



CIRANO

Allier savoir et décision

COVID-19 et main-d'œuvre en santé :
des politiques de rupture pour
briser le cycle de reproduction
des fragilités actuelles

CARL-ARDY DUBOIS

2020PE-37
PERSPECTIVES / INSIGHTS

PE

Un article de la catégorie Perspectives est un texte court présentant une analyse éclairée et rigoureusement documentée. Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires.
ISSN 2563-7258 (version en ligne)

[9 Juillet 2020]

COVID-19 et main-d'œuvre en santé : des politiques de rupture pour briser le cycle de reproduction des fragilités actuelles

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

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. Depuis le début de la crise, les États, les gouvernements régionaux, les villes et les organisations de santé rivalisent dans les mesures d'urgence décrétées pour protéger, augmenter, retenir, utiliser à bon escient et renflouer la main-d'œuvre sanitaire, en vue de faire face à la pandémie. L'objectif de cette analyse est de dégager les leçons que peut apprendre le Québec d'un large ensemble de stratégies déployées à diverses échelles, dans divers pays, en matière de main-d'œuvre en santé durant la pandémie. En jetant un regard 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 à promouvoir pour renforcer les capacités en matière de ressources humaines en santé.¹

Des leviers multiples mobilisés par différents États et territoires pour renforcer leurs capacités en matière de main-d'œuvre sanitaire durant la période pandémique

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. C'est plutôt une combinaison d'au moins trois leviers qui ont été mobilisés, à des degrés divers :

¹ Pour consulter le Rapport Bourgogne « COVID-19 et main-d'œuvre en santé – Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels », plus détaillé, veuillez suivre ce lien : <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020RB-05>.

- **Premier levier : Élargissement du bassin de main d'œuvre pour augmenter les effectifs disponibles**

Le premier levier a consisté à élargir le bassin de main-d'œuvre de manière à augmenter rapidement les effectifs disponibles en misant sur trois principales stratégies : la remobilisation de toute la réserve de main-d'œuvre qualifiée disponible, l'accélération de l'entrée en exercice des nouveaux diplômés et la mobilisation des étudiants, le recours à des sources non traditionnelles (ex. militaires).

- **Deuxième levier : Maximisation de la présence au travail des effectifs disponibles**

Le deuxième levier a consisté à maximiser la présence au travail des effectifs disponibles en mettant en place des conditions qui devaient permettre de protéger la santé physique et psychologique des travailleurs, de favoriser la conciliation entre leur travail et leur vie personnelle et de leur fournir un soutien matériel.

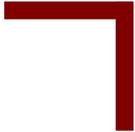
- **Troisième levier : Maximisation de la contribution des travailleurs présents**

Le troisième levier a consisté à maximiser la contribution des travailleurs présents en misant sur trois principales stratégies : le décloisonnement des champs de pratiques et le transfert de tâches entre les groupes professionnels, le recours à la télésanté, le redéