvre en santé

Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels

CARL-ARDY DUBOIS

2020RB-05
RAPPORT BOURGOGNE

RB

Les Rapports Bourgogne sont des documents de synthèse portant sur des questions d'intérêt général produits par des chercheurs et des fellows invités du CIRANO. Ils contribuent à alimenter la réflexion et le débat public sur des questions d'actualité.

The Burgundy Reports are synthesis documents written by CIRANO researchers and invited fellows on issues of general interests. Their aim is to encourage discussion and public debate on current issues.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires corporatifs – Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Énergir
Hydro-Québec
Innovation, Sciences et Développement économique Canada
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie Canada
Ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation
Ministère des finances du Québec
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Rio Tinto
Ville de Montréal

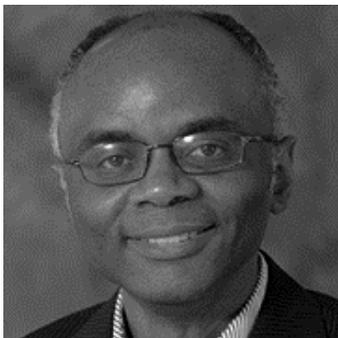
Partenaires universitaires – Academic Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web. *CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.*

© Juillet 2020. Carl-Ardy Dubois. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

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. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not necessarily represent the positions of CIRANO or its partners.*



CARL-ARDY DUBOIS

Professeur titulaire et directeur du département de gestion, d'évaluation et de politique de santé à l'école de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)
Chercheur CIRANO

Carl-Ardy Dubois a obtenu un PhD en santé publique à l'Université de Montréal et a effectué ensuite un stage post-doctoral à la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Royaume-Uni). Il est actuellement professeur titulaire et Directeur du Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé à l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM). Avant de rejoindre l'ESPUM, il a été professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM. Il est chercheur régulier au CIRANO, au CReSP, à Interactions et au RRISIQ.

Ses travaux de recherche portent sur la gestion des ressources humaines en santé, l'analyse des modèles d'organisation des services de santé et l'évaluation de la performance des services de santé. Au cours des dernières années, il a agi à titre d'expert auprès du MSSS et de plusieurs organisations du réseau de la santé et des services sociaux, dans le cadre de divers projets sur la main-d'œuvre. A l'international, il a accompagné les ministères de la santé de plusieurs pays dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques reliées aux ressources humaines en santé.

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
I. COVID-19 – CONDITIONS POUR UNE RUPTURE DE L'ÉQUILIBRE DÉJÀ SOUVENT PRÉCAIRE ENTRE LA DEMANDE DE SERVICES ET L'OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE	9
1.1 DES PRESSIONS À LA HAUSSE SUR LA DEMANDE DE SERVICES	9
1.2 DES PRESSIONS À LA BAISSÉ SUR LA MAIN-D'ŒUVRE	12
II. DE MULTIPLES LEVIERS MOBILISÉS POUR ASSURER UN CERTAIN ÉQUILIBRE ENTRE LES BESOINS DES SERVICES ET L'OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE	16
2.1 TOUR D'HORIZON INTERNATIONAL	16
2.1.1. PREMIER LEVIER : ÉLARGIR LE BASSIN DE MAIN-D'ŒUVRE DE MANIÈRE À AUGMENTER LES EFFECTIFS DISPONIBLES	16
2.1.2. DEUXIÈME LEVIER : MAXIMISER LA PRÉSENCE AU TRAVAIL DES EFFECTIFS DISPONIBLES.....	23
2.1.3. TROISIÈME LEVIER : OPTIMISER L'UTILISATION ET LA CONTRIBUTION DES TRAVAILLEURS PRÉSENTS	29
2.2 QUÉBEC : DES LEVIERS MOBILISÉS AVEC UN NIVEAU D'EFFICACITÉ MITIGÉ	35
III. DÉMINER LE TERRAIN ET DÉBLOQUER LES VERROUS INSTITUTIONNELS.....	49
3.1 UN TERRAIN À DÉMINER	49
3.2 DES VERROUS INSTITUTIONNELS À LEVER.....	52
3.2.1. LA CENTRALISATION DES POUVOIRS ET DE LA PRISE DE DÉCISION.....	52
3.2.2. LA CENTRALITÉ DE L'HÔPITAL AU DÉTRIMENT DES AUTRES MISSIONS	55
3.2.3. LE CLOISONNEMENT DES CHAMPS DE PRATIQUE	58
CONCLUSION	61

Résumé

Alors que la crise engendrée par la COVID-19 crée des pressions pour accroître des services, elle impose un lourd tribut aux travailleurs de santé qui doivent offrir ces services. Ce rapport jette un regard critique sur la réponse du Québec à la crise, en matière de main-d'œuvre en santé. Il vise ainsi à ouvrir de nouvelles pistes quant aux politiques à promouvoir pour renforcer les capacités dans ce domaine.

Trois leviers mobilisés par différents États et territoires pour renforcer les capacités de main-d'œuvre sanitaire durant la période pandémique. Aucun système de santé n'a misé sur une solution unique. C'est une combinaison de trois leviers qui ont été mobilisés, à des degrés divers : 1) élargir le bassin de main-d'œuvre de manière à augmenter rapidement les effectifs disponibles 2) maximiser la présence au travail des effectifs disponibles; 3) maximiser la contribution des travailleurs présents.

Des leviers similaires mobilisés au Québec, mais avec un niveau d'efficacité mitigé. Au regard du premier levier, un large éventail de mesures a été déployé pour élargir le bassin de main-d'œuvre, mais il n'aura pas permis d'augmenter de manière significative les effectifs. Les gains obtenus ont été lents et en deçà des attentes. Aux périodes les plus critiques de la crise, une fraction relativement faible des personnes ayant manifesté un intérêt à contribuer a été mobilisée. Au regard du deuxième levier, diverses mesures ont été mises en œuvre, de manière prompte, pour lever les contraintes à l'activité des travailleurs et maximiser leur présence au travail. Cependant, elles n'ont pas empêché une explosion du nombre de travailleurs absents, dont près de la moitié parce qu'ils ont été infectés.

Au regard du troisième levier, plusieurs groupes professionnels pleinement habilités, par leur formation, à apporter une contribution à la réponse à la crise, n'ont été que peu mobilisés. Les développements observés pour divers groupes clés (ex. infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, professionnels de réadaptation) n'ont pas fait bouger significativement les frontières traditionnelles des champs de pratique.

Un terrain miné et divers verrous institutionnels. Dans sa riposte rapide contre la COVID-19, le système de santé du Québec a dû déployer ses forces sur un terrain miné sur le plan des ressources humaines en santé : des déficits chroniques de main-d'œuvre dans divers secteurs de soins, des systèmes de santé et de sécurité du travail reflétant un niveau peu avancé de maturité, un cadre réglementaire de fonctionnement des établissements de soins de longue durée qui n'assure pas un niveau de surveillance adéquate et ne crée pas des incitations à l'amélioration continue de la qualité. Au-delà des fragilités connues susmentionnées, la réponse à la crise a été aussi contrainte par les verrous institutionnels associés à trois paramètres qui définissent le système de santé actuel : la centralisation des pouvoirs et de la prise de décision, la centralité de l'hôpital au détriment des autres missions, le cloisonnement des champs de pratique.

Recommandations pour déminer le terrain et lever les verrous. Quatre principales recommandations découlent de cette analyse et commandent quatre chantiers majeurs.

La première recommandation consiste à élaborer et déployer à très court terme une stratégie nationale de développement des ressources humaines en santé tant pour corriger les fragilités nommées que pour être mieux armé face à de nouvelles vagues de la pandémie ou d'autres crises similaires.

Les trois autres recommandations proposent des politiques de rupture qui doivent briser les cycles de reproduction des fragilités actuelles :

- Inverser la trajectoire centralisatrice suivie depuis des décennies afin de renforcer les capacités de gouvernance et de gestion des organisations, de redonner à celles-ci les moyens de créer des environnements de soins plus favorables et de les tenir imputables;
- Changer les modes d'allocation des ressources aux établissements et de paiements des services médicaux afin de promouvoir de nouvelles règles du jeu qui créeront de nouvelles incitations;
- Mettre en place des modalités pour un système professionnel plus ouvert où les champs de pratique seront soumis de manière périodique à des révisions systématiques tenant compte de l'évolution des connaissances et des changements dans l'écosystème professionnel.

A lors que la pandémie de COVID-19 continuait à s'étendre à travers les frontières et que le nombre de cas rapportés se multipliait d'un pays à l'autre, les systèmes de santé ont engagé une course contre la montre pour adapter et renforcer leurs infrastructures afin de pouvoir prendre en charge les flux anticipés de patients avec des conditions sévères. Cependant, au-delà des capacités matérielles, la performance des systèmes de santé, dans leurs réponses aux différents aspects de la crise engendrée par la pandémie, dépendait avant tout de leur capacité à mobiliser et déployer de manière judicieuse des travailleurs de différents types, avec différents niveaux de qualifications, dans des conditions qui préservent leur sécurité et optimisent leur contribution. Au cours des dernières années, plusieurs rapports avaient d'ailleurs sonné l'alerte quant aux vulnérabilités de divers secteurs du système de santé en matière de ressources humaines et quant aux lacunes qui doivent être comblées dans ce domaine pour permettre une réponse efficace aux situations d'urgence sanitaire.^{1,2,3}

Depuis le début de la crise, les États, les gouvernements régionaux, les villes et les organisations de santé elles-mêmes rivalisent dans les mesures d'urgence décrétées pour protéger, augmenter, retenir, utiliser à bon escient et renflouer la main-d'œuvre sanitaire. Les stratégies déployées donnent lieu à un foisonnement d'activités qui doivent concourir, de manière complémentaire, à combler les lacunes de capacités existantes et assurer la disponibilité de la main-d'œuvre nécessaire durant la période pandémique. Plusieurs de ces stratégies, dictées par le contexte d'urgence, émergent comme des bases structurantes pour des changements durables, en rupture avec des pratiques institutionnelles fortement établies.

Bien que la crise soit encore évolutive, l'objectif de cette analyse est de dégager, de manière préliminaire, les leçons que peut apprendre le Québec d'un large ensemble de stratégies, déployées à diverses échelles dans divers pays, en matière de ressources humaines en santé afin de faire face à la pandémie de COVID-19. En jetant un regard

¹ Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. David Naylor, président. *Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada – Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique*. Ottawa : Santé Canada; 2003.

² Levin P J, Gebbie EN, Qureshi K. Can the health-care system meet the challenge of pandemic flu? Planning, ethical, and workforce considerations. *Public Health Reports* 2007; 122(5), 573–578.

³ Hodge J. *Canadian healthcare workers' experiences during pandemic H1N1 influenza: Lessons learned from Canada's response*. National Collaborating Centre for Infectious Diseases Project No. 182; 2014.

critique sur la réponse du Québec à la crise, en comparaison avec d'autres États et territoires, cette analyse vise à ouvrir de nouvelles pistes quant aux politiques qu'il faudra promouvoir pour renforcer les capacités en matière de ressources humaines et faire un meilleur usage de la main-d'œuvre sanitaire. Les pistes proposées pourront être considérées dans les investissements que doivent engager les gouvernements et les autres acteurs institutionnels pour mieux se préparer à de nouvelles vagues de l'épidémie, améliorer leurs capacités de réponses à de futures pandémies et renforcer durablement le système de santé.

L'analyse est organisée en trois composantes développées dans les parties 1, 2 et 3 qui suivent. La section 1 pose brièvement le problème du déséquilibre engendré par la COVID-19 entre la demande de services et l'offre de main-d'œuvre qui doit dispenser ces services. La section 2 présente un inventaire de divers leviers mobilisés et de stratégies déployées par les États, les administrations régionales, les instances municipales et autres acteurs institutionnels pour combler le déséquilibre. Une attention particulière est portée aux États et territoires de l'Amérique du Nord (Canada, États-Unis), aux pays de l'Europe Occidentale et, pour certaines données, aux territoires asiatiques qui ont été les premiers frappés par la crise. Les mesures spécifiques prises par les autorités sanitaires au Québec sont examinées à la fin de cette même section. La section 3 discute des leçons qui peuvent être apprises de la réponse du Québec, des verrous institutionnels qui ont limité le système de santé dans sa capacité à mobiliser pleinement certains leviers d'action et des pistes pour le renouvellement des politiques de main-d'œuvre en santé.⁴

⁴ Note méthodologique : Les renseignements utilisés pour cette analyse proviennent non seulement de la littérature scientifique mais aussi, en grande partie de la littérature grise. Plusieurs données utilisées tant pour le Québec que pour les expériences internationales ont été obtenues à partir de sources diverses qui ont inclus : des points de presse des autorités gouvernementales, des rapports publiés par des entités gouvernementales et non gouvernementales, des renseignements disponibles sur les sites web d'organisations pertinentes et des résultats d'enquêtes publiés par diverses agences de presse au Québec et l'international. Dans plusieurs cas, à défaut d'avoir accès aux sources originales, l'information rapportée résulte de la triangulation des diverses sources susmentionnées. Alors que la crise est évolutive, certaines données rapportées dans ce texte sont aussi susceptibles de changer. Par ailleurs, la section 3 de ce rapport présente un rapide tour d'horizon international. Cet exercice n'a aucune prétention à l'exhaustivité. L'objectif a été plutôt de documenter et d'illustrer, à partir de l'information disponible, les principaux mécanismes mobilisés en matière de main-d'œuvre par divers États et territoires ciblés, en portant une attention particulière à l'Amérique du Nord et à l'Europe occidentale.

COVID-19 – Conditions pour une rupture de l'équilibre déjà souvent précaire entre la demande de services et l'offre de main-d'œuvre

La pandémie de COVID-19 illustre bien, dans l'ensemble des États et territoires ciblés pour cette analyse, comment les situations de crise sanitaire créent un profond déséquilibre entre l'offre de main-d'œuvre et la demande de services.

1.1 DES PRESSIONS A LA HAUSSE SUR LA DEMANDE DE SERVICES

Les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la COVID-19 créent des conditions pour des pressions particulièrement fortes sur la production de services et sur la demande de travailleurs qui doivent offrir ces services. La sévérité et la haute contagiosité de la COVID-19, avec une transmission possible jusqu'à trois jours avant les premiers symptômes,⁵ se sont traduites dans tous les pays par une explosion rapide du nombre de personnes infectées. En raison de la pathogénicité du virus et de l'évolution clinique de l'infection, jusqu'à 20 % ou plus de patients atteints nécessitent une hospitalisation et une intensité relativement élevée de soins.^{6,7} Environ 6 % développent de très graves symptômes qui exigent des traitements aux soins intensifs, allant jusqu'à la ventilation mécanique.⁸ Les patients hospitalisés occupent un lit

Les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la COVID-19 créent des conditions pour des pressions particulièrement fortes sur la production de services et sur la demande de travailleurs qui doivent offrir ces services.

⁵ Wei WE, Li Z, Chiew CJ, Yong SE, Toh MP, Lee VJ. Presymptomatic transmission of SARS-CoV-2 — Singapore, January 23–March 16, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020; 69(14), 411–415.

⁶ Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020; 323(13), 1239-1242.

⁷ CDC COVID-19 Response Team. Severe outcomes among patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020; 69(12), 343-346.

⁸ Noter que des données compilées en Ontario au 26 juin indiquent des taux plus faibles : 12.6 % d'hospitalisations et 2.7 % d'admissions en soins intensifs parmi les cas confirmés. [Source](#)

En plus de cette demande active liée aux patients infectés, la COVID-19 a induit aussi une demande latente et non comblée en raison du déplacement des ressources.

durant des séjours allant de 10 jours en moyenne pour ceux admis dans une unité de soins généraux à 13 jours en moyenne pour ceux admis en soins intensifs.⁹

Pour faire face à cette demande de services, tous les systèmes de santé ont cherché à accroître leurs capacités en soins de courte durée en utilisant diverses stratégies : transferts de patients hospitalisés vers d'autres types d'établissements (ex. établissements d'hébergement, centres de réadaptation) et autres sites non traditionnels tels que des hôtels, transformation de diverses installations en hôpitaux temporaires pouvant accueillir des patients atteints par la COVID-19, construction de nouveaux hôpitaux, recours aux capacités militaires (installations militaires, navires-hôpitaux).^{10,11,12,13} Au Québec, différentes mesures (report des chirurgies et interventions non urgentes, déplacements des patients vers d'autres lieux alternatifs de soins) ont permis de libérer 6 000 des 18 000 lits d'hospitalisations, en attente des patients atteints de la COVID-19. Des démarches ont été engagées ensuite pour mobiliser 3 000 lits supplémentaires en misant sur des hôtels, des unités modulaires ou des installations temporaires.¹⁴ Des unités de transition, dites zones tampons, ont été aménagées dans des installations déjà existantes (ex. ancien hôpital à Montréal) ou dans des sites non traditionnels (ex. aréna à Laval) pour accélérer la sortie des patients ayant été hospitalisés et continuer à leur prodiguer des soins en attendant le moment opportun de leur transfert vers un milieu de vie approprié.¹⁵ Le développement et le fonctionnement de ces capacités nouvelles posaient, en même temps, l'enjeu de les doter en ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante.

Bien que l'attention ait été surtout focalisée sur le renforcement des capacités dans les établissements hospitaliers, cet afflux de demande de services a touché également d'autres secteurs de soins. Dans les établissements de soins de longue durée où la plupart des résidents sont déjà atteints de diverses conditions chroniques, l'infection

⁹ Moghadas SM, Shoukat A, Fitzpatrick MC, Wells C R., Sah P, Pandey A, Sachs JD, Wang Z, Meyers LA, Singer BH, Galvani AP. Projecting hospital utilization during the COVID-19 outbreaks in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2020; 117(16), 9122-9126.

¹⁰ Winkelmann J, Scarpetti G, Hernandez-Quevedo C, van Ginneken E. *How do the worst-hit regions manage COVID-19 patients when they have no spare capacity left?* WHO Regional Office for Europe : COVID-19 Health System Response Monitor; April 24, 2020.

¹¹ Abir M, Nelson C, Chan E, Al-Ibrahim H, Cutter C, Patel K, Bogart A. *Critical care surge response strategies for the 2020 COVID-19 outbreak in the United States*. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2020.

¹² Meyer GS, Blanchfield BB, Bohmer RMJ, Mountford J, Vanderwagen WC. Alternative care sites for the Covid-19 pandemic: The early U.S. and U.K. experience. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2020; May 22, 2020.

¹³ BBC News. *Coronavirus: How NHS Nightingale was built in just nine days*. BBC News, 17 avril 2020.

¹⁴ Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre, et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux. *Situation au Québec quant à la COVID-19*. Québec, 17 mars 2020.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pandémie de la COVID-19 – Des zones tampons afin d'éviter la propagation du virus dans les milieux de vie*. Québec, 30 avril 2020.

par la COVID-19 conduit souvent à une décompensation de l'état de santé, créant des besoins supplémentaires de services. Pourtant, une stratégie utilisée dans plusieurs États et territoires (ex. Royaume-Uni, État de New York, Québec), en préparation à la crise et même après le début de la pandémie, a été de déplacer des personnes âgées occupant des lits hospitaliers vers les établissements de soins de longue durée et autres milieux d'hébergement.^{16,17,18} Alors que les besoins en main-d'œuvre de ces établissements étaient déjà parmi les plus criants, le transfert de patients en provenance des hôpitaux est venu ainsi alourdir considérablement les besoins de services à combler par les équipes de travail et a contribué à la propagation de l'infection dans ces établissements. Au plus fort de la crise, plusieurs établissements au Québec ont dû recourir à des installations temporaires (ex. hôpital mobile de la Croix-Rouge canadienne déployé dans un aréna) pour accueillir des résidents d'établissements de soins de longue durée qui sont infectés par la COVID-19 ou qui sont en transition de l'hôpital vers un lieu d'hébergement. Encore ici, le défi supplémentaire à relever était de trouver le personnel devant desservir ces sites non traditionnels.

En plus de cette demande active liée aux patients infectés, la COVID-19 a induit aussi une demande latente et non comblée en raison du déplacement des ressources. Dans plusieurs pays, une baisse de l'activité a été ainsi constatée, durant la pandémie, au niveau de la première ligne de soins et des services d'urgence. Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a fait état, au 18 mai 2020, de 68 000 chirurgies reportées depuis le début de la pandémie.¹⁹ Suivant les estimations du Bureau de la responsabilité financière, 52 700 interventions non urgentes ont été annulées ou reportées entre le 15 mars et le 22 avril 2020 en Ontario. Environ 12 200 devaient s'y rajouter chaque semaine de l'état d'urgence.²⁰ Cette demande latente a été associée à diverses conséquences à retardement, générant de nouveaux besoins de soins : des patients (avec des cancers, des problèmes cardiaques et autres maladies chroniques) qui développent des complications parce que la continuité de leurs soins a été compromise; des patients dont l'état de santé s'est détérioré parce qu'ils ont retardé leurs visites à l'urgence de peur de contracter la COVID-19; des patients qui n'auront pas été vus suffisamment tôt et qui n'ont pu bénéficier des interventions essentielles

Alors que la crise engendrée par la COVID-19 crée des pressions pour accroître des services qui doivent être fournis dans la plus grande urgence, elle impose un lourd tribut aux travailleurs de santé et réduit le volume de main-d'œuvre disponible.

¹⁶ Lacoursière A, Duchaine G. *CHSLD: des aînés jetés « dans la gueule du loup »*. La Presse, 10 avril 2020.

¹⁷ Siddique H. *Health official defends discharging patients into English care homes*. The Guardian, 22 juin 2020.

¹⁸ Condon B, Peltz J, Mustian, J. *Coronavirus: Over 4K recovering patients discharged, sent to New York nursing homes*. The Associated Press, 22 mai 2020.

¹⁹ Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre, et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux. *Situation au Québec quant à la COVID-19*. Québec, 18 mai 2020.

²⁰ Financial Accountability Office of Ontario. *Ontario health sector: a preliminary review of the impact of the COVID-19 outbreak on hospital capacity*. Ontario, 28 avril 2020.

pour leur diagnostic et leur prise en charge; des patients qui développent des problèmes de santé psychologique en raison de l'anxiété générée par les retards ou reports de leur prise en charge.²¹ Au fil de l'évolution de la crise et de la reprise des activités, ces besoins non comblés sont susceptibles de donner lieu à des poussées de demandes de services dans divers secteurs de soins. Cet afflux de demandes risque de coïncider, dans les régions les plus affectées par la pandémie, avec un état de fatigue de nombreux travailleurs actuellement mobilisés en première ligne dans la lutte contre la COVID-19.

1.2 DES PRESSIONS A LA BAISSÉ SUR LA MAIN-D'ŒUVRE

Alors que la crise engendrée par la COVID-19 crée des pressions pour accroître des services qui doivent être fournis dans la plus grande urgence, elle impose un lourd tribut aux travailleurs de santé et réduit le volume de main-d'œuvre disponible. Elle met au défi les systèmes de santé de préserver la santé et la sécurité de leurs travailleurs qui doivent œuvrer dans des conditions physiques et psychologiques éprouvantes pour garantir la continuité des services. Suivant un bilan effectué au 4 mai 2020, les travailleurs de santé infectés en Espagne (n = 15 433) constituaient 16,3 % du nombre total de cas recensés alors qu'en Italie (n = 15 314), ils constituaient 12,3 % des cas recensés.²² D'autres données font état d'une centaine de décès parmi les médecins italiens.²³ Aux États-Unis, les premières données rapportées en avril 2020 pour divers États indiquaient qu'entre 10 et 20 % des cas confirmés de COVID-19 sont des travailleurs de santé.²⁴ De plus récentes données, datées du 26 juin, font état d'une proportion de 19 % (85 577 travailleurs de santé sur un échantillon de 444 897 cas).²⁵ En France, les établissements d'hébergement pour personnes âgées et autres établissements médicosociaux comptaient, au 4 juin, pas moins de 20 110 cas confirmés chez le personnel pour 37 405 chez les résidents.²⁶ Au Canada, les données restent encore parcellaires. En Ontario, le nombre de cas d'infections parmi les travailleurs de santé est passé de 3 607 au 13 mai à 5 948 au 27 juin 2020 (17 % du

²¹ Rosenbaum L. 2020. The Untold Toll — The pandemic's effects on patients without Covid-19. *New England Journal of Medicine* 2020; doi:10.1056/NEJMms2009984.

²² COVID-19 Scientific Advisory Group Rapid Response Report. *COVID-19 Risk to Healthcare Workers*. Alberta: Alberta Health Services; 2020.

²³ Fusaroli P, Balena S, Lisotti, A. On the death of 100 + Italian doctors from COVID-19. *Infection* 2020.

²⁴ CDC COVID-19 Response Team. Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 - United States, February 12-April 9, 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020; 69(15), 477-481.

²⁵ Centers for Disease Control and Prevention. *Cases in the U.S.* Last updated on June 26, 2020.

²⁶ Santé publique France. *COVID-19 - Point épidémiologique hebdomadaire du 4 juin*. France, 4 juin 2020.

nombre de cas confirmés dans la province).^{27,28} Au Québec, diverses agences de presse ont rapporté à la mi-mai, en écho aux sources officielles, que quelques 5 000 cas étaient confirmés parmi les travailleurs de santé (12 % du nombre total de cas).^{29,30} Un rapport des Forces armées canadiennes précise que les absences au travail liées à ces cas confirmés peuvent durer entre trois et six semaines dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec.³¹

Au-delà des cas d'infections, de nombreux témoignages de divers pays indiquent que les vagues de patients atteints de la COVID-19 créent dans les établissements de santé un environnement de guerre avec des répercussions psychologiques importantes pour le personnel : épuisement, fatigue, anxiété et peur souvent exacerbées par la pénurie d'équipements de protection individuelle.^{32,33} À la peur de contracter le virus ou de le transmettre aux patients auxquels ils prodiguent des services s'ajoutent la crainte de contaminer leurs proches et la culpabilité ressentie de mettre ces derniers à risque, alourdissant ainsi leur charge mentale. Plusieurs soignants ont d'ailleurs fait le choix difficile de s'isoler volontairement des membres de leur famille durant plusieurs semaines, se privant ainsi d'une soupape précieuse contre l'épuisement.

Au plus fort de la crise, dans la plupart des pays et territoires touchés, les établissements de santé ont dû faire face à des taux élevés d'absentéisme des travailleurs de santé qui se sont retirés temporairement de la main-d'œuvre pour des raisons diverses : parce qu'ils sont infectés, ont été exposés à des personnes infectées et doivent s'imposer une quarantaine, doivent s'occuper de membres de leur famille affectés par la maladie, se sentent épuisés ou encore craignent pour leur santé ou celle des membres de leur famille. Des établissements de santé ont vu ainsi s'installer rapidement un cercle vicieux. Le retrait d'un certain nombre de travailleurs crée une situation de surcharge, de fatigue et d'épuisement pour les travailleurs restants,

²⁷ Public Health Ontario. *Epidemiologic summary- COVID-19 in Ontario: January 15, 2020 to May 13, 2020*. Ontario, 13 mai 2020.

²⁸ Public Health Ontario. *Ontario COVID-19 data tool. Case characteristics*. Updated 27 June, 2020.

²⁹ Paré I. 2020. *Hécatombe chez les travailleurs de la santé*. Le Devoir, 15 mai 2020.

³⁰ Lacoursière A. 2020. *Québec facilite le retour au travail des travailleurs de la santé infectés*. La Presse, 15 mai 2020.

³¹ Forces Armées Canadiennes. *Observations sur les centres d'hébergement de soins longue durée de Montréal*. Montréal, 18 mai 2020.

³² Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic - A review. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 51, 102119. Advance online publication.

³³ Chew N, Lee G, Tan B, Jing M, Goh Y, Ngiam N, Yeo L, Ahmad A, Ahmed Khan, F, ... Sharma, V. K. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020, S0889-1591(20)30523-7. Advance online publication.

poussant ces derniers à s'absenter à leur tour et exacerbant ainsi les problèmes de disponibilité de main-d'œuvre.

La démographie des ressources humaines dans plusieurs États et territoires, incluant le Québec, contribue à cet effet de contraction de la main-d'œuvre, compte tenu de la proportion de travailleurs âgés de plus de 60 ans qui sont ceux avec les risques les plus élevés de développer une forme sévère de la maladie ou de décéder s'ils viennent à être contaminés. Des précautions doivent ainsi être prises pour déployer ces travailleurs dans des postes qui minimisent les risques. Au Québec, par exemple, ce sont 1 400 des 21 527 médecins actifs qui ont 70 ans et plus.³⁴

Les mesures de confinement, incluant la fermeture des écoles, décrétées par les gouvernements pour juguler la propagation de l'infection sur leurs territoires, ont aussi affecté indirectement la main-d'œuvre en réduisant la disponibilité de certains travailleurs. Cet impact est d'autant plus significatif que la main-d'œuvre en santé est constituée d'une majorité de femmes. La conciliation travail-famille, qui est au cœur du quotidien de cette main-d'œuvre, a été rendue plus complexe par les mesures de confinement qui ont privé de diverses sources habituelles de soutien (services de garde de proximité, grands-parents et proches, activités scolaires et parascolaires).³⁵ Au Québec, plus de 80 % des quelque 280 000 salariés du réseau de la santé et des services sociaux sont des femmes qui sont ainsi en première ligne dans les réponses à la COVID-19,^{36,37} tout en devant assumer une planification plus complexe des tâches familiales et diverses autres fonctions de soutien matériel et émotif à des proches.

Dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour aînés, les mesures de confinement ont privé le personnel de santé de ressources précieuses constituées par les proches aidants. Ces derniers apportent habituellement une contribution qui est essentielle non seulement pour aider le personnel à maintenir les soins de base (hygiène, alimentation, hydratation), mais aussi pour ralentir la perte

³⁴ Collège des médecins du Québec. *Répartition des médecins selon le groupe d'âge et selon le sexe*. Dernière mise à jour: 2020-06-08.

³⁴ United Nations. *Policy Brief: The Impact of COVID -19 on women*. 2020. United Nations, 9 avril 2020.

³⁵ United Nations. *Policy Brief: The Impact of COVID -19 on women*. 2020. United Nations, 9 avril 2020.

³⁶ Institut de la statistique du Québec. *Portrait des principaux indicateurs du marché et des conditions de travail, 2009-2019*. Québec : ISQ; 2020.

³⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux (2018-2019)*. MSSS : Direction générale du personnel réseau et ministériel; 2019.

d'autonomie et les processus de décompensation qui ont été observés chez de nombreux résidents privés de tout contact avec des figures familières.

De multiples leviers mobilisés pour assurer un certain équilibre entre les besoins des services et l'offre de main-d'œuvre

Aucun pays ou système de santé n'a misé sur une solution unique pour combler le fossé rapidement créé par la pandémie de COVID-19 entre les besoins de services et l'offre de main-d'œuvre. Dans tous les cas, c'est plutôt une combinaison d'au moins trois leviers qui ont été mobilisés.

Aucun pays ou système de santé n'a misé sur une solution unique pour combler le fossé rapidement créé par la pandémie de COVID-19 entre les besoins de services et l'offre de main-d'œuvre. Dans tous les cas, c'est plutôt une combinaison d'au moins trois leviers qui ont été mobilisés, à des degrés divers et avec des niveaux d'efficacité variables, avec le triple objectif de : 1) élargir le bassin de main-d'œuvre de manière à augmenter les effectifs disponibles; 2) maximiser la présence au travail des effectifs disponibles; 3) mettre en place des conditions de travail qui permettent de maximiser la contribution des effectifs présents. Cette section effectue, dans un premier temps, un rapide tour d'horizon international par rapport à la mobilisation de ces trois leviers. Elle présente, dans un deuxième temps, les efforts déployés plus spécifiquement au Québec.

2.1 TOUR D'HORIZON INTERNATIONAL

2.1.1. Premier levier : élargir le bassin de main-d'œuvre de manière à augmenter les effectifs disponibles

Face à l'anticipation des menaces posées par la COVID-19, les systèmes de santé ont utilisé, de manière convergente, trois types de stratégies pour augmenter les effectifs de travailleurs de santé.

- **Remobilisation de toute la réserve de main-d'œuvre qualifiée disponible**

Cette stratégie a donné lieu à un large éventail d'activités pilotées par les gouvernements et les associations professionnelles. Des appels ont été lancés à tous les travailleurs retraités afin de les inviter à reprendre du service. Des modifications

règlementaires ont été adoptées en urgence afin de réactiver les autorisations à l'exercice des professionnels de santé ayant récemment arrêté leur pratique, prolonger de manière automatique les permis arrivant à échéance, accorder des exemptions temporaires quant à certaines exigences de pratique (ex. heures de formation continue) et accélérer le processus d'octroi de permis aux professionnels formés dans d'autres États du même pays.³⁸ Des praticiens de divers secteurs pour lesquels l'activité professionnelle a été suspendue (ex. réadaptation, dentisterie) ont été recrutés et redéployés dans diverses tâches touchant, par exemple, le dépistage, les enquêtes épidémiologiques et le suivi des personnes en quarantaine. Des appels à la mobilisation ont été lancés également aux professionnels de santé œuvrant dans des secteurs non cliniques (ex. établissements d'enseignement). Des programmes courts ont été développés et mis en ligne de manière à assurer une mise à niveau des travailleurs qui reviennent en pratique ou à former en accéléré ces travailleurs affectés à des tâches sur mesure en dehors de leurs champs traditionnels de pratique. À titre illustratif, dans l'État de New York, ce sont plus de 76 000 professionnels de santé (incluant 8 000 médecins et plus de 30 000 infirmières) qui ont répondu à l'appel lancé par les autorités de l'État.^{39,40} Au Royaume-Uni, ce sont plus de 20 000 retraités du *National Health Service* qui ont rejoint la lutte contre la COVID-19 au 30 mars, suite à l'appel lancé par les autorités gouvernementales et les associations professionnelles.⁴¹ En Ontario, des efforts similaires de recrutement ont permis de mobiliser 3 000 infirmières, incluant de nombreuses retraitées, qui ont été affectées aux services de soutien téléphonique en télésanté.⁴²

- **Accélération de l'entrée en exercice des nouveaux diplômés et mobilisation des étudiants**

Diverses interventions, nécessitant une coordination entre les gouvernements, les organismes de réglementation professionnelle et les établissements d'enseignement, ont été mises en œuvre pour mobiliser la réserve de main-d'œuvre disponible dans les universités et les écoles de formation professionnelle en santé. Des aménagements ont été effectués dans les programmes de formation afin d'accélérer la sortie des étudiants

³⁸ Levisohn A, Higgins E. *States address provider shortages to meet the health care demands of the pandemic*. National Academy for State Health Policy, 6 avril 2020.

³⁹ Sternlicht A. 2020. *76,000 Healthcare Workers Have Volunteered To Help NY Hospitals Fight Coronavirus*. Forbes, 29 mars 2020.

⁴⁰ Young L. 2020. *Thousands of nurses answer call to help with coronavirus pandemic: 'This is the way we are'*. Global News, 18 mars 2020.

⁴¹ BBC News. *Coronavirus : 20,000 former NHS staff return to fight virus, PM says*. BBC News, 30 mars 2020.

⁴² Young L. 2020. *Thousands of nurses answer call to help with coronavirus pandemic: 'This is the way we are'*. Global News, 18 mars 2020.

de dernière année et l'octroi des diplômes.^{43,44} Des permis restrictifs sont accordés à des nouveaux diplômés ayant complété leur programme de formation, même s'il leur reste à remplir certaines exigences complémentaires (ex. examen national de certification) pour obtenir leur pleine autorisation de pratique.⁴⁵ L'Italie a accéléré l'entrée en exercice de 10 000 étudiants en médecine, 9 mois avant la date anticipée, dans des fonctions de prestations de soins primaires et de soins aux personnes âgées afin de redéployer des cliniciens plus expérimentés dans les hôpitaux.^{46,47} Au Royaume-Uni, le ministre de la santé annonçait des mesures similaires pour mobiliser 18 700 finissants en soins infirmiers.⁴⁸

Dans plusieurs cas, en plus des étudiants de dernière année, ce sont les étudiants à divers stades de formation qui ont été appelés en renfort et assignés à des tâches sur mesure dans les secteurs où les besoins sont les plus criants. Des étudiantes aux premiers stades de leur formation en soins infirmiers ont été ainsi affectées à des fonctions d'aides-soignantes dans des États américains. Au Michigan, des étudiants en médecine, en techniques médicales d'urgence et en physiothérapie ont été recrutés comme assistants en soins respiratoires.⁴⁹ En France, les étudiants infirmiers et aides-soignants ont répondu massivement aux demandes de renforts des établissements hospitaliers et des établissements d'hébergement (EHPAD). Dans la région d'Ile-de-France particulièrement touchée par la pandémie, 18 000 étudiants infirmiers et aides-soignants ont été mobilisés auprès des hôpitaux (publics et privés) et des EHPAD et rémunérés au même titre que des professionnels en début de carrière et non simplement comme stagiaires.⁵⁰ Au Royaume-Uni, le *Nursing and Midwifery Council* estimait que ce sont plus de 25 000 étudiants en soins infirmiers, à divers stades de formation, qui auront rejoint les établissements à travers tout le pays dans la lutte contre la COVID-19.⁵¹

⁴³ Murphy B. COVID-19: States call on early medical school grads to bolster workforce. American Medical Association, 31 mars 2020.

⁴⁴ Gooch K. 8 medical schools allowing early graduation to boost COVID-19 workforce. Becker's Hospital Review, 10 avril 2020.

⁴⁵ The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. COVID-19: Impact on Royal College exams; 2020.

⁴⁶ Blake A. 'The Future Is Today': Medical students In the COVID-19 pandemic. Health Affairs Blog, 31 mars 2020.

⁴⁷ Coleman J. Italy will rush 10,000 student doctors into service, scrapping final exams. The Hill, 18 mars 2020.

⁴⁸ Packham A. « I'm very nervous »: student nurses on the frontline against Covid-19. The Guardian, 27 mars 2020.

⁴⁹ State of Michigan. Executive Order 2020-30 (COVID-19). Temporary relief from certain restrictions and requirements governing the provision of medical services; Michigan, 2020.

⁵⁰ Bejenbria L. 18.000 étudiants infirmiers et aides-soignants appelés en renfort dans les hôpitaux et Ehpads d'Ile-de-France. France Bleu, 17 avril 2020.

⁵¹ Ford M. Calls to recognise student nursing response to Covid-19 by wiping fees. Nursing Times, 7 mai 2020.

Dans une perspective de prolongation de la pandémie ou de nouvelles vagues d'éclosions, la capacité à renflouer la main-d'œuvre par le maintien de la production des différents types de personnel de santé est une préoccupation forte des gouvernements et établissements de formation. Ces derniers ont dû jusqu'ici faire preuve de flexibilité et d'ingéniosité pour surmonter les contraintes imposées par les mesures de confinement et de distanciation sociale : formations à distance développées en accéléré, recours à des expériences de simulation, réorganisation des activités de stages, révision des modes d'évaluation, place accrue à la prévention des infections dans les curricula.^{52,53} Pour faciliter la poursuite de la mission d'enseignement en santé, l'État de New York a autorisé que les étudiants de programmes de formation agréés obtiennent des crédits de formation pour des services fournis auprès de patients infectés par la COVID-19.⁵⁴

- **Recours à des sources non traditionnelles de main-d'œuvre**

Anticipant une affluence importante de patients nécessitant des soins ou confrontés à des demandes massives de services au tournant de la crise, plusieurs systèmes de santé ont cherché à puiser dans des sources non traditionnelles de main-d'œuvre. Dans plusieurs pays, les capacités militaires ont été placées en alerte et mobilisées.⁵⁵ Aux États-Unis, près de 14 000 membres de la Garde nationale ont été déployés dans l'ensemble des États, apportant diverses formes de soutien : installation d'hôpitaux temporaires, transport d'équipements, aide dans les cliniques de dépistage, les centres d'appel et les banques alimentaires.⁵⁶ Deux navires-hôpitaux (500 et 1000 lits), avec plus de 800 membres d'équipage dans chaque cas, ont été dépêchés respectivement au large de New York et de Los Angeles, bien que la contribution anticipée n'ait pas été vraiment matérialisée (moins de 200 patients pris en charge à New York en trois semaines).^{57,58} En France, les militaires ont notamment contribué à assurer le transfert des patients par hélicoptères et trains: les salles de réanimation débordées de certaines régions ont transféré les patients vers d'autres régions moins touchées. Deux navires

⁵² Rose S. Medical student education in the time of COVID-19. *JAMA* 2020; 323(21), 2131–2132.

⁵³ National Council of State Boards of Nursing. 2020. *Changes in Education Requirements for Nursing Programs During COVID-19*.

⁵⁴ State of New York. *Executive Order. No. 202.10. Continuing temporary suspension and modification of laws relating to the disaster emergency*. New York, 23 mars 2020.

⁵⁵ Rozenblum S, Greer SL, Wismar M, Jarman H. *What is the role of the military in the COVID-19 response?* WHO Regional Office for Europe : COVID-19 Health System Response Monitor; 29 mai 2020.

⁵⁶ National Guard Bureau. *Secretary Esper enhances National Guard's rapid COVID-19 response*. National Guard Bureau, 28 mars 2020.

⁵⁷ Collman A. *The 500-bed US Navy hospital ship Comfort is leaving NYC after treating just 179 patients in 3 weeks*. Business Insider, 22 avril 2020.

⁵⁸ Salahieh N. *U.S. Navy hospital ship USNS Mercy to depart port of L.A. Friday*. KTLA, 14 mai 2020.

ont été envoyés en soutien hospitalier aux territoires outre-mer.⁵⁹ Au Canada, les Forces armées canadiennes ont déclenché la phase de réponse à la pandémie depuis le 13 mars et ont engagé une série d'actions décisives dans le cadre de l'opération Laser : mise en isolement préventif des effectifs afin de les préparer aux opérations auprès des autorités civiles, mobilisation des réservistes de l'armée, déploiement d'effectifs en renforts en Ontario et au Québec.⁶⁰

Les professionnels de santé formés à l'étranger qui constituent une réserve (souvent ignorée) de capacités ont bénéficié d'un certain intérêt dans plusieurs pays à la faveur de la crise. En Allemagne, plusieurs États (ex. Bavière, Saxe) ont décidé de puiser dans le bassin de 14 000 médecins d'origine étrangère, incluant de nombreux réfugiés syriens, en attente d'une reconnaissance de leurs qualifications. En Bavière, la possibilité leur est offerte de travailler jusqu'à un an dans des postes d'assistants.⁶¹ Aux États-Unis, l'État du New Jersey, l'un des plus touchés par la pandémie, a octroyé des permis d'urgence temporaires aux médecins étrangers qui ont une expérience de pratique d'au moins cinq années et qui n'ont pas discontinué leur pratique durant plus de cinq ans, même s'ils n'ont pas encore passé le *United States Medical Licensing Examination*.⁶² Le décret d'urgence du Nevada donne au médecin-chef de l'État le pouvoir d'octroyer un permis à toute personne qui a complété une formation dans un autre pays même si celle-ci n'est pas encore validée aux États-Unis, sous réserve de vérification de ses titres de pratique.⁶³ D'autres États (New York, Massachusetts) ont adopté une approche plus conservatrice, réduisant simplement la durée de la résidence imposée aux médecins étrangers en quête de reconnaissance de leurs qualifications.⁶⁴ En Ontario, l'Ordre des médecins et des chirurgiens octroie depuis le mois de mars des permis temporaires restrictifs de 30 jours, potentiellement renouvelables, à des

⁵⁹ Cabirol M. *COVID-19 : les armées sur tous les fronts face à un ennemi invisible*. La Tribune, 5 avril 2020.

⁶⁰ Gouvernement du Canada. *Opération LASER 2020-01 – COVID-19*. Canada, 2020.

⁶¹ Wallis E. *Needed: Migrant medics to fight COVID-19 in Germany*. InfoMigrants, 16 avril 2020.

⁶² New Jersey Division of Consumer Affairs. 2020. *Temporary emergency foreign physician licensure program*.

⁶³ State of Nevada. *Declaration of emergency directive 011*. Nevada, 1^{er} avril 2020.

⁶⁴ State of Massachusetts. *Order providing accelerated licensing of physicians educated in foreign medical schools. COVID-19 Order No. 23*. Massachusetts, 9 mars 2020.

médecins formés à l'étranger ayant réussi les examens d'une instance réglementaire au Canada, les autorisant à travailler sous supervision, à titre de médecins assistants.⁶⁵

Face à l'ampleur et la diversité des besoins générés par la crise, les systèmes de santé ont aussi misé, dans beaucoup de cas, sur des volontaires qui n'ont pas nécessairement de qualifications formelles dans un domaine de santé. Au Royaume-Uni, ce sont plus de 750 000 volontaires qui, au 30 mars, ont été enrôlés par le *National Health Service* pour être affectés à diverses tâches dans la lutte contre la COVID-19 : ramassage et livraison de nourriture, médicaments et autres biens essentiels pour des personnes en situation d'isolement ; soutien par téléphone à des personnes vulnérables vivant en solitude ; transport de patients ne posant pas de risques particuliers ; transport de matériel entre divers sites du *National Health Service*. Cependant, il a été montré que seule une faible proportion de ces bénévoles aura été effectivement utilisée.⁶⁶ Dans d'autres cas, les administrations ont misé sur des ententes avec des organismes communautaires ou des ONG, soit pour recruter des travailleurs qui sont formés et affectés à des tâches sur mesure (opérations de traçage, diffusion des messages de santé publique à des groupes cibles), soit pour organiser la dispensation des services pour certains groupes vulnérables.⁶⁷ Dans l'État de New York, le gouverneur a annoncé un recrutement massif pouvant aller jusqu'à 17 000 enquêteurs qui suivront une formation afin d'être affectés aux opérations de traçage.⁶⁸ En Californie, suivant une entente conclue entre le gouvernement de l'État et deux universités, ce sont jusqu'à 20 000 personnes, en grande partie des employés de l'État, qui seront formées et redéployées pour effectuer ces opérations de traçage.⁶⁹ Au Canada, 1 700 intervieweurs de Statistique Canada et un nombre supplémentaire non déterminé de fonctionnaires fédéraux ont été réquisitionnés pour appuyer les efforts des provinces à intensifier les opérations de traçage.⁷⁰

Ce premier levier s'est avéré le moins complexe parmi les trois à mobiliser, donnant lieu à des mesures multiples, rapidement décrétées par les autorités sanitaires et divers acteurs institutionnels, avec une grande convergence d'un pays et territoire à un autre. Les élans de solidarité nationale manifestés durant la pandémie se sont traduits dans la plupart des pays et territoires par une réponse forte des différents groupes (retraités,

Pour tirer pleinement parti de ce premier levier, les systèmes de santé devaient aussi avoir les moyens d'intégrer rapidement la réserve de main-d'œuvre disponible, en minimisant le temps de réaction.

⁶⁵ College of Physicians and Surgeons of Ontario. *COVID-19 FAQs for Physicians. Registration and Licensure - Supervised Short-Duration Certificates*; 2020.

⁶⁶ Butler P. *NHS coronavirus crisis volunteers frustrated at lack of tasks*. The Guardian, 3 mai 2020.

⁶⁷ Smith D.O, Wennerstrom A. *To strengthen the public health response to COVID-19, we need community health workers*. Health Affairs Blog, 6 mai 2020. DOI: 10.1377/hblog20200504.336184

⁶⁸ Voytko L. *NY will hire contact tracing 'army' of 17,000 to battle coronavirus, Cuomo says*. Forbes, 30 avril 2020.

⁶⁹ Becker R. *California readies army of coronavirus detectives*. CalMatters, 4 mai 2020.

⁷⁰ Premier Ministre du Canada. 2020. *Allocution du premier ministre sur le dépistage, la recherche de contacts et l'échange de données sur la COVID-19*. Ottawa, 22 mai 2020.

Les risques posés par la COVID-19 et les bouleversements qui y sont associés (ex. confinements, distanciation sociale, arrêt de différents services de soutien) posent des contraintes particulièrement fortes pour les travailleurs de santé.

étudiants, professionnels formés à l'étranger) à l'appel lancé par les gouvernements. Cependant, il reste à démontrer dans quelle mesure les différentes actions résultant de la mobilisation de ce premier levier ont contribué à augmenter de manière significative les effectifs. Pour tirer pleinement parti de ce premier levier, les systèmes de santé devaient aussi avoir les moyens d'intégrer rapidement la réserve de main-d'œuvre disponible, en minimisant le temps de réaction. Cette adaptation suppose que certaines capacités étaient déjà présentes en amont : processus éprouvés et flexibles en matière de recrutement (vérification des titres et antécédents, entrevues), mécanismes d'accueil et d'orientation, capacités de mise à niveau et de formation des recrues, ressources d'encadrement et de supervision, capacités d'accompagnement des travailleurs qui doivent s'approprier des tâches ne faisant pas partie de leurs pratiques habituelles. Les effets attendus sont susceptibles d'être compromis dans les pays et territoires où de nombreux établissements composaient déjà avec des déficits de capacités en matière de gestion des ressources humaines en santé.

La portée de certaines stratégies associée à ce premier levier est aussi sujette à caution. Les retraités comptent souvent pour une proportion importante des candidats ayant répondu à l'appel des autorités sanitaires. Cependant, ils sont susceptibles de n'avoir qu'une disponibilité limitée, circonscrite dans le temps et avec un nombre réduit d'heures hebdomadaires par rapport au reste du personnel. L'épidémiologie de la COVID-19 limite aussi les options quant au déploiement des retraités plus âgés. Les mesures prises par les établissements de formation pour accélérer la sortie des étudiants de dernière année semblaient offrir à certains pays comme l'Italie une option pour assurer un afflux important de nouveaux travailleurs immédiatement disponibles. Encore faut-il que les établissements de santé aient les moyens d'assurer l'intégration de ces nouveaux travailleurs dans les équipes de travail, en temps opportun. En ce qui concerne les professionnels formés à l'étranger, quelques États et territoires ont annoncé des assouplissements, mais en général, la portée limitée de ces derniers ne devrait se traduire que par un effet tout aussi limité sur la disponibilité de nouveaux effectifs. Certaines mesures spectaculaires impliquant les militaires, comme le déploiement de deux navires-hôpitaux respectivement au large de New York et de Los Angeles n'ont eu qu'un impact limité en comparaison à l'efficacité du soutien apporté par les militaires déployés auprès des équipes de terrain (ex. soutien logistique de la garde nationale dans les États américains, déploiement de certains membres de l'équipage de l'USNS Mercy accostant au large de Los Angeles dans des établissements de soins de longue durée, soutien apporté par les équipes des Forces armées canadiennes aux établissements de soins de longue durée du Québec et de l'Ontario).

Ce premier levier doit certainement continuer à faire partie des instruments de politique des autorités sanitaires pour renforcer les capacités de main-d'œuvre en contexte de crise. Cependant, d'autres données et évaluations seront nécessaires pour effectuer un bilan définitif quant à la contribution réelle des diverses stratégies utilisées, quant à la capacité d'adaptation démontrée par divers systèmes de santé en mobilisant ce levier et quant à la marge de manœuvre supplémentaire qu'ils ont gagnée en termes de nouveaux effectifs.

2.1.2. Deuxième levier : maximiser la présence au travail des effectifs disponibles

Les risques posés par la COVID-19 et les bouleversements qui y sont associés (ex. confinements, distanciation sociale, arrêt de différents services de soutien) posent des contraintes particulièrement fortes pour les travailleurs de santé. Les systèmes de santé ont ainsi dû miser sur diverses stratégies pour atténuer l'impact de ces contraintes sur la présence au travail.

- **Protection des travailleurs contre l'infection**

Les données présentées précédemment indiquent que les travailleurs de santé constituent l'un des groupes les plus fortement touchés par la pandémie. La préservation des effectifs disponibles et leur présence au travail dépendent ainsi fortement de l'application rigoureuse de mesures de prévention des infections par les travailleurs et l'accès de ces derniers aux équipements de protection individuelle. La compétition internationale pour l'acquisition des masques qui a prévalu durant plusieurs semaines était symptomatique des efforts déployés, quoique tardivement dans de nombreux cas, pour constituer des stocks d'équipements destinés à protéger leurs travailleurs et à permettre à ceux-ci de rester fonctionnels. Cependant, au-delà de l'approvisionnement, les témoignages provenant de nombreux pays ont fait état de plusieurs défis complémentaires qui étaient posés aux systèmes de santé : gestion optimale des stocks disponibles, acheminement en temps opportun aux établissements, priorité d'accès aux travailleurs de santé, formation des travailleurs en prévention et lutte contre les infections, utilisation adéquate par les travailleurs des équipements de protection qui leur sont fournis, équité dans la distribution des équipements en prenant en compte les travailleurs de soutien ayant un statut moins élevé dans la hiérarchie professionnelle.^{71,72,73}

⁷¹ Herron J, Hay-David A, Gilliam AD, Brennan PA. Personal protective equipment and Covid 19- a risk to healthcare staff?. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery* 2020; 58(5), 500–502.

⁷² Wetsman N. *Health care workers are at high risk of catching COVID-19*. *The Verge*, 6 mars 2020.

⁷³ Cahan E, DeButts M. *The other hospital workers on the front lines of the pandemic*. *Vox*, 15 avril 2020.

Une stratégie mise à l'échelle dans de nombreux pays tant pour protéger les travailleurs que les usagers des services de santé a été l'établissement de portes d'entrée centralisées (lignes téléphoniques, plateformes web, installations temporaires dédiées) pour les patients infectés, réduisant ainsi le nombre de travailleurs susceptibles d'entrer en contact avec ces patients. Par contre, dans beaucoup de cas, les autres portes d'entrée habituelles du système (services d'urgence, services de soutien à domicile, établissements de santé de première ligne) n'auront bénéficié que tardivement de mesures visant à protéger le personnel.⁷⁴ De manière similaire, les établissements de soins de longue durée particulièrement vulnérables à la pandémie n'ont, pour un grand nombre, mis en place que tardivement des mesures de protection essentielles : restrictions des accès pour les visiteurs et le personnel non essentiels, dépistage systématique des symptômes auprès du personnel soignant, restriction des mouvements des résidents et du personnel, formation du personnel à l'utilisation des équipements de protection individuelle, audits visant à renforcer l'adhésion du personnel aux pratiques de prévention et de contrôle des infections.⁷⁵

La délimitation des espaces dédiés au traitement des patients infectés (unités d'un même établissement, établissements entiers, installations temporaires) est une autre option qui a été utilisée dans plusieurs pays et associée à plusieurs avantages : exposition d'un nombre moins élevé de travailleurs, préparation et formation d'équipes dédiées qui sont ainsi plus aguerries, diminution des va-et-vient entre des patients infectés et non infectés.⁷⁶ Quelques États et territoires ont misé sur des procédures systématiques et répétées de dépistage pour identifier rapidement les travailleurs infectés et éviter que ceux-ci ne propagent le virus à d'autres collègues ou patients (ex. Danemark, New York). Dans l'État de New York, les possibilités de dépistage ont été étendues dès le mois d'avril 2020 à tous les travailleurs de santé, qu'ils soient symptomatiques ou non, même si les capacités de dépistage étaient alors relativement limitées.⁷⁷ La même telle politique n'a été adoptée que tardivement en Angleterre.⁷⁸

⁷⁴ Woods B. *Home health-care workers in US at tipping point amid coronavirus outbreak*. CNBC, 14 avril 2020.

⁷⁵ True S, Cubanski J, Garfield R, Rae M, Claxton G, Chidambaram P, Orgera K. *COVID-19 and workers at risk: Examining the long-term care workforce*. Kaiser Family Foundation, 23 avril 2020.

⁷⁶ Her M. *Repurposing and reshaping of hospitals during the COVID-19 outbreak in South Korea*. *One Health 2020*; 10, 100137. Advance online publication.

⁷⁷ Gooch K, Anderson M. *New York expands COVID-19 testing for healthcare workers, allows pharmacists to conduct tests*. *Becker's Hospital Review*, 27 avril 2020.

⁷⁸ Curry N, Langins M. *What measures have been taken to protect care homes during the COVID-19 crisis?* WHO Regional Office for Europe : COVID-19 Health System Response Monitor; 8 juin 2020.

- **Protection de la santé psychologique**

Au même titre que la santé physique, la préservation de la santé psychologique des travailleurs en contexte de crise est essentielle pour assurer la disponibilité et la présence au travail du plus grand nombre. Les risques posés par la pandémie sur la santé psychologique des travailleurs ont des sources multiples : fatigue, conflit travail-vie personnelle, conflit entre le devoir de soigner et le besoin de se protéger, sentiment de culpabilité et d'inefficacité face à la souffrance des patients et aux besoins non comblés de ces derniers, peur de transmettre l'infection à leur famille particulièrement quand un proche est une personne âgée, immunodéprimée ou avec des conditions chroniques.⁷⁹ Pour atténuer l'impact de ces risques, les systèmes de santé ont misé, à des degrés divers, sur le renforcement des programmes d'aide aux travailleurs et sur des mesures visant à faciliter l'accès à des services de santé mentale. L'une des mesures qui reflète la plus grande convergence, d'un pays à l'autre, a été la mise en place de lignes téléphoniques à différents niveaux (gouvernements, administrations territoriales, établissements) pour soutenir les travailleurs en situation de détresse psychologique. Dans plusieurs états américains (ex. New York, Pennsylvanie, Philadelphie, Missouri), des milliers de professionnels en santé mentale ont été mobilisés sur des plateformes de télésanté pour prodiguer des services de soutien psychosocial aux travailleurs.⁸⁰ Des mesures similaires ont été adoptées dans plusieurs pays européens (ex. Finlande, Italie, Royaume-Uni).⁸¹ Diverses autres initiatives répertoriées varient d'un pays à l'autre, s'appuyant sur les ressources et capacités existantes à divers niveaux du système de santé. À l'échelle des établissements, les capsules de formation en ligne, les sessions régulières d'information et de rétroaction avec les superviseurs, les activités de méditation, les groupes de soutien par les pairs font partie d'un large éventail d'outils utilisés. Des associations professionnelles ont constitué des banques de ressources de mieux-être qui sont mises en ligne à disposition de leurs membres. Alors que divers États et territoires ont adopté des règlements éliminant les restrictions quant au nombre d'heures travaillées (ex. suspension des législations adoptées dans plusieurs États américains pour limiter le nombre d'heures consécutives ou hebdomadaires travaillées par le personnel de soins infirmiers), certaines organisations comme le *Centers for Disease Control and Prevention* et le

⁷⁹ Walton M, Murray E. Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care* 2020; 9(3), 241–247.

⁸⁰ Spetz J. 2020. *There are not nearly enough nurses to handle the surge of coronavirus patients: here's how to close the gap quickly.* Health Affairs Blog, 31 mars 2020.

⁸¹ Williams GA, Scarpetti G, Maier CB. How are countries supporting the mental health and wellbeing of their health workforce? WHO Regional Office for Europe : COVID-19 Health System Response Monitor; 21 mai 2020.

National Institute for Occupational Safety and Health ont développé des mesures visant à réduire les risques liés aux longues heures de travail : lignes directrices à l'intention des gestionnaires et des travailleurs, formation à l'intention des travailleurs.^{82,83}

- **Conciliation travail/vie personnelle**

Les bouleversements de la vie quotidienne engendrés par la pandémie de COVID-19 posent d'autant plus de contraintes sur les travailleurs essentiels, comme ceux de la santé, qui doivent tout au long de la crise concilier les obligations personnelles avec les obligations professionnelles.⁸⁴ Leur présence au travail est ainsi dépendante des options à leur disposition pour atténuer les conflits entre ces deux types d'obligations. En Amérique du Nord et en Europe, de nombreuses administrations ont ainsi cherché à offrir des options en matière de garde des enfants en mettant à contribution les réseaux de services existants (services de garde d'urgence réservés aux travailleurs essentiels, remboursements des frais de garde, services intramuros de grandes organisations) ou, dans certains cas, en s'appuyant sur des réseaux de solidarité.^{85,86} Plusieurs autres mesures ont été répertoriées, sans refléter toutefois une grande convergence dans leur implantation d'un pays à l'autre : alternatives offertes aux travailleurs pour réduire le risque de propagation de l'infection entre le milieu de travail et la sphère familiale (ex. hébergement dans des hôtels pour des travailleurs qui veulent éviter d'exposer leurs familles)⁸⁷ ; lignes directrices développées à l'intention des travailleurs pour les aider à gérer les va-et-vient entre leurs milieux de travail et leurs domiciles (déshabillage, hygiène, conditionnement des chaussures,

⁸² *Centers for Disease Control and Prevention. What workers and employers can do to manage workplace fatigue during COVID-19?* Updated May 19, 2020.

⁸³ Caruso CC, Geiger-Brown J, Takahashi M, Trinkoff A, Nakata A. *NIOSH training for nurses on shift work and long work hours*. Cincinnati, OH: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, Revised 04/2020.

⁸⁴ Bayham J, Fenichel EP. Impact of school closures for COVID-19 on the US health-care workforce and net mortality: a modelling study. *Lancet Public Health* 2020; 5(5), e271-e278.

⁸⁵ Friendly M, Ballantyne M. *COVID-19 crisis shows us childcare is always an essential service*. Policy Options, 24 mars 2020.

⁸⁶ Willis Towers Watson. *How are U.S. health care providers managing compensation amid COVID-19?* Willis Towers Watson, 26 mars 2020.

⁸⁷ Varner C. Parents on the front lines of COVID-19 face tough choices. *Canadian Medical Association Journal* 2020; 192(17), E467-E468.

décontamination des surfaces).⁸⁸ D'autres initiatives implantées, encore ici à des degrés très variés d'un pays à l'autre, ont davantage visé à fournir aux travailleurs un soutien matériel permettant de les libérer de certaines contingences de la vie quotidienne (ex. repas gratuits, livraison d'épiceries, services de blanchisserie, transport sécuritaire, accès gratuit aux transports publics, stationnement gratuit).⁸⁹ À titre d'exemple, en Angleterre par exemple, le *National Health Service* a dû gérer une avalanche d'offres diverses effectuées par un large éventail d'entreprises dans divers secteurs (ex. alimentation, transport) pour soutenir et encourager les travailleurs de santé.⁹⁰

- **Incitations financières**

En plus des mesures mentionnées plus haut, plusieurs pays et territoires ont aussi mis sur des incitations financières pour encourager la présence au travail et, dans certains cas, tenter d'inverser les taux croissants d'absentéisme enregistrés au fil de l'évolution de la crise. Ces incitations, souvent désignées comme des primes de risque, ont emprunté des formes diverses : montants forfaitaires, augmentation des salaires horaires, rehaussement des tarifs usuels payés pour les heures supplémentaires. Ces primes ont en général ciblé les groupes d'emplois qui sont en première ligne dans la dispensation des services et qui sont les plus exposés au risque (ex. personnel de soins infirmiers, employés des services d'hygiène et de salubrité). En France, par exemple, une prime exceptionnelle pouvant aller jusqu'à 1 500 euros exempte d'impôts était octroyée à tous les travailleurs ayant exercé leurs fonctions entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020 dans les secteurs hospitaliers des départements les plus touchés par la pandémie. À cela s'ajoutait une majoration de 50 % des tarifs payés pour les heures supplémentaires.⁹¹ La violence de la crise dans les établissements de soins de longue durée, dans de nombreux États et territoires, a porté à l'avant-plan la précarité des conditions de travail, notamment pour les travailleurs de soutien qui constituent une majorité de la main-d'œuvre dans ce secteur : faibles niveaux de salaires, rôles peu valorisés, horaires irréguliers, lourdes charges de travail, faible soutien des superviseurs, peu d'occasions de formation. En Colombie-Britannique, pour juguler la crise dans ce secteur de soins, le gouvernement a pris la mesure exceptionnelle de s'octroyer le rôle d'employeur de tous les travailleurs œuvrant dans les établissements

Ce deuxième levier touche la capacité des systèmes de santé, dans un contexte de crise, à s'adapter pour aller au-delà des conditions négociées de travail et offrir à leurs membres tout le soutien que nécessitent les circonstances.

⁸⁸ Alberta Health Services. Staff Tips: COVID-19 personal clothing and cleaning surfaces. Alberta, 27 avril 2020.

⁸⁹ Centers for Medicare & Medicaid Services. *Additional background: sweeping regulatory changes to help U.S. healthcare system address COVID-19 patient surge*. Fact sheet, 30 mars 2020.

⁹⁰ National Health Service. *NHS staff offers*; 2020.

⁹¹ Alexandre S. *Une prime de 500 à 1500 € pour le personnel soignant*. Le Figaro, 17 avril 2020.

Si les mesures associées à l’octroi de primes de risques et autres incitations financières pouvaient être décrétées, celles touchant la protection de la santé (physique et psychologique) et la conciliation travail/vie personnelle devaient s’appuyer sur les pratiques et ressources (institutionnelles et organisationnelles) existantes.

de soins de longue durée. Il a pris le contrôle de leurs salaires qui ont été rehaussés et standardisés, transformé les postes à temps partiel en temps plein et limité les employés à la possibilité de ne pouvoir travailler que dans un seul établissement.^{92,93}

Ce deuxième levier touche la capacité des systèmes de santé, dans un contexte de crise, à s’adapter pour aller au-delà des conditions négociées de travail et offrir à leurs membres tout le soutien que nécessitent les circonstances. Indépendamment de la capacité à augmenter les effectifs disponibles, ce levier offre les moyens de diminuer l’absentéisme, de maintenir le personnel disponible au travail, assurant ainsi une stabilité particulièrement essentielle en contexte de crise. Dans les contextes où les établissements de santé devaient déjà faire face à des déficits importants d’effectifs, ce levier peut, au minimum, prévenir l’aggravation. Dans les contextes où les établissements étaient dans une situation équilibrée, ce levier a le potentiel de leur fournir la marge de manœuvre nécessaire pour mieux répondre à la situation de crise.

Cependant, les quatre stratégies mentionnées impliquent des mesures qui, pour plusieurs, posent d’importants défis de mise en œuvre. Si les mesures associées à l’octroi de primes de risques et autres incitations financières pouvaient être décrétées, celles touchant la protection de la santé (physique et psychologique) et la conciliation travail/vie personnelle devaient s’appuyer sur les pratiques et ressources (institutionnelles et organisationnelles) existantes en matière de santé au travail, de prévention et contrôle des infections, de gestion des ressources humaines, de reconnaissance du travail des employés et de soutien à leur travail. La traduction opérationnelle de ces stratégies a ainsi donné lieu, à des combinaisons variées d’un pays à l’autre, reflétant diverses réalités. Par exemple, les options offertes aux travailleurs en matière de garde d’enfants, durant la pandémie, ont été tributaires des politiques et modalités préexistantes d’organisation de ces services. De manière similaire, au-delà de l’approvisionnement en équipements de protection individuelle, les mesures de protection de la santé (physique et psychologique) des travailleurs devaient s’appuyer sur des capacités préexistantes en matière de santé et de sécurité du travail (ex. formation et sensibilisation des travailleurs à divers risques de leur environnement, programmes d’aide, ressources de soutien).

Encore ici, au regard de l’information actuellement disponible, ce tour d’horizon rapide ne visait pas à mesurer l’association entre les combinaisons de mesures

⁹² Wyton M. *BC boosts pay for long-term care workers amidst COVID-19*. The Tyee, 1^{er} avril 2020.

⁹³ Spetz J., Frogner B. *Summary - Expanded scope of practice*. The Fitzhugh Mullan Institute for Health Workforce Equity, 1^{er} avril 2020.

déployées et les gains obtenus. Il aura simplement mis en lumière l'éventail d'outils qui peuvent être utilisés pour mieux valoriser et soutenir le travail du personnel et combler ainsi d'éventuelles zones de vulnérabilités. Il reste que la plupart des mesures sont temporaires, circonscrites à la période de l'état d'urgence sanitaire. Cette temporalité ne devrait pas occulter les séquelles que laissera la crise sur les travailleurs de santé et la nécessité d'un soutien à long terme pour assurer la récupération de la main-d'œuvre dans les meilleures conditions.

2.1.3. Troisième levier : optimiser l'utilisation et la contribution des travailleurs présents

Au-delà des efforts déployés par les autorités de santé pour assurer la présence au travail du plus grand nombre possible de travailleurs, l'efficacité de leurs réponses était aussi liée à la capacité à faire un usage optimal de cette main-d'œuvre disponible et présente. Trois principales stratégies déployées durant la crise reflètent cette volonté de maximiser la contribution des différents groupes de travailleurs.

- **Décloisonnement des champs de pratiques et transfert de tâches entre les groupes professionnels**

Les mesures d'urgence mises en place par les acteurs institutionnels (gouvernements, ordres professionnels) ont inclus, dans de nombreux cas, des dispositions qui sont en rupture avec l'étanchéité traditionnelle des frontières professionnelles. Les autorités ont cherché à assouplir les cadres réglementaires existants de manière à pouvoir utiliser la pleine étendue du capital de compétences disponible et faciliter le transfert ou la délégation d'actes jusqu'alors strictement réservés à un seul groupe professionnel. Plusieurs restrictions ont été ainsi levées de manière à laisser aux organisations de santé une plus grande flexibilité dans l'utilisation des ressources humaines à leur disposition. Le Maryland est l'un des territoires qui est allé le plus loin avec une déréglementation des services d'urgence et la possibilité pour tous les professionnels de santé œuvrant dans ce secteur de travailler au-delà des limites régulières de leur champ de pratique, sous certaines conditions.⁹⁴ Trois autres États américains (New York, Indiana et Pennsylvanie) se sont aussi distingués par l'intensité des mesures mises en œuvre pour alléger le cadre réglementant les champs de pratique, tant pour le

Au-delà des efforts déployés par les autorités de santé pour assurer la présence au travail du plus grand nombre possible de travailleurs, l'efficacité de leurs réponses était aussi liée à la capacité à faire un usage optimal de cette main-d'œuvre disponible et présente.

⁹⁴ State of Maryland. *Order of the Governor of the state of Maryland. Number 20-03-19-03. Augmenting the emergency medical services workforce*; March 19, 2020.

nombre de dispositions prises que pour le nombre de groupes professionnels concernés.⁹⁵

Ailleurs, les exemples montrent des mesures variées visant à élargir les rôles professionnels de groupes divers.⁹⁶ Plusieurs États et territoires (ex. USA, Canada) ont accordé une plus grande autonomie de pratique à des groupes professionnels (ex. infirmières praticiennes, assistants médicaux, infirmières anesthésistes) traditionnellement assujettis à la supervision médicale et élargi leurs responsabilités.^{97,98,99} Au Michigan et au New Hampshire, des personnels non soignants (ex. coordonnateurs d'activités, bénévoles) ont été autorisés à assumer certaines responsabilités d'assistance au soin (ex. alimentation, transport).^{100,101} Des professionnels dont certaines compétences de base en santé sont reconnues ont été autorisés à effectuer des tâches définies dans des domaines ciblés, sous la supervision d'un spécialiste du domaine concerné. Au Michigan, des étudiants en médecine, des physiothérapeutes et des techniciens médicaux d'urgence ont été ainsi appelés à assister les médecins, les inhalothérapeutes et les infirmières de pratique avancée pour des interventions touchant la respiration assistée.¹⁰² Au Royaume-Uni, des infirmiers en soins dentaires avec une expérience en sédation ont été mobilisés en première ligne dans les unités de soins intensifs auprès des patients atteints de la COVID-19.¹⁰³ En Ontario, en plus de leurs rôles traditionnels, les ambulanciers ont été mobilisés dans des tâches de triage et de dépistage dans des sites non traditionnels (ex. domiciles, établissements de soins de longue durée).¹⁰⁴

D'autres assouplissements réglementaires ont visé, de manière spécifique, à renforcer les efforts de dépistage. Aux États-Unis, le gouvernement américain a autorisé, à partir

⁹⁵ Spetz J., Frogner B. *Summary - Expanded scope of practice*. The Fitzhugh Mullan Institute for Health Workforce Equity, 1^{er} avril 2020.

⁹⁶ Assistant Secretary for Preparedness and Response. *Topic collection: COVID-19 scope of practice expansions*; 2020.

⁹⁷ Germack H Norful A, Riman K. *Surge in policies expanding nurse practitioner scope of practice in response to COVID-19 provide an important research opportunity*. AcademyHealth, 5 mai 2020.

⁹⁸ Joannou. A. *Nurse practitioners given more responsibilities in Alberta nursing homes amid COVID-19 pandemic*. Edmonton Journal, 5 mai 2020.

⁹⁹ New York State Education Department. *COVID-19 pandemic and professional practice. Important information for licensees impacted by COVID-19*; 2020.

¹⁰⁰ State of Michigan. Executive Order 2020-13 (COVID-19). *Temporary enhancements to operational capacity and efficiency of health care facilities*; 2020.

¹⁰¹ State of New Hampshire. *Emergency order #42 pursuant to executive order 2020-04 as extended by executive orders 2020-05 and 2020-08. Authorizing temporary health partners to assist in responding to the COVID-19 in long-term care facilities*; 2020.

¹⁰² State of Michigan. Executive Order 2020-30 (COVID-19). *Temporary relief from certain restrictions and requirements governing the provision of medical services*; 2020.

¹⁰³ Bissett J. *Covid-19 crisis – dental nurses on the frontline: a report*. Dental Nursing, 1^{er} avril 2020.

¹⁰⁴ Montanini C. *Paramedics offer COVID-19 tests on wheels*. The Beacon Herald, 14 mai 2020.

du 8 avril 2020, toutes les pharmacies à réaliser des tests de dépistage de la COVID-19, y compris des tests sérologiques, en vue de rattraper le retard accumulé.¹⁰⁵ Les dentistes étaient aussi autorisés dans certains États à administrer le test et à utiliser diverses autres compétences inhérentes à leur formation pour aider à la prise en charge des patients hospitalisés (ex. administration de médication par voie intraveineuse, sédation).¹⁰⁶

Les modifications réglementaires ont cherché également à assurer une accessibilité et continuité de services pour des usagers non infectés par la COVID-19 et à les maintenir autant que possible hors des services hospitaliers. Diverses restrictions (ex. exigence de supervision par un autre professionnel ayant des qualifications plus élevées, passage obligé par le médecin comme porte d'entrée, exclusivité de certains actes pouvant être délégués) ont été ainsi levées de manière à faciliter la dispensation de certains services définis par divers groupes professionnels : pharmaciens (consultation pour une liste de problèmes de santé courants, prolongation d'ordonnances), Infirmières praticiennes spécialisées (autorisation de prescription de certains médicaments), techniciens de laboratoires (tests diagnostiques à domicile) ; technicien en pharmacie (exigence de supervision par un pharmacien levée pour certaines tâches : entrée de données, liaison avec les assureurs).^{107,108,109}

Cet éventail de mesures assouplissant les mécanismes habituels de partage d'activités était guidé par le souci de rendre l'expertise accessible en temps opportun et au bon endroit, éviter que des restrictions non nécessaires entravent la prise en charge des patients, assurer que des professionnels ayant un rôle critique dans la gestion de la crise (médecins, infirmières, inhalothérapeutes) puissent s'engager dans des rôles où leur contribution est la plus nécessaire et urgente plutôt que dans des tâches pouvant être prises en charge par d'autres.

- **Recours à la télésanté**

Le recours à la télésanté est une autre stratégie sur laquelle les autorités sanitaires ont misé pour optimiser l'utilisation de la main-d'œuvre existante. Les outils de télésanté

¹⁰⁵ U.S. Department of Health & Human Services. *HHS Statements on authorizing licensed pharmacists to order and administer COVID-19 tests*. Washington, 8 avril 2020.

¹⁰⁶ California Dental Association. *Executive order expands California's workforce to respond to COVID-19 surge*. Sacramento, 31 mars 2020.

¹⁰⁷ National Governors Association. *Gubernatorial strategies for health care workforce and facility capacity*. Mémoire, 6 avril 2020.

¹⁰⁸ State of Texas. 2020. *Governor Abbott waives certain pharmacy regulations to increase workforce capabilities*. Press release. Texas, 7 avril 2020.

¹⁰⁹ State of Massachusetts. *Order of the commissioner of public health related to pharmacy practice*. Massachusetts Department of Public Health, 24 mars 2020.

ont bénéficié d'un intérêt particulièrement fort durant la crise et utilisé à diverses fins : réduire l'exposition des professionnels de santé à des patients infectés, composer avec les mesures de distanciation sociale, et offrir, à certaines clientèles, une substitution aux services suspendus. Plusieurs administrations ont tiré avantage des outils électroniques pour redéployer le personnel en isolement préventif, en quarantaine ou avec des risques particuliers, dans des services de télémédecine, des lignes d'appel téléphonique, des systèmes de triage à distance. Avec l'épidémiologie de la COVID-19 qui met particulièrement à risque les travailleurs plus âgés, les outils de télésanté offraient aussi une option pour maintenir la contribution de ces derniers.¹¹⁰ Des médecins âgés, qui devaient se retirer de manière préventive, pouvaient continuer à offrir une télé expertise à de jeunes collègues et effectuer des tournées virtuelles en utilisant des dossiers électroniques et des échanges virtuels avec les résidents et les internes.

Dans plusieurs États et territoires (États-Unis, Canada, Europe), les autorités sanitaires ont éliminé les restrictions qui excluaient la couverture de la plupart des services de télésanté par les régimes publics de santé. Les nouvelles dispositions adoptées élargissent au contraire la couverture : une plus large gamme de services couverts (visites de routine, triage, dépistage, suivi de maladies chroniques, services de santé mentale), un plus grand nombre de groupes professionnels éligibles à des remboursements (médecins, infirmières praticiennes, pharmaciens, professionnels de réadaptation, travailleurs sociaux) et une extension des lieux de dispensation des services (milieux hospitaliers, cliniques médicales, établissements de soins de longue durée, domiciles).^{111,112,113} Les réglementations concernant la gestion des données ont été assouplies de manière à permettre l'utilisation de différentes plateformes électroniques auparavant non admissibles. Les règles concernant les prescriptions en ligne ont été allégées en même temps. En France, suite au décret autorisant des téléconsultations remboursées à 100 % par l'assurance maladie, leur nombre a explosé. L'entreprise Doctolib qui a offert sa plateforme gratuitement à tous les médecins de France, depuis le 5 mars, a enregistré 4,6 millions de consultations vidéo depuis cette date, contre seulement 200 000 avant l'épidémie. La plateforme a été adoptée par 32 500 professionnels de santé dont 70 % sont des médecins généralistes. D'autres chiffres plus complets de la Caisse nationale d'assurance maladie indiquent que le

¹¹⁰ Neale T. An age/old dilemma? Pulling senior cardiologists from the front during COVID-19. *TCTMD*, 14 avril 2020.

¹¹¹ Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet* 2020; 395(10231), 1180 - 1181.

¹¹² Rockwell KL, Gilroy AS. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *The American Journal of Managed Care* 2020; 26(4), 147-148.

¹¹³ Federation of State Medical Boards. *U.S. states and territories modifying requirements for telehealth in response to COVID-19*. Texas, 26 mai 2020.

nombre de consultations vidéo qui était de 15 000 pour l'ensemble du territoire par semaine avant la pandémie a atteint un pic de plus de 1 million en avril 2020.^{114,115} Au Canada, un monitoring effectué par le Collège Royal des Médecins indique qu'à ce jour, des avancées en matière de télémédecine ont été observées dans chacune des provinces canadiennes, avec des autorisations pour les médecins de réclamer des remboursements aux régimes publics d'assurance maladie, suivant des modalités variables.¹¹⁶ Au-delà des régimes publics, les compagnies d'assurance privées qui étaient déjà plus actives auparavant cherchent également à renforcer leur offre de soins à distance et à élargir leurs options de remboursements.¹¹⁷

- **Redéploiement du personnel disponible**

Les décrets d'urgence sanitaires adoptés dans divers États et territoires ont conféré aux autorités sanitaires toute la latitude nécessaire pour redéployer le personnel vers les secteurs ayant les besoins les plus criants. Dans certains cas, de telles dispositions étaient nécessaires pour parer aux contraintes posées par les conventions collectives régissant les contrats de travail.^{118,119,120} Dans la plupart des pays, l'intensité de l'épidémie a été concentrée dans certaines régions, souvent de grandes zones métropolitaines. Les autorités sanitaires devaient ainsi organiser le déploiement des effectifs de manière à répondre aux besoins accrus de ces régions. Les dispositions facilitant le redéploiement du personnel leur offraient diverses possibilités : déplacer des effectifs vers ces régions les plus touchées ; accroître les effectifs dans les unités de soins critiques ou dans les établissements faisant face à des demandes accrues de services ; combler les besoins en effectifs des installations temporaires ; redéployer, en première ligne et dans les communautés, des professionnels de santé dont l'activité habituelle était ralentie et qui peuvent contribuer, entre autres, aux activités de dépistage, aux enquêtes de santé publique ou à la prise en charge de problèmes de santé courants ; modifier les horaires de travail et les responsabilités assignées ; reporter ou annuler des congés.

¹¹⁴ Doctolib. *Encore 30 fois plus de consultations vidéo qu'avant l'épidémie : comment pérenniser cette pratique?* ? France, 8 juin 2020.

¹¹⁵ Doctolib. *2,5 millions de rendez-vous pris sur Doctolib en consultation vidéo depuis le début de l'épidémie.* Dossier de presse. France, 23 avril 2020.

¹¹⁶ Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Lignes directrices sur la télémédecine et les soins virtuels (et autres ressources cliniques sur la COVID-19)*; 2020.

¹¹⁷ Deschamps T. *Coronavirus prompts some Canadian insurance companies to go digital.* The Canadian Press, 1^{er} avril 2020.

¹¹⁸ Manitoba government et al. *Memorandum of agreement - redeployment of staff within or between employer organizations relating to COVID-19*; 2020.

¹¹⁹ Watts M, Wells A, Newell S, Putyra M. *COVID-19 Emergency orders – extraordinary work deployment measures in health service providers and long-term care homes in Ontario.* OSLER, 26 mars 2020.

¹²⁰ Gooch K. *Massachusetts hospitals move thousands of workers into new roles.* Becker's Hospital Review, 10 avril 2020.

Le cumul des actions observées d'un pays à l'autre montre que les possibilités offertes par ce troisième levier pour permettre au système de santé de développer une capacité supplémentaire en matière de main d'œuvre sont très étendues.

Ce troisième levier touche la capacité des systèmes de santé à s'adapter pour tirer le plein potentiel de la main-d'œuvre à leur disposition durant la crise et assurer que les besoins de services, urgents et moins urgents, soient comblés. Alors que les systèmes hospitaliers, dans plusieurs États et territoires, étaient poussés à leurs limites et que de nombreux patients étaient à risque de rupture de services, la possibilité pour les professionnels de santé de travailler au-delà de leurs champs de pratiques traditionnels offrait une main-d'œuvre immédiatement disponible ayant déjà, dans certains cas, une connaissance de l'environnement de travail et une expérience de travail avec les membres des équipes en place. Les mesures d'urgence adoptées permettaient, dans certains cas, de fournir une formation minimale à des professionnels de santé afin qu'ils puissent contribuer rapidement à des procédures ou soins simples et des tâches spécifiques sous une supervision appropriée. Les options de redéploiement du personnel offraient aux autorités sanitaires la flexibilité nécessaire non seulement pour répondre aux besoins des secteurs où les besoins sont les plus criants mais aussi pour continuer à utiliser les travailleurs dont l'activité régulière a été réduite. Alors que divers services étaient devenus moins accessibles (mesures de confinement; utilisation des capacités pour la prise en charge des patients atteints de la COVID-19), l'élimination des restrictions à la télésanté offrait la possibilité de maintenir la production de certains services et de réduire ainsi la demande latente et non comblée. La croissance rapide de l'utilisation de la télésanté, observée dans plusieurs pays, témoigne des gains potentiels qui y sont associés mais reste tributaire de la poursuite des développements amorcés (investissements dans les outils numériques; sécurité des données et protection de la confidentialité; formation du personnel).

Si une grande convergence a été observée en ce qui concerne les actions visant à faciliter le redéploiement du personnel ou à éliminer les barrières à l'intégration des outils numériques dans la prestation des services, les mesures touchant le transfert des tâches et la substitution entre différents groupes professionnels ont été plus disparates. Ces variations sont sans doute le reflet des réglementations strictes qui encadrent les champs de pratiques et des résistances à les modifier, s'exprimant à des degrés divers dans différents contextes. Les conditions strictes qui encadrent le travail professionnel dans le secteur de la santé rendent difficile de pouvoir transférer certaines tâches mêmes très spécifiques d'un groupe professionnel à un autre ou de changer les modes traditionnels d'organisation et de division du travail pour répondre à un afflux de demandes. Si le Maryland, aux États-Unis, a opté pour une déréglementation des services d'urgence, la plupart des autres États et territoires ont été beaucoup plus timides et prudents dans leur approche, avec des actions ciblées sur des groupes limités de professionnels. Les groupes concernés varient aussi d'un État ou territoire à l'autre. Le cumul des actions observées d'un pays à l'autre montre que les possibilités offertes

par ce troisième levier pour permettre au système de santé de développer une capacité supplémentaire en matière de main d'œuvre sont très étendues. Mais ces possibilités restent encore à être pleinement exploitées, par chacun des pays, tant en ce qui concerne les services de télésanté qui doivent consolider leur implantation qu'en ce qui concerne le transfert des tâches.

2.2 QUÉBEC : DES LEVIERS MOBILISÉS AVEC UN NIVEAU D'EFFICACITÉ MITIGÉ

Au Québec, les acteurs institutionnels ont mobilisé les mêmes trois leviers susmentionnés pour combler les besoins de main-d'œuvre générés par la COVID-19. Cependant, cette analyse montre que le niveau d'efficacité obtenu pour chacun de ces trois leviers reste mitigé.

En ce qui concerne l'élargissement du bassin de main-d'œuvre, une initiative phare du gouvernement a été le lancement de la plateforme « je contribue », invitant toute personne ayant une formation en santé et en services sociaux à apporter son aide au Ministère de la Santé et des Services sociaux dans la lutte contre la COVID-19. Les 50 000 candidatures préalablement annoncées par le gouvernement ont été rajustées à 19 000, après considération des inscriptions multiples de nombreuses personnes.¹²¹ Il reste surtout que, suivant les données rapportées, les gains résultant de cette initiative ont été modestes et lents à obtenir. À la mi-mai 2020, soit deux mois après le lancement de la plateforme, alors que les pressions sur le réseau de services étaient à leur point culminant, les renseignements colligés par les agences de presse indiquaient que moins de 5,000 embauches étaient confirmées. Suivant diverses enquêtes de presse, l'ensemble de l'expérience de gestion de la plateforme a montré, malgré des renforts venus d'autres branches de l'État (Hydro-Québec, Revenu Québec), non seulement un manque d'agilité de l'appareil administratif, mais aussi une certaine incapacité à mettre rapidement à contribution cette main-d'œuvre volontaire.¹²² Plusieurs groupes professionnels constituant une main-d'œuvre potentiellement disponible étaient laissés de côté (ex. professionnels en soins dentaires et en réadaptation). L'Association québécoise de la physiothérapie regrettait que ses membres inscrits n'aient pas été appelés, plus d'un mois après le lancement de la plateforme. Les 4 000

¹²¹ Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre, et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux. *Situation au Québec quant à la COVID-19*. Québec, 20 avril 2020.

¹²² Pineda A. *Dans les méandres de « Je contribue »*. *Le Devoir*, 19 mai 2020.

physiothérapeutes œuvrant en privé ont fermé leurs portes en raison des mesures de confinement et une proportion significative d'entre eux détient une expérience en réadaptation pulmonaire ou cardiorespiratoire ou auprès des clientèles âgées qui aurait pu être utilisée.¹²³

D'autres efforts ont été investis par le gouvernement pour redéployer les médecins ayant une activité réduite vers d'autres secteurs où les besoins sont les plus importants. Un décret gouvernemental a simplifié les processus permettant aux médecins avec une pratique exclusive dans le privé (environ 400) de venir prêter main forte au secteur public.¹²⁴ Plus de 500 médecins de famille se sont ajoutés aux 1 400 qui pratiquent habituellement en soins de longue durée.¹²⁵ Faute de pouvoir mobiliser des effectifs suffisants dans les groupes d'emploi assurant les services de base en CHSLD (préposés aux bénéficiaires, aides de services), un appel a été lancé aux médecins spécialistes dont l'activité hospitalière a été considérablement réduite. Plus de 2 300 ont répondu à l'appel, mais, au final, seulement 350 auront été disponibles pour un engagement à temps plein durant deux semaines.¹²⁶

Ignorés au début de la pandémie, le Réseau de coopération des entreprises d'économie sociale en aide à domicile qui emploie quelque 8 700 préposés d'aide à domicile aurait mis à pied près de la moitié des effectifs, avant d'être ensuite appelés à la rescousse pour prêter main-forte dans les différents milieux de vie, incluant les CHSLD.^{127,128} Alors que tous ces renforts ne suffisaient pas à combler le nombre croissant de travailleurs absents, c'est l'arrivée d'un contingent de l'armée qui a permis d'endiguer la crise dans un certain nombre de CHSLD. Ce sont plus de 1 350 militaires qui ont été progressivement déployés, à partir du 20 avril 2020, dans 25 établissements de soins de longue durée particulièrement touchés par la pandémie. Le bilan au 26 juin 2020 fait état de 47 établissements ayant bénéficié de ce soutien des Forces armées canadiennes. Durant la même période, des équipes de la Croix-Rouge canadienne ont également apporté un appui à dix CHSLD pour réorganiser les espaces physiques,

¹²³ Martinez E. *COVID-19 : les physiothérapeutes déçus et fâchés*. La Presse, 19 avril 2020.

¹²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Arrêté numéro 2020-026 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 20 avril 2020*. Québec, 20 avril 2020.

¹²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pandémie de la COVID-19 – Modalités du déploiement des médecins dans les milieux de vie des aînés*. Québec, 20 avril 2020.

¹²⁶ Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre, et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux. *Situation au Québec quant à la COVID-19*. Québec, 22 avril 2020.

¹²⁷ Réseau de coopération des entreprises d'économie sociale en aide à domicile. *Aide à domicile : déjà plus de 300 000 heures de services perdues par les plus vulnérables*. Québec, 8 avril 2020.

¹²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pandémie de la COVID-19 – Des intervenants des entreprises d'économie sociale en aide à domicile appelés à aller prêter main-forte dans les différents milieux de vie*. Québec, 17 avril 2020.

conseiller sur les meilleures pratiques en contrôle des infections et former les volontaires.¹²⁹

En plus des actions gouvernementales, diverses initiatives ont été entreprises par les Ordres professionnels pour augmenter rapidement les effectifs de travailleurs disponibles. Des mesures ont été adoptées par l'ensemble des ordres professionnels en santé, soit pour accélérer l'entrée en exercice de nouveaux candidats à la profession, soit pour faciliter le retour à la pratique de membres inactifs depuis plusieurs années. Trois ordres professionnels, dont les membres sont en première ligne dans la dispensation des services aux patients atteints de la COVID-19, ont été particulièrement actifs :

- Le Collège des médecins du Québec : réinscription des médecins âgés de moins de 70 ans et ayant cessé d'exercer la médecine depuis 3 ans ou moins, permis restrictif aux résidents finissants, même s'ils n'ont pas passé tous les examens de certification, report de l'échéance de la déclaration de formation continue obligatoire pour renouveler son permis.
- L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : autorisation spéciale d'urgence permettant l'exercice d'activités infirmières aux étudiants inscrits dans des programmes menant à la profession infirmière, autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire pour les membres inactifs depuis moins de 5 ans et âgés de moins de 70 ans, autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire restreint pour les membres inactifs depuis plus de 5 ans et âgés de moins de 70 ans.
- L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec : autorisation spéciale d'urgence permettant le retour au travail des personnes ayant arrêté l'exercice (allant jusqu'à 15 ans), assouplissement de certaines modalités relatives à l'externat permettant d'accélérer l'entrée en exercice des étudiants pour lesquels il restait l'équivalent d'une session à temps plein pour terminer le programme d'études, autorisation spéciale restreinte pour les étudiants ayant réussi tous les cours des deux premières années du programme d'études, mise à niveau des candidats à l'autorisation spéciale (formations dispensées par l'Ordre).

Des mesures similaires ont été prises par d'autres Ordres professionnels (ex. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Ordre des

¹²⁹ Croix-Rouge canadienne. *Services offerts par la Croix-Rouge au Québec en lien avec le Coronavirus, COVID-19*; 2020.

Bien qu'un large ensemble de mesures aient été déployées à partir de ce premier levier, ces dernières n'auront pas contribué à élargir significativement le bassin de main-d'œuvre disponible.

technologistes médicaux et des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale). La Corporation des thérapeutes du sport du Québec, dont une grande majorité des quelque 500 membres ont dû suspendre les activités classées comme non essentielles, a conclu une entente avec le MSSS. En vertu de cette entente, les membres de la Corporation sont habilités à travailler dans les établissements de soins de longue durée à titre d'aides de services ou de préposés aux bénéficiaires.¹³⁰

Les dispositions adoptées par les Ordres professionnels, en ce qui concerne les étudiants finissants, ont été facilitées par les établissements d'enseignement. Les facultés et écoles en sciences de la santé ont mis en place des mesures exceptionnelles pour accélérer la sortie des finissants de divers programmes clés (médecine, soins infirmiers, travail social, pharmacie) et leur permettre ainsi d'aller prêter main-forte au réseau de la santé.

Contrairement à d'autres États et territoires, les autorités sanitaires du Québec sont restées peu réceptives à l'appel à s'engager de la part des médecins formés à l'étranger. Même ceux qui ont déjà réussi leurs examens de qualifications et sont en attente d'une place de résident ont été laissés de côté, privant ainsi d'une contribution de ces derniers à certaines tâches bien circonscrites comme les enquêtes épidémiologiques. L'intégration très récente de plusieurs dans une brigade de prévention par la direction de la santé publique de Montréal marque une timide ouverture.¹³¹ Par contre, une entente formelle avait été conclue dès avril entre le MSSS et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour permettre à 1 200 infirmières formées à l'étranger, ayant déjà fait valider leurs diplômes, d'occuper des fonctions de préposés aux bénéficiaires en attendant de poursuivre le processus d'obtention de leurs permis.¹³²

Au total, bien qu'un large ensemble de mesures aient été déployées à partir de ce premier levier, ces dernières n'auront pas contribué à élargir significativement le bassin de main-d'œuvre disponible. Les mesures prises par le gouvernement et la mobilisation des divers acteurs institutionnels ont permis d'assurer une dotation adéquate du secteur hospitalier. Mais, encore faut-il reconnaître que ce secteur n'a pas été poussé à ses limites car seulement une portion des 6 000 lits hospitaliers libérés en anticipation de la crise a été utilisée. Le déploiement des renforts nécessaires a été plus

¹³⁰ Blais S. *Des thérapeutes du sport iront dans les CHSLD*. La Presse, 23 avril 2020.

¹³¹ Gentile D, Boily D. *Des médecins formés à l'étranger pour lutter contre la COVID-19*. Radio-Canada, 27 mai 2020.

¹³² Schué R. 2020. *Face à la crise, Québec ouvre la porte aux infirmiers formés à l'étranger*. Radio-Canada, 23 avril 2020.

ardu pour les établissements de soins de longue durée. Les gains obtenus avec la plateforme « je contribue » ont été lents et en deçà des attentes, suggérant ainsi que la capacité d'adaptation de l'appareil administratif et le rythme de traitement des dossiers n'étaient pas à la hauteur de l'urgence des circonstances. Des milliers de professionnels de santé dont l'activité a été réduite n'ont pu être mobilisés en temps opportun, alors que des établissements étaient confrontés à des besoins criants. Des ressources volontaires (professionnels formés à l'étranger, organismes communautaires) ont été laissées de côté ou n'ont pas été utilisées à leur pleine mesure.

Par ailleurs, tel qu'il a été rapporté par les autorités gouvernementales, les taux élevés de désistement des candidats ayant manifesté un intérêt ou les disponibilités réduites d'un grand nombre de candidats montrent aussi les limites de ce premier levier, surtout dans le contexte d'une crise qui s'étire. Au 25 juin, alors que la mission de l'armée dans les CHSLD touchait à sa fin et que la Croix-Rouge canadienne prenait le relais, cette dernière était confrontée elle-même au défi de recruter le millier d'employés nécessaires à la réalisation cette mission de transition.¹³³

Des données plus fines devront être obtenues auprès des établissements de santé pour dresser un bilan et un profil plus précis de cette réserve supplémentaire de main-d'œuvre qui a pu être mobilisée durant la crise. Des gains d'efficacité pourront ainsi être obtenus à l'avenir en concentrant les actions sur des groupes ayant un plus fort potentiel d'enrôlement dans la main-d'œuvre (ex. étudiants finissants, professionnels de divers secteurs dont l'activité est réduite, travailleurs communautaires) et en coordonnant ces actions avec des partenaires clés (établissements de formation, associations professionnelles, organismes communautaires). En anticipation d'une seconde vague de la pandémie ou de futures crises similaires, cette analyse suggère qu'il faudra savoir mobiliser plus efficacement ce premier levier, mais tenir compte de ses limites et compenser ces dernières en misant sur les deux autres leviers.

En ce qui concerne la présence au travail, plusieurs actions gouvernementales ont cherché d'emblée à prévenir les risques d'exacerbation des problèmes déjà chroniques d'absentéisme et de roulement du personnel dans de nombreux établissements. En concomitance avec l'instauration des mesures de confinement, le gouvernement a mis en place un réseau de services de garde d'urgence pour accueillir gratuitement les enfants des travailleurs de la santé et d'autres services essentiels, levant ainsi une

Des gains d'efficacité pourront ainsi être obtenus à l'avenir en concentrant les actions sur des groupes ayant un plus fort potentiel d'enrôlement dans la main-d'œuvre (ex. étudiants finissants, professionnels de divers secteurs dont l'activité est réduite, travailleurs communautaires) et en coordonnant ces actions avec des partenaires clés.

¹³³ Lévesque C. *Québec devra patienter avant d'avoir les 1000 paires de bras demandées*. La Presse canadienne à Ottawa, 25 juin 2020.

contrainte importante à l'activité de ces travailleurs.¹³⁴ Une deuxième action du gouvernement a été de modifier les conditions de travail des employés du réseau de la santé et des services sociaux et de l'ensemble de la fonction publique (Arrêtés 2020-007 et 2020-008) pour donner au Ministère de la Santé et des Services sociaux et aux gestionnaires des établissements davantage d'options dans leurs efforts visant à assurer la disponibilité du personnel : annulation des congés de tous types, rehaussement des contrats à temps partiel à temps complet, déplacement des employés selon les besoins.^{135,136} À ce jour, cette disposition encore en vigueur est fortement décriée par les syndicats du secteur de la santé et des services sociaux, notamment parce qu'elle a été décrétée de manière unilatérale et parce qu'elle leur fait craindre la possibilité que leurs membres épuisés n'aient pas droit à un répit estival légitime.¹³⁷ Une troisième action déployée par le gouvernement pour stimuler la présence au travail a été l'octroi de primes diverses pour une période allant jusqu'à 16 semaines : hausse salariale de 4 % pour l'ensemble du personnel ; prime d'exposition clinique de 8 % pour ceux qui travaillent directement auprès des personnes atteintes de COVID-19 (urgences, soins intensifs, zones de confinement, cliniques de dépistage, CHSLD, services ambulanciers). Ces primes ont été étendues au privé pour parer aux problèmes d'effectifs dans les établissements d'hébergement privés faisant face à des éclosions mortelles.¹³⁸ Au plus fort de la crise, d'autres incitatifs financiers exceptionnels ont été ajoutés : prime de risque pouvant atteindre 1 000 \$ par mois pour des affectations à temps plein pendant quatre semaines dans les établissements les plus affectés ; prime de 2 000 \$ par mois pour des salariés du réseau de la santé et des services sociaux qui acceptent un transfert temporaire vers les régions les plus affectées (Montréal, Laval, Montérégie).^{139,140}

À ce jour, les données disponibles en matière de présence au travail indiquent un niveau mitigé d'efficacité de ces diverses actions. Si la dotation dans les établissements

¹³⁴ Ministère de la Famille. *Services de garde ouverts pour les enfants du personnel de la santé, des services sociaux et des services essentiels*. Québec, 15 mars 2020.

¹³⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Arrêté numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 mars 2020*. Québec, 21 mars 2020.

¹³⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Arrêté numéro 2020-008 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 22 mars 2020*. Québec, 22 mars 2020.

¹³⁷ Blais S. *Des syndicats dénoncent un arrêté ministériel qui vise les travailleurs de la santé*. La Presse, 21 mars 2020.

¹³⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pandémie de la COVID-19 – Le gouvernement du Québec annonce la reconduction des primes offertes au personnel de la santé concerné jusqu'au 31 mai*. Québec, 23 avril 2020.

¹³⁹ Gouvernement du Québec. *Pandémie de la COVID-19 - Le premier ministre François Legault annonce l'octroi de primes pour les travailleurs de la santé qui œuvrent à temps plein pour lutter contre le virus*. Québec, 7 mai 2020.

¹⁴⁰ Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre et M. Christian Dubé, président du Conseil du trésor. *Situation au Québec quant à la COVID-19*. Québec, 7 mai 2020.

hospitaliers a été relativement maîtrisée. Elle l'a été nettement moins dans les CHSLD. Dans ces établissements déjà affectés par des carences criantes d'effectifs, les taux élevés d'absentéisme coïncidant avec la propagation du virus et la décompensation rapide des clientèles ont littéralement compromis la capacité à offrir les services de base, dans de nombreux cas. Les sources officielles elles-mêmes soulignaient qu'au plus fort de la crise et jusqu'au 27 mai 2020, ce sont en moyenne 10 000 employés qui s'étaient absentés pour des raisons liées à la pandémie.¹⁴¹ Au 15 mai 2020, les agences de presse rapportaient plus précisément 11 126 absents. Alors que 4 995 employés avaient un test positif, 6 131 autres étaient absents pour d'autres raisons diverses liées à la crise (isolement préventif, retrait préventif de travailleuses enceintes ou allaitantes, d'employés immunodéprimés ou d'employés ayant une maladie chronique).¹⁴² En ce qui concerne les CHSLD, les sources officielles indiquaient que pas moins 1 250 employés manquaient à l'appel au 14 avril, alors que le nombre de décès dans ces établissements s'approchait de son pic.¹⁴³ Au 15 mai, ce nombre avait grimpé à 2 978.¹⁴⁴ Ces chiffres reflètent, tout au moins en partie, les difficultés éprouvées quant à l'approvisionnement des établissements en équipements de protection individuelle et à l'utilisation adéquate de ces derniers par les travailleurs à risque. Les autorités sanitaires ont misé sur l'établissement de portes d'entrée centralisées pour les patients infectés (lignes téléphoniques), mais les possibilités de propagation par les autres voies d'entrée dans le système (services de 1^{re} ligne, soins à domicile, établissements de soins de longue durée) ont été relativement négligées durant plusieurs semaines, sans donner lieu à des mesures systématiques de protection des travailleurs. Alors que les établissements peinaient à fournir des équipements de protection individuelle, quatre ordres professionnels (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec) ont même dû émettre des lignes directrices à l'intention de leurs membres qui pouvaient être confrontés au dilemme de se protéger ou intervenir auprès d'une personne au détriment de sa propre sécurité.¹⁴⁵

¹⁴¹ Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre et M. Christian Dubé, président du Conseil du trésor. *Situation au Québec quant à la COVID-19*. Québec, 27 mai 2020.

¹⁴² Lacoursière A. *Québec facilite le retour au travail des travailleurs de la santé infectés*. La Presse, 15 mai 2020.

¹⁴³ Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre, et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux. *Situation au Québec quant à la COVID-19*. Québec, 14 avril 2020.

¹⁴⁴ Lacoursière A. *Québec facilite le retour au travail des travailleurs de la santé infectés*. La Presse, 15 mai 2020.

¹⁴⁵ Collège des Médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. *Pénurie d'équipements de protection individuelle pendant la pandémie de covid-19 - Entre le devoir professionnel de soigner et celui de se protéger : que choisir?* Énoncé de position. Montréal, avril 2020.

Le potentiel des actions engagées pour soutenir la présence au travail a été compromis par un ensemble de facteurs qui incluent les défaillances de la logistique d’approvisionnement des équipements de protection individuelle; le manque de préparation à l’utilisation de ces équipements (...)

Les risques liés aux mouvements du personnel ont donné lieu à des mesures énergiques dans d’autres territoires, allant jusqu’à la décision d’interdire au personnel soignant de travailler dans plus qu’un établissement. Au Québec, ces mouvements sont encore une option laissée à la discrétion des gestionnaires des établissements, même si elle a été déconseillée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs rapports de presse ont ainsi informé que pour pallier le manque de personnel, des travailleurs sont encore déplacés d’une installation à l’autre, d’une unité de soins à un autre et, dans certains, entre des zones dites chaudes (avec des patients infectés) et froides (sans cas d’infections), sans que ce soit associé à des dépistages réguliers et systématiques du personnel. Suivant les plus récentes directives, des employés ayant contracté la COVID-19 peuvent être appelés à parer à des ruptures sévères de services et retourner travailler sans avoir obtenu de résultat négatif à un test de dépistage, à condition toutefois de remplir certains critères (absence de fièvre depuis 48 heures, absence de symptômes aigus depuis 24 heures, absence de problèmes de déficit immunitaire, assignation à des zones chaudes).¹⁴⁶

Au climat anxigène créé par la COVID-19 pour l’ensemble de la population, s’ajoutent pour les travailleurs de santé, un ensemble d’autres stressseurs qui posent autant de risques pour leur santé psychologique : accès restreint aux équipements de protection individuelle ou crainte d’en manquer ; perte de contrôle de leurs conditions de travail (ex. horaires, congés) ; fatigue associée à de longues heures de travail ; exposition directe aux souffrances et à la mort des personnes atteintes par le virus ; peur d’être un vecteur de contagion pour ses patients et ses proches ; tension entre leurs convictions morales et les contraintes de leurs milieux de travail. Plusieurs associations professionnelles ont sonné l’alerte quant aux risques d’incidence accrue de détresse psychologique et de stress post-traumatique. La réponse gouvernementale à cet égard s’est traduite par un investissement de 14 millions pour une bonification du Programme d’aide aux employés du réseau de la santé et des services sociaux¹⁴⁷, donnant ainsi accès à chaque employé à trois séances supplémentaires de soutien psychologique.¹⁴⁸ Réagissant à cette réponse, les associations professionnelles plaident que le Programme d’aide aux employés ne suffit pas et doit être associé à d’autres mesures. Dix ordres professionnels ont même signé une lettre conjointe, adressée au gouvernement pour demander que des mesures plus adaptées, ancrées directement

¹⁴⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *COVID-19 - Levée de l’isolement des travailleurs de la santé*. Québec, 27 mai 2020.

¹⁴⁷ Le programme régulier est constitué de trois composantes : une ligne de soutien émotionnel, une ligne de crise, 6 séances de soutien psychologique par période de 12 mois.

¹⁴⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2020. *Pandémie de la COVID-19 – 14 M\$ pour bonifier le soutien psychologique à nos anges gardiens*. Québec, 8 mai 2020.

dans les milieux de travail, soient mises en œuvre pour soutenir psychologiquement les intervenants engagés dans la lutte contre la pandémie.¹⁴⁹

Au total, plusieurs actions décisives engagées plutôt rapidement pour répondre à la crise (réseau de services de gardes gratuits, modification des conditions de travail, octroi de primes de risques) n'ont pas suffi à minimiser les absences au travail. Les déficits d'effectifs qui préexistaient à la crise ont été aggravés par plus de 10 000 absences affichées par les salariés du réseau de la santé durant les périodes les plus critiques. Le potentiel des actions engagées pour soutenir la présence au travail a été compromis par un ensemble de facteurs qui incluent : les défaillances de la logistique d'approvisionnement des équipements de protection individuelle; le manque de préparation à l'utilisation de ces équipements; les retards pris avant de mettre en place des mesures systématiques de protection de plusieurs portes d'entrée du système de santé (en dehors de l'hôpital) ou avant d'adopter, dans plusieurs milieux de soins, des configurations physiques adaptées à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19; les directives élastiques en matière de mobilité du personnel; l'absence d'une approche systématique pour tester de manière régulière les travailleurs et éviter qu'ils soient des vecteurs de propagation non seulement pour leurs patients mais aussi pour leurs collègues. En anticipation de crises similaires dans le futur, cette analyse indique l'importance à apporter aux mesures de protection des travailleurs, lesquelles doivent s'appuyer sur des systèmes robustes en matière de santé et de sécurité du travail.

En ce qui concerne les mesures visant à optimiser la contribution des travailleurs actifs, les réponses à la COVID-19 des acteurs institutionnels au Québec ont amené plusieurs développements qui ont touché le transfert de tâches et la télésanté. Plusieurs de ces développements correspondent d'ailleurs à des mesures qui faisaient déjà l'objet de discussions depuis un certain temps.

Le transfert de tâches. Des développements ont été observés sur ce plan pour trois principaux groupes professionnels :

- **Les infirmières.** Dans la foulée de la crise, une entente signée entre le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec autorise les infirmières à utiliser les ordonnances collectives pour signer un arrêt de travail aux patients ayant reçu un résultat positif à la COVID-19,

¹⁴⁹ Présidentes et présidents des ordres professionnels du domaine de la santé mentale et des relations humaines. *Lettre adressée au premier ministre et à la ministre de la Santé et des Services sociaux*. Montréal, 8 mai 2020.

visant ainsi à limiter les déplacements des personnes infectées.¹⁵⁰ Une autre entente conclue entre les deux ordres professionnels allait lever la nécessité réglementaire pour les infirmières praticiennes spécialisées de signer un accord de partenariat avec un médecin partenaire.¹⁵¹ Un décret ministériel a été adopté pour accélérer l'entrée en vigueur d'une disposition législative du projet de loi no 43 autorisant les infirmières praticiennes spécialisées à signer des formulaires de retrait préventif pour les femmes enceintes.¹⁵² Trois ordres professionnels (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des sages-femmes du Québec) ont appelé le gouvernement à étendre cette autorisation aux 253 sages-femmes du Québec qui effectuent aussi des suivis de grossesse.¹⁵³

- **Les pharmaciens.** Diverses modalités relatives aux activités professionnelles des pharmaciens ont été assouplies en vue de limiter le recours à consultations médicales pour certains motifs pouvant être pris en charge par des pharmaciens. Une entente conclue entre le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens autorise ces derniers à exercer diverses tâches bien circonscrites : prolongation des ordonnances ; prescription d'un médicament pour des conditions mineures sous réserve d'un diagnostic initial par un médecin dans les derniers quatre ans ; suspension de l'obligation pour le pharmacien de communiquer au médecin les informations visant la prolongation, l'ajustement ou la substitution d'un médicament; substitution d'un médicament par un médicament d'une autre sous-classe thérapeutique en cas de rupture d'approvisionnement.¹⁵⁴ L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a élaboré une ordonnance collective nationale autorisant de manière spécifique les pharmaciens à substituer temporairement le salbutamol en aérosol doseur à un autre médicament pour inhalation afin de répondre à des difficultés d'approvisionnement.¹⁵⁵ Au niveau fédéral, des assouplissements réglementaires similaires ont été adoptés par Santé Canada,

¹⁵⁰ Collège des médecins du Québec. *COVID-19 : le Collège des médecins autorise les infirmières à signer un arrêt de travail*. Montréal, 13 mars 2020.

¹⁵¹ Collège des médecins du Québec. *COVID-19 : Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec s'unissent et posent une action concrète pour limiter la propagation du coronavirus*. Montréal, 14 mars 2020.

¹⁵² Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Pandémie de la COVID-19 - Plus d'autonomie pour les infirmières praticiennes spécialisées*. Québec, 13 mai 2020.

¹⁵³ Collège des médecins du Québec. *Signature des formulaires de retrait préventif pour les femmes enceintes : trois ordres professionnels unissent leurs voix*. Montréal, 14 mai 2020.

¹⁵⁴ Collège des médecins du Québec. *COVID-19 : Assouplissement de certaines modalités relatives aux activités des pharmaciens*. Montréal, 16 mars 2020.

¹⁵⁵ Institut national d'excellence en santé et services sociaux. *Ordonnance collective nationale- Substitution temporaire du salbutamol*. Montréal, avril 2020.

autorisant les pharmaciens à prolonger, ajuster et transférer des ordonnances visant les substances désignées (stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées).¹⁵⁶

- **Les professionnels de réadaptation.** La pandémie a permis d'accélérer la conclusion d'une entente qui faisait déjà l'objet de lentes discussions entre la Régie de l'assurance maladie du Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux et trois ordres professionnels (Collège des médecins, Ordre des ergothérapeutes, Ordre professionnel de la physiothérapie). En vertu de cette entente, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes ont acquis, sur une base permanente, le droit d'attribuer à leurs patients un nouvel appareil d'aide à la mobilité (fauteuils roulants, cannes ou marchettes) ou d'en autoriser le remplacement sans avoir à obtenir une ordonnance ou une autorisation écrite d'un médecin spécialiste.¹⁵⁷ Une autre entente conclue entre le Collège des médecins et l'Ordre des physiothérapeutes permet à ces derniers d'effectuer le test de dépistage de la COVID-19, dans les cliniques désignées, après avoir suivi une courte formation d'une demi-journée.¹⁵⁸

Le recours à la télésanté. En sus du mécanisme de transfert de tâches, la télésanté est un autre instrument qui a été utilisé par les acteurs institutionnels pour optimiser la contribution de la main-d'œuvre disponible. À l'instar de ce qui est observé ailleurs (États-Unis, Europe, Asie), la pandémie de COVID-19 a servi de catalyseur à l'intégration des outils numériques dans la prestation des services de santé au Québec et forcé les acteurs institutionnels à faire tomber différentes barrières administratives qui perduraient jusqu'alors, au moins sur quatre plans :

- **Les services autorisés et leurs lieux de prestation.** Jusqu'à la crise, les médecins spécialistes étaient les seuls autorisés à voir des patients par téléconsultation et ces derniers devaient se rendre dans des établissements de santé. Dans la foulée de la crise, l'autorisation à réaliser des téléconsultations a été étendue à tous les membres actifs du Collège des médecins.¹⁵⁹ Les résidents et les moniteurs peuvent aussi s'en prévaloir sous certaines

¹⁵⁶ Collège des médecins du Québec. 2020. *Ordonnances de substances désignées : des changements importants aux activités des pharmaciens*. Montréal, 20 mars 2020.

¹⁵⁷ Collège des médecins du Québec. *COVID-19 : trois ordres professionnels concluent une entente pour optimiser les soins de santé*. Montréal, 2 avril 2020.

¹⁵⁸ Collège des médecins du Québec, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Autorisation spéciale : les physiothérapeutes pourront effectuer le prélèvement nasopharyngé et oropharyngé pour le dépistage de la COVID-19*. Avis conjoint. Montréal, 8 avril 2020.

¹⁵⁹ Collège des médecins du Québec. 2020. *Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19. Guide à l'intention des médecins*. Montréal, 31 mars 2020.

L'élimination des barrières à l'intégration des outils numériques dans la prestation des services est une avancée réalisée durant la crise et a offert des options nouvelles, adaptées au contexte pandémique, pour mettre à contribution une partie de la main-d'œuvre.

conditions.¹⁶⁰ Les séances de téléconsultation peuvent se dérouler à partir d'un établissement du réseau de la santé, d'une clinique médicale ou à partir du domicile du médecin. Les patients eux-mêmes peuvent entrer en contact avec un médecin par vidéoconférence à partir de leur domicile. Le Collège a assoupli les conditions d'obtention du consentement du patient. Au consentement écrit se substitue l'accord verbal du patient, avec une note inscrite à son dossier.¹⁶¹ En plus du Collège des médecins, d'autres ordres professionnels comme l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ont aussi cherché à miser sur les télésoins pour limiter l'exposition tant des personnes soignées que des professionnels au COVID-19. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec rappelait ainsi aux infirmières et aux infirmières praticiennes spécialisées qu'elles peuvent intervenir et émettre une prescription à distance lorsque c'est approprié à la situation et à la condition de santé de la personne.¹⁶² Quatre centres de coordination pilotés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux ont été déployés sur les territoires respectifs des quatre réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) en vue de soutenir les établissements dans la mise en place de nouveaux services de télésanté.¹⁶³

- **Les plateformes autorisées par le gouvernement.** Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a accéléré le processus d'évaluation qui était en cours depuis un certain temps. Des licences ont été acquises pour trois solutions vidéoconférences de consultations virtuelles mises désormais à la disposition des médecins : Teams, Reacts, Zoom Entreprise.
- **Les mécanismes de remboursement.** Le décret administratif d'état d'urgence sanitaire, adopté le 13 mars, prévoyait d'emblée que les services fournis par correspondance ou par voie de télécommunication par des professionnels de la santé allaient être assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.¹⁶⁴ Il a été ensuite confirmé que les médecins peuvent réclamer des honoraires pour les téléconsultations, au même tarif que les visites en cabinet pour les

¹⁶⁰ Collège des médecins du Québec. *La télémédecine réalisée par les résidents et moniteurs durant la pandémie de COVID-19. Guide à l'intention des superviseurs, des résidents et des moniteurs*. Montréal, 31 mars 2020.

¹⁶¹ Collège des médecins du Québec. *Téléconsultation en situation de pandémie. Rappel des obligations déontologiques des médecins*. Montréal, 19 mars 2020.

¹⁶² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *La COVID-19 : directives pour la pratique à distance à l'intention des infirmières et IPS*. Montréal, 24 mars 2020.

¹⁶³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Réseau québécois de la télésanté*. Québec, avril 2020.

¹⁶⁴ Gouvernement du Québec. 2020. *Décret déclarant l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois*. Québec, 13 mars 2020.

médecins omnipraticiens.¹⁶⁵ Par contre, un médecin spécialiste ne peut facturer plus de 300 \$ par heure de télémedecine.¹⁶⁶

- **La transmission des renseignements.** Les modalités concernant les prescriptions en ligne et les communications entre les professionnels ont été assouplies tant par les ordres professionnels que le MSSS. Trois ordres professionnels en santé ont demandé à leurs membres de limiter, dans la mesure du possible, l'utilisation d'ordonnances papier et privilégier l'un des modes suivants : transmission verbale, du médecin ou de l'infirmière au pharmacien ; transmission par télécopieur, y compris directement via les dossiers médicaux électroniques ; transmission par voie électronique en utilisant le Dossier Santé Québec.¹⁶⁷ Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a, de son côté, déployé un nouveau service de télécopie infonuagique. Ce service permet aux professionnels de santé d'acheminer via courriel des ordonnances ou autres documents au télécopieur d'un tiers extérieur (ex. pharmacie communautaire, laboratoire d'imagerie).

Au total, l'élimination des barrières à l'intégration des outils numériques dans la prestation des services est une avancée réalisée durant la crise et a offert des options nouvelles, adaptées au contexte pandémique, pour mettre à contribution une partie de la main-d'œuvre (ex. professionnels qui ne sont pas en mesure d'accomplir leur niveau de pratique habituelle en établissements ou en cliniques, professionnels en isolement ou en retrait préventif). Le niveau d'appropriation réelle de ces outils tant par les professionnels que les usagers reste à démontrer. Il manque encore de données pour dresser un bilan à ce stade-ci et déterminer si la croissance fulgurante du recours à la télésanté observée dans certains pays, comme la France, s'est aussi matérialisée au Québec. Suivant un sondage mandaté par l'Association médicale canadienne (AMC), le Québec se comparait plutôt défavorablement par rapport au reste du Canada, en ce qui concerne le recours aux outils numériques pour une consultation médicale durant la pandémie : consultation téléphonique (21 % contre une moyenne canadienne de

¹⁶⁵ Régie de l'assurance maladie du Québec. *Modalités de rémunération des médecins omnipraticiens en période de pandémie de la COVID-19. Services fournis par correspondance, par téléphone ou par voie de télécommunication.* Québec, 2020.

¹⁶⁶ Régie de l'assurance maladie du Québec. *Modalités de rémunération des médecins spécialistes en période de pandémie de la COVID-19. Télémedecine.* Québec, 2020.

¹⁶⁷ Collège des médecins du Québec. *COVID-19 : Trois ordres professionnels en santé demandent à leurs membres de limiter l'utilisation des ordonnances papier.* Montréal, 20 mars 2020.

Même s’il faut continuer à miser sur les deux premiers leviers, il reste une marge de manœuvre, encore très faiblement exploitée, qui peut être obtenue avec ce troisième levier en accélérant l’appropriation des outils de télésanté et en misant plus largement sur des mécanismes de transfert de tâches qui préservent la sécurité du public.

34 %), service de télésanté et vidéoconférence (8 % contre 13 %), fournisseur privé de santé virtuelle (4 % contre 6 %), message texte ou courriel (1 % contre 4 %).¹⁶⁸

En ce qui concerne le transfert des tâches, des développements non négligeables ont été relevés, accélérant dans certains cas l’aboutissement de discussions qui étaient déjà en cours et facilitant l’accès à certains services ou certaines procédures, notamment en première ligne. Il reste toutefois que ces développements ont été très circonscrits, limités à quelques groupes, réduisant ainsi leur potentiel de contribution au renforcement des capacités. Alors que le gouvernement n’arrivait pas à atteindre ses cibles de dépistage, plusieurs groupes professionnels pleinement habilités à y contribuer (dentistes, hygiénistes dentaires, diététistes, audiologistes et orthophonistes) peinaient encore à la mi-mai à obtenir les autorisations nécessaires.¹⁶⁹ D’autres gouvernements (ex. Maryland, New York) se sont donnés, en décrétant l’état d’urgence sanitaire, une marge de manœuvre plus grande, en matière de transfert de tâches, tant pour se préparer à l’éventualité où leur secteur hospitalier serait poussé à ses limites que pour intensifier les activités de dépistage et de traçage. En anticipation de futures crises similaires, cette analyse indique que, même s’il faut continuer à miser sur les deux premiers leviers, il reste une marge de manœuvre, encore très faiblement exploitée, qui peut être obtenue avec ce troisième levier en accélérant l’appropriation des outils de télésanté et en misant plus largement sur des mécanismes de transfert de tâches qui préservent la sécurité du public.

¹⁶⁸ Association médicale canadienne et Abacus data. *What Canadians think about virtual care*; Mai 2020.

¹⁶⁹ Collège des médecins du Québec. *COVID-19 : le Collège des médecins du Québec demande au gouvernement d’accélérer l’autorisation de nouvelles activités pour certains professionnels*. Montréal, 8 mai 2020.

Déminer le terrain et débloquent les verrous institutionnels

Le Québec a mobilisé les mêmes leviers que la plupart des autres pays et territoires pour augmenter ses capacités en matière de ressources humaines dans le contexte de la pandémie. Une panoplie de stratégies a été déployée avec l'implication de nombreux acteurs institutionnels, gouvernementaux et non gouvernementaux. Cependant, l'analyse critique effectuée plus haut montre des niveaux variables et mitigés en ce qui concerne l'efficacité des actions entreprises. Le potentiel de plusieurs actions a été notamment freiné par des conditions défavorables qui préexistaient à la crise : un terrain miné et des verrous institutionnels coriaces. Ces conditions devront être inversées de manière décisive si on veut espérer une main-d'œuvre plus stable, plus forte, mieux alignée aux besoins du système de santé dans l'après-crise.

3.1 UN TERRAIN À DÉMINER

Dans sa riposte rapide contre la COVID-19, le système de santé du Québec a dû déployer ses forces sur un terrain miné sur le plan des ressources humaines en santé. De nombreux établissements étaient déjà confrontés à des déséquilibres entre la demande de services et la main-d'œuvre disponible, dans divers secteurs de soins. Les manifestations symptomatiques de ces déséquilibres sont multiples et ont été largement documentées : recours intensif au temps supplémentaire (volontaire ou non) et à la main-d'œuvre indépendante, prévalence importante de postes vacants sur de longues périodes, postes de remplacement (maternité, maladie, congé) qui restent longtemps à découvert, forte proportion de travailleurs employés à temps partiel, alourdissement de la charge de travail reflétée dans des ratios réduits personnel/patients. La part des heures supplémentaires dans le nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel des établissements était de 3,18 % en 2015 et est passée à 4,61 % en 2019 alors que la part des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante dans le nombre d'heures totales travaillées s'est maintenue à 2,38 % durant la même période. Ces déficits d'effectifs ont été entretenus par une instabilité du personnel qui se reflète dans des taux élevés de roulement et d'absentéisme et des frais accrus en assurance salaire. Le ratio des heures en assurance salaire (assurance

Dans sa riposte rapide contre la COVID-19, le système de santé du Québec a dû déployer ses forces sur un terrain miné sur le plan des ressources humaines en santé.

Des actions décisives ont été engagées. Elles doivent faire partie d'une stratégie nationale plus globale de développement de la main-d'œuvre en santé.

maladie) par rapport à l'ensemble des heures travaillées est passé de 5,93 % en 2015 à 7,52 % en 2019.¹⁷⁰ Ces problèmes se manifestaient avec d'autant plus d'acuité dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée où l'alourdissement des clientèles et la précarité des conditions de travail compliquaient les efforts de recrutement. Le personnel en soins d'assistance (préposés aux bénéficiaires, aides de service) qui joue un rôle essentiel dans la dispensation des services en CHSLD compose, en général, non seulement avec de bas niveaux de salaires, mais aussi avec une faible valorisation de leurs rôles, des postes précaires (statut occasionnel ou à temps partiel, imprévisibilité des horaires et lieux de travail), des possibilités limitées de formation et peu de mécanismes de soutien à leurs tâches. Déjà en 2019, plus de 5 000 postes de préposés étaient vacants dans le réseau des CHSLD. Le gouvernement avait estimé qu'il lui fallait engager 30 000 préposés aux bénéficiaires sur une période de cinq ans pour répondre aux besoins et compenser les départs à la retraite anticipés.^{171,172}

Sur le plan de la santé et de la sécurité du travail, la pandémie a mis en lumière des défaillances systémiques qui ne sont pas nouvelles. Une étude récente, examinant les systèmes de santé et sécurité du travail de trois établissements, a montré que ces derniers étaient à un niveau peu avancé de maturité, se traduisant par : un monitoring incomplet des problèmes de santé et de sécurité du travail, des procédures d'analyses des accidents ne permettant pas d'approfondir les risques de l'environnement de travail, une communication déficiente, des équipes de santé et sécurité du travail confinées dans des rôles administratifs, une faible sensibilité des travailleurs eux-mêmes aux risques potentiels de leur environnement de travail.¹⁷³ Ces défaillances auront caractérisé diverses réponses qui ont marqué le début de la crise dans plusieurs établissements : équipements de protection individuelle manquants et gestion déficiente des approvisionnements, sous-utilisation ou mauvaise utilisation des équipements de protection individuelle disponibles, formation et information déficientes sur l'utilisation des équipements de protection individuelle et les mesures de prévention et contrôle des infections, mobilité du personnel soignant et de patients entre les établissements et les unités d'un même établissement (sans égard aux

¹⁷⁰ Gouvernement du Québec. *Rapport annuel de gestion 2018-2019 du Ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2019.

¹⁷¹ Gouvernement du Québec. *Mesures de recrutement à l'international - Une aide financière disponible pour le recrutement de personnel dans les résidences privées pour aînés*. Québec, 13 septembre 2019.

¹⁷² Richer J. *Québec veut embaucher 30 000 préposés aux bénéficiaires d'ici cinq ans*. La Presse, 14 août 2019.

¹⁷³ Dubois C-A, Bentein K, Marchand A. *Réadaptation au travail chez les 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux*. Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en Sécurité du travail (IRSST); 2019.

situations d'éclosion), non-respect des consignes de sécurité par le personnel, délais d'autorisation des retraits préventifs, incitations d'employés présentant des symptômes compatibles avec le COVID-19 à rentrer au travail pour pallier le manque de personnel.

D'autres défaillances persistantes mises au grand jour par la pandémie touchent le cadre réglementaire de fonctionnement des établissements de soins de longue durée et résidences pour aînés. Le constat effectué est que le cadre actuel n'assure pas un niveau de surveillance adéquate et ne crée pas des incitations à l'amélioration continue de la qualité. Plusieurs manchettes de presse ont fait état d'une proportion significative d'établissements qui n'auraient pas fait l'objet d'inspections au cours des trois dernières années, même si l'inspection est actuellement le principal outil de surveillance de la qualité.¹⁷⁴ Plus fondamentalement, les données révélées suggèrent que les modalités actuelles de reddition des comptes (paramètres considérés, collecte et traitement de l'information, rétroaction et suivi) sont en deçà des normes plus exhaustives et de l'éventail plus large de mécanismes utilisés ailleurs, dans d'autres États et territoires, pour mesurer et promouvoir la qualité dans les établissements de soins de longue durée.^{175,176,177}

Le gouvernement a commencé l'opération de déminage. Des actions décisives ont été engagées : rehaussement des salaires du personnel en soins d'assistance en CHSLD, formation accélérée de 10 000 nouveaux préposés aux bénéficiaires, soutien aux établissements privés de soins de longue durée. Ces actions ne suffiront pas. Elles doivent faire partie d'une stratégie nationale plus globale de développement de la main-d'œuvre en santé. Une telle stratégie devra prendre en considération divers secteurs de soins où les déficits sont tout aussi critiques qu'en CHSLD, couvrir diverses catégories de personnel éprouvées par leurs conditions actuelles de travail (soins infirmiers, travail social, réadaptation) et s'étendre au-delà du cycle actuel de négociation des conventions collectives. Cette stratégie de main-d'œuvre devra être assortie d'un vaste chantier d'amélioration à la fois des conditions de travail, de l'organisation du travail et des modèles de prestation des services. Plusieurs

Les initiatives des différents acteurs en matière de main-d'œuvre durant la pandémie restent aussi contraintes par les verrous du cadre institutionnel.

¹⁷⁴ Lachance N. *Inspections négligées pendant des années dans les CHSLD et résidences*. Journal de Québec, 12 mai 2020.

¹⁷⁵ Trinkoff AM, Yoon JM, Storr CL, Lerner NB, Yang BK, Han K. Comparing residential long-term care regulations between nursing homes and assisted living facilities. *Nursing Outlook* 2020; 68(1), 114-122.

¹⁷⁶ Castle NG, Ferguson JC. What is nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist* 2010, 50(4), 426-442.

¹⁷⁷ Unroe KT, Ouslander JG, Saliba D. Nursing home regulations redefined: implications for providers. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018; 66(1), 191-194.

Le résultat net de cette trajectoire suivie par le réseau a été un éloignement progressif des centres de décisions par rapport aux lieux d'intervention et de prestations des services, rendant plus difficile la prise en compte des réalités locales des bénéficiaires et du personnel.

instruments de politiques offrent des options hautement structurantes pour transformer de manière fondamentale les conditions de travail et devront être sérieusement examinées, en tenant compte de l'horizon temporel qui sera nécessaire à leur mise en œuvre : la régulation des ratios personnel/patient, l'encadrement du recours aux heures supplémentaires, la surveillance de standards de qualité et la diffusion de l'information sur la performance des établissements par rapport à ces standards, la pérennisation des développements récents en télésanté.

À court terme, à l'instar d'autres États et territoires, le Québec devra mobiliser de larges effectifs dans les opérations de traçage, de dépistage et de prévention tant pour réussir le déconfinement que pour atténuer l'impact d'éventuelles nouvelles vagues de la pandémie. Une réserve de main-d'œuvre doit ainsi être constituée pour venir en renfort aux équipes de santé publique. Jusqu'ici, le capital de compétences, d'expertises et d'expériences constitué par le réseau des organismes communautaires et d'économie sociale a été peu mobilisé. Des actions seront nécessaires pour encadrer et soutenir cette main-d'œuvre afin de profiter de leur contribution.

3.2 DES VEROUS INSTITUTIONNELS À LEVER

Au-delà des fragilités connues mentionnées plus haut, les initiatives des différents acteurs en matière de main-d'œuvre durant la pandémie restent aussi contraintes par les verrous du cadre institutionnel. Ces verrous sont associés à trois paramètres qui définissent le système de santé actuel.

3.2.1. La centralisation des pouvoirs et de la prise de décision

Le système sociosanitaire québécois a connu au cours des quarante dernières années une succession rapide de réformes structurelles qui ont, à chaque fois, bouleversé considérablement les écosystèmes organisationnels en place. Des vagues successives de fusions ont été conduites avec des promesses multiples : décloisonner les établissements et les missions, offrir des services continus, complets et plus intégrés, allouer les ressources de manière plus efficiente, éliminer les duplications (structures, services), réaliser des économies d'échelle, déléguer des pouvoirs à des entités locales ou régionales. Alors que, dans les années 1970 et 1980, le réseau était constitué d'un millier d'établissements (dont environ 700 publics) dotés chacun de sa structure propre

de gestion,^{178,179} on ne comptait plus en 2001 que 350 établissements publics.¹⁸⁰ Ces chiffres ont continué à décliner avec les réformes créant des établissements couvrant de multiples missions (ex. CH, CHSLD, CLSC) à partir de 2002. Le réseau a été ainsi réduit à 195 établissements publics à la suite des fusions opérées en 2002¹⁸¹ puis à 34 établissements comme entités administratives à la suite des fusions opérées en 2015.¹⁸² Les entités régionales créées à partir des années 70 (12 Conseils régionaux mis en place en 1971, 18 régies régionales créées en 1991 et transformées en agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en 2003) ont été abolies en 2015, sans avoir jamais réellement rempli toutes les promesses de décentralisation administrative qui y étaient associées.^{183,184}

Sur le plan de la gouvernance, le résultat net de cette trajectoire suivie par le réseau a été un éloignement progressif des centres de décisions par rapport aux lieux d'intervention et de prestations des services, rendant plus difficile la prise en compte des réalités locales des bénéficiaires et du personnel. De réforme en réforme, les espaces de participation citoyenne et d'implication des acteurs locaux ont été aussi réduits, exception faite de l'intermède des années 90. En effet, dans les années 90, l'engagement citoyen dans la gestion des 350 établissements mobilisait plus de 7 000 administrateurs dont 1 400 représentants élus de la population. Mais, depuis 2015, on ne compte plus que quelque 700 administrateurs, tous nommés par le gouvernement.¹⁸⁵

Dans le contexte de la pandémie actuelle, cette gouvernance centralisée a certainement favorisé le déploiement rapide d'un certain nombre de décisions dictées par l'urgence de la situation : libération rapide de 6 000 lits d'hôpitaux, modifications des conditions

Les réformes, souvent conduites dans des contextes de contraintes budgétaires, ont misé sur la réduction du nombre de gestionnaires pour contrôler les coûts, affaiblissant du même coup l'appareil organisationnel.

¹⁷⁸ Lemieux V, Bergeron P, Begin C, Bélanger G. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Québec, Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval; 2003.

¹⁷⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *SERHUM : statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système socio-sanitaire québécois : période 1980-1981 à 1988-1989*. Québec : Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux; 1990.

¹⁸⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le système de santé et de services sociaux du Québec. Une image chiffrée*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2001.

¹⁸¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2008.

¹⁸² Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le système de santé et de services sociaux au Québec - En bref*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2017.

¹⁸³ Bégin C, Bergeron P, Forest PG, Lemieux V. *Le système de santé québécois, un modèle en transformation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; 1999.

¹⁸⁴ Assemblée Nationale du Québec. *Projet de loi no 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2003.

¹⁸⁵ Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN). 2017. *Étude sur l'administration des établissements du réseau public de santé et de services sociaux*. Montréal, décembre 2017.

La clé pour défaire ce premier verrou n'est certainement pas une nouvelle réforme structurelle, mais plutôt une amélioration nécessaire du cadre de gouvernance des établissements existants.

de travail de travail des salariés du réseau, rapidité de mise en œuvre des mesures de confinement, unicité du message à la population, déploiement des activités de télésanté, redéploiement de certains travailleurs vers les secteurs où les besoins étaient les plus criants. Des instances rattachées au niveau central (INSPQ, INESSS, CNESST) ont montré une forte réactivité dans l'élaboration de directives standardisées qui étaient ensuite diffusées à l'ensemble du réseau. Cependant, au-delà des deux principaux niveaux hiérarchiques du système actuel (niveau central, équipes de direction des établissements), un autre aboutissement de la trajectoire imposée par les réformes des dernières décennies a été une dilution des mécanismes d'imputabilité aux différents paliers des établissements et un enchevêtrement des lignes de commandement.

Un centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS) typique est un établissement regroupant plusieurs dizaines d'installations couvrant des missions variées (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, centres locaux de santé communautaires, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, centres de protection de l'enfance et de la jeunesse) et des territoires plus ou moins étendus. Alors que, de réforme en réforme, les entités fusionnées devaient assumer la responsabilité de l'organisation et de la gestion d'un ensemble de plus en plus étendu de services, ces changements n'ont jamais été associés à un projet de renforcement de l'appareil de gestion qui, au contraire, était souvent considéré comme une bureaucratie inutile à réduire.¹⁸⁶ Les réformes, souvent conduites dans des contextes de contraintes budgétaires, ont misé sur la réduction du nombre de gestionnaires pour contrôler les coûts, affaiblissant du même coup l'appareil organisationnel. Depuis 2010, alors que les effectifs de salariés du réseau de la santé et des services sociaux ont cru de 10%, le nombre de gestionnaires a connu une diminution de 20 %, dont une majorité de cadres intermédiaires,¹⁸⁷ privant ainsi le système des relais essentiels à la coordination des activités, de connexions indispensables entre les équipes de terrain et les équipes de direction, de ressources de soutien aux équipes de terrain. Le résultat net est que les cadres supérieurs et intermédiaires doivent prendre en charge des équipes de plus en plus nombreuses qui, de surcroît, sont dispersés sur des sites multiples, à la suite des dernières fusions. Cet affaiblissement de l'appareil de gestion a été, sans doute, l'une des causes du manque

¹⁸⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Réforme du réseau de la santé et des services sociaux - « Notre objectif est simple : réduire la bureaucratie pour réinvestir dans les services directs aux patients »*. Québec, 29 septembre 2014.

¹⁸⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux (2018-2019)*. MSSS : Direction générale du personnel réseau et ministériel; 2019.

d'agilité et du manque d'efficacité dans la réponse de plusieurs établissements ou de certaines de leurs installations à la crise : délais dans l'opérationnalisation de directives du Ministère de la Santé et des Services sociaux, difficultés à apporter des corrections rapides à des manquements graves, gestion déficiente des ressources humaines, délais indus pour puiser dans le bassin de travailleurs qui voulaient apporter une contribution et les enrôler. Même au niveau central, ce manque d'efficacité s'est aussi fait sentir sur plusieurs dossiers : mobilisation des candidats inscrits au programme « je contribue » ; redéploiement des salariés œuvrant dans des secteurs où l'activité a été réduite ou suspendue vers des secteurs où les besoins étaient les plus criants ; opérations de traçage des contacts des patients contaminés ; opérations de dépiégeage tant pour la population que pour le personnel soignant.

La clé pour défaire ce premier verrou n'est certainement pas une nouvelle réforme structurelle, mais plutôt une amélioration nécessaire du cadre de gouvernance des établissements existants. Il s'agit d'inverser la trajectoire centralisatrice pour restaurer un équilibre entre des capacités fortes de coordination (centrale, régionale) et le besoin d'avoir des centres de décisions (ou des relais efficaces de ceux-ci) plus proches des lieux de prestation des services. Cette nouvelle gouvernance peut ainsi impliquer : une certaine autonomie aux différentes missions couvertes par les CISSS et CIUSSS ; un renforcement de la structure de gestion et de coordination pour les différentes missions ; un renforcement des équipes de gestion dans les diverses installations où sont dispensés les services ; une décentralisation de certains pouvoirs et responsabilités à l'intérieur même des CISSS et CIUSSS, assortie de mécanismes de reddition des comptes. Cette gouvernance renforcée des établissements devrait donner la possibilité au Ministère de la Santé et des Services sociaux de retrouver et renforcer son rôle de régulation (élaborer des politiques et des normes, soutenir leur mise en œuvre, en assurer le monitoring, tenir imputables les directions des établissements) plutôt que d'être absorbé par les opérations quotidiennes de gestion des services.

3.2.2. La centralité de l'hôpital au détriment des autres missions

Les preuves scientifiques, connues de longue date, indiquent que les réponses à la plupart des problèmes et besoins de santé se situent en amont et en aval de l'hôpital.¹⁸⁸ Cependant, le constat est que le système de santé demeure prisonnier d'arrangements institutionnels qui perpétuent un modèle centré sur l'hôpital. Les 34 établissements qui

Le constat est que le système de santé demeure prisonnier d'arrangements institutionnels qui perpétuent un modèle centré sur l'hôpital.

¹⁸⁸ Evans RG, Barer M, Marmor TR. *Etre ou ne pas être en bonne santé*. Les Presses de l'Université de Montréal ; 1996.

La clé pour ouvrir ce verrou est la transformation des modes d'allocation et des paiements de ressources.

composent le réseau actuel se distinguent par la dominance de la mission hospitalière, une dominance qui se reflète dans les structures de gouvernance, la définition des priorités et la distribution des ressources. Les autres missions que constituent les services de première ligne, la protection de l'enfance et de la jeunesse, les soins de longue durée et la santé publique sont ainsi reléguées à l'arrière-plan et sont souvent les premiers à faire les frais des contraintes imposées par les ressources limitées. Ce modèle centré sur l'hôpital peut expliquer diverses fragilités auxquelles sont soumis les autres secteurs sur le plan de la main-d'œuvre : effectifs réduits, charge de travail accrue, rôles moins valorisés, conditions matérielles de travail précaires. Ce sont autant d'éléments qui entretiennent un cercle vicieux de détérioration de la qualité tant sur le plan de l'expérience au travail (insatisfaction au travail, épuisement, absentéisme, roulement) que sur le plan de l'expérience des soins pour la clientèle (bris de services, événements indésirables évitables). L'empreinte de ce verrou institutionnel peut aussi expliquer, tout au moins en partie, pourquoi des problèmes connus dans divers secteurs de soins (ex. soins de longue durée, soins à domicile) n'ont pas obtenu les réponses institutionnelles appropriées et ont été exacerbés dans le contexte de la pandémie. Les processus décisionnels de préparation d'une réponse à la COVID-19 auront été d'ailleurs marqués par cette faible priorité de certains secteurs de soins. Si les hôpitaux ont obtenu toute l'attention qui était nécessaire, les enjeux liés aux CHSLD l'ont été moins dans ce processus de préparation. Ces derniers ont plutôt fait les frais de certaines décisions prises ou non prises : transfert d'un nombre critique de patients hospitaliers lourds vers des CHSLD déjà en manque criant de ressources; impréparation du personnel par rapport aux risques posés par la COVID-19; retards dans les communications des consignes de sécurité aux équipes de travail; approvisionnement tardif en matériel de protection; absence de plans de contingences pour répondre aux manques de personnel et ruptures de services.

Le secteur de la santé publique devait lui aussi monter au front et organiser une réponse à la crise, en assumant son état de fragilité, avec une structure affaiblie par la dernière réforme : réduction des budgets régionaux de presque un tiers ; rattachement du directeur régional de santé publique (auparavant intégré dans une entité régionale) à un CISSS ou CIUSSS, rendant difficile l'exercice de son autorité dans les régions où il y a plus d'un CISSS/CIUSSS; dispersion du personnel de santé publique dans différents CISSS/CIUSSS; transfert de la coordination de certains services de santé publique à d'autres directions des établissements.¹⁸⁹ Dans le contexte de la pandémie,

¹⁸⁹ Poirier LR, Pineault R, Gutiérrez M, Vien LP, Morisset J. *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance*. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2019.

les directions de santé publique, tant à Montréal qu'en Montérégie, ont témoigné des difficultés éprouvées dans leurs efforts de coordination de la réponse à la crise entre les différents CISSS et CIUSSS de leurs territoires respectifs.¹⁹⁰ Par ailleurs, les recommandations du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, en faveur d'investissements massifs pour augmenter les effectifs de personnel en santé publique et rehausser leurs qualifications, n'auront eu que peu d'écho favorable dans les décisions politiques récentes au Québec. Les coupes des dernières années ont plutôt amené à réduire les effectifs dans les équipes de santé publique, diminuant d'autant le bassin de ressources expérimentées qui auraient pu être immédiatement mobilisées dans les opérations.

La clé pour ouvrir ce verrou est la transformation des modes d'allocation et des paiements de ressources. Cette transformation concerne les deux régimes : la budgétisation des établissements de santé et le paiement des services médicaux. En ce qui concerne les établissements, les pratiques actuelles de budgétisation, avec 90 % des allocations basées sur l'évolution historique des budgets en 2017¹⁹¹, ne peuvent que perpétuer le déséquilibre en faveur de l'hôpital. D'autres modalités budgétaires (approche populationnelle, budget réservé à des missions clés, financement à l'activité), appliquées à une plus grande part des allocations, offrirait la possibilité d'introduire dans le système des incitations à investir dans des secteurs aujourd'hui négligés. De manière similaire, avec le modèle prévalant actuellement de rémunération à l'acte (82 % des paiements des services médicaux en 2018)¹⁹², certains secteurs de soins offrent une option moins attractive pour les médecins et sont ainsi fragilisés dans leurs capacités à se renouveler. L'accent sur le volume que valorise la rémunération à l'acte s'accommode mal des modèles de services qui doivent être privilégiés dans certains secteurs (évaluation des besoins globaux du patient, accent sur la prévention, implication du patient et de ses proches). Pour profiter pleinement de la contribution essentielle des médecins à la revitalisation des modèles de soins dans des secteurs critiques (soins de longue durée, soins à domicile), un nouvel équilibre est à trouver entre la part de rémunération basée à l'acte et celle basée sur d'autres modes de rémunération (ex. salaires, capitation).

Le défi posé à tous les systèmes de santé, c'est aussi d'éviter le phénomène de capture réglementaire qui se produit quand des groupes organisés, censés être soumis à une réglementation, arrivent à se servir de cette dernière pour privilégier leurs intérêts au détriment des intérêts collectifs.

¹⁹⁰ Touzin C. 2020. *Au front les jambes coupées*. La Presse, 29 mai 2020.

¹⁹¹ Hébert G, Sully JL, Nguyen M. *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : État de la situation et propositions alternatives*. Montréal : Institut de recherche et d'informations socioéconomiques; 2017.

¹⁹² Régie de l'assurance maladie du Québec. Nombre et coût des services médicaux selon le type de service, le mode de rémunération, la catégorie de médecins et le groupe de spécialités. Québec : RAMQ; 2018.

3.2.3. Le cloisonnement des champs de pratique

Dans les pays industrialisés, les systèmes de santé profitent de systèmes professionnels avancés avec des cadres réglementaires éprouvés qui régissent l'exercice de la pratique professionnelle. Ces réglementations dictent les conditions d'entrée dans une profession, les tâches que les membres de la profession sont autorisés à effectuer et les circonstances et standards qui doivent être respectés dans l'exécution de ces tâches. La confiance dans une profession repose grandement sur la capacité de cette dernière à mettre en place des mécanismes de gestion des risques qui doivent assurer le respect de la réglementation et la protection du public. Cependant, le défi posé à tous les systèmes de santé, c'est aussi d'éviter le phénomène de *capture réglementaire* qui se produit quand des groupes organisés, censés être soumis à une réglementation, arrivent à se servir de cette dernière pour privilégier leurs intérêts au détriment des intérêts collectifs.

Au Québec, comme dans divers autres territoires, les arrangements institutionnels qui prévalent encore aujourd'hui favorisent l'étanchéité des champs de pratiques. Des groupes professionnels organisés, souvent avec l'appui ou l'indifférence des élites politiques, investissent des efforts importants pour défendre des frontières professionnelles qui, dans certains cas, sont devenues obsolètes. L'évolution des champs de pratiques reste ainsi en décalage par rapport aux développements qui surviennent dans diverses professions : développement des connaissances, avancées dans la formation, émergence de nouvelles technologies. Le résultat net est que divers groupes professionnels ne peuvent déployer toute l'étendue possible de leurs connaissances et compétences dans le cadre de leur pratique, privant ainsi la société d'une partie de leur contribution et réduisant ainsi l'efficacité du système.

Une autre implication forte des arrangements institutionnels actuels est la subordination de tous les groupes d'intervenants au diagnostic ou à la prescription médicale et le passage souvent obligé par le médecin avant d'avoir accès aux autres professionnels. Une telle approche amène à imposer des consultations médicales pour de nombreux motifs qui pourraient être pris en charge directement par d'autres professionnels de la santé, perpétuant des difficultés d'accès aux services. Les arguments utilisés pour justifier ces restrictions font souvent référence à la nécessité d'assurer la sécurité des patients et de ne pas les refouler vers des services de seconde classe. Ces justifications ne résistent pas à de nombreuses preuves scientifiques qui montrent, au contraire, que l'élimination de ces restrictions peut contribuer à accroître

la qualité : amélioration de l'accès aux services, satisfaction accrue des clientèles, réduction du recours aux urgences et aux hospitalisations.^{193,194,195,196}

Quelques actions décisives posées récemment par les pouvoirs publics témoignent d'efforts visant à lever ce verrou. Le projet de loi 43 modifiant la loi sur les infirmières et les infirmiers a été adopté en mars dernier, juste au début de la crise, avant l'ajournement de l'Assemblée nationale. Elle élargit les activités exercées par les infirmières praticiennes spécialisées, en leur permettant notamment de : diagnostiquer les maladies courantes, prescrire des traitements médicaux, prescrire des examens diagnostiques, effectuer le suivi de grossesses, procéder à certains actes jusque-là réservés aux médecins (ex. techniques diagnostiques invasives).¹⁹⁷ L'adoption du projet de loi modifiant la loi sur la pharmacie, à la même date, permet désormais aux pharmaciens de pouvoir, dans des conditions bien définies, prescrire certains médicaments, administrer un médicament, effectuer un prélèvement dans les espaces naso et oropharyngé, évaluer la condition physique et mentale d'une personne.¹⁹⁸ Ce sont des développements importants. L'urgence de la crise a dicté quelques assouplissements complémentaires, même s'ils sont restés timides et restreints à quelques groupes (pratique autonome des infirmières praticiennes spécialisées, prolongation et renouvellement des ordonnances par les pharmaciens, prescription d'un appareil d'aide à la mobilité par un professionnel de réadaptation). Plusieurs groupes professionnels qui, dans le cadre de leurs activités réservées, sont amenés à introduire des instruments dans les espaces nasopharyngé et oropharyngé, n'ont pu pourtant contribuer aux activités de dépistage, n'étant pas autorisés à effectuer des prélèvements. Alors qu'ailleurs, les impératifs de gestion de la pandémie ont fait bouger les frontières professionnelles pour plusieurs groupes clés (ex. infirmières, infirmières auxiliaires, dentistes), de tels développements n'ont pas été observés au Québec.

¹⁹³ Oliver GM, Pennington L, Revelle S, Rantz M. Impact of nurse practitioners on health outcomes of Medicare and Medicaid patients. *Nursing Outlook* 2014; 62(6), 440-447.

¹⁹⁴ Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson RF, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing Economics* 2011; 29(5), 230-251.

¹⁹⁵ Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught A. J. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 7(7), CD001271.

¹⁹⁶ Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 11 (11), CD011227.

¹⁹⁷ Assemblée Nationale du Québec. *Projet de loi no 43 - Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2020.

¹⁹⁸ Assemblée Nationale du Québec. *Projet de loi no 31 - Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2020.

L'une des clés qui doit être utilisée pour continuer à défaire ce verrou est la mise à jour régulière du système professionnel, en misant sur des mécanismes qui mobilisent la contribution d'acteurs d'horizons divers, de l'intérieur et de l'extérieur des professions.

Une autre clé qui sera encore ici essentielle est la révision des modes de rémunération des services médicaux.

Les acteurs institutionnels doivent maintenant lever le défi de poursuivre dans leurs avancées et d'élargir les initiatives à un plus large éventail de personnels : infirmières, infirmières auxiliaires, hygiénistes dentaires, inhalothérapeutes, technologues médicaux, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, sages-femmes, psychologues. Les développements rapides et substantiels en télésanté devront être aussi être consolidés et élargis à de plus larges groupes professionnels.

L'une des clés qui doit être utilisée pour continuer à défaire ce verrou est la mise à jour régulière du système professionnel, en misant sur des mécanismes qui mobilisent la contribution d'acteurs d'horizons divers, de l'intérieur et de l'extérieur des professions. Les frontières qui circonscrivent les champs de pratique doivent ainsi faire l'objet de processus de révisions périodiques et systématiques où elles sont soumises à l'épreuve des nouveaux développements en matière de connaissances, d'évolution de la pratique, de changements dans l'écosystème professionnel. Une autre clé qui sera encore ici essentielle est la révision des modes de rémunération des services médicaux. Les inconvénients associés au paiement à l'acte (incitations à des soins non pertinents ou non nécessaires, désincitations au transfert de tâches et au travail interprofessionnel) peuvent être contrebalancés par des formes alternatives de paiement (ex. capitation, rémunération mixte) qui incitent le médecin à déléguer ou transférer des tâches à d'autres professionnels, à voir les patients seulement quand c'est nécessaire et à privilégier des alternatives à la consultation en cabinet lorsque c'est approprié.

Face aux défis posés par la pandémie de COVID-19, les acteurs institutionnels au Québec (gouvernement, municipalités, associations professionnelles, universités, organisations de santé) ont déployé, dans l'urgence, un ensemble de mesures visant à faciliter l'adaptation du système de santé. Le constat qui ressort de notre analyse est que les capacités limitées en matière de ressources humaines ont compromis la pleine efficacité de ces interventions. Les leviers mobilisés pour renforcer les capacités en matière de main-d'œuvre ont été affaiblis, d'une part par un déficit trop important à combler dans certains secteurs déjà fortement fragilisés, d'autre part par des verrous institutionnels qui réduisent la marge de manœuvre et entretiennent la reproduction des mêmes fragilités. De nouvelles politiques et interventions sont nécessaires pour donner au système de santé les moyens à la fois d'absorber les pressions supplémentaires qui pourraient être générées par la crise et d'assurer son renouvellement dans l'après-crise.

Quatre principales recommandations découlent de cette analyse et commandent quatre chantiers majeurs. La première recommandation consiste à élaborer et déployer à très court terme une stratégie nationale de développement des ressources humaines en santé tant pour corriger les fragilités nommées que pour être mieux armé face à de nouvelles vagues de la pandémie ou d'autres crises similaires. Les trois autres recommandations proposent des politiques de rupture avec les cycles de reproduction du système actuel et de ses fragilités : 1) inverser la trajectoire centralisatrice suivie depuis des décennies afin de renforcer les capacités de gouvernance et de gestion des organisations, redonner à celles-ci les moyens de créer des environnements de soins plus favorables, plus performants et les tenir imputables; 2) changer les modes d'allocation des ressources aux établissements et de paiements des services médicaux afin de promouvoir de nouvelles règles du jeu qui créeront de nouvelles incitations; 3) mettre en place des modalités pour un système professionnel plus ouvert où les champs de pratique seront soumis de manière périodique à des révisions systématiques tenant compte de l'évolution des connaissances et des changements dans l'écosystème professionnel.

La première recommandation consiste à élaborer et déployer à très court terme une stratégie nationale de développement des ressources humaines en santé. Les trois autres recommandations proposent des politiques de rupture avec les cycles de reproduction du système actuel et de ses fragilités.
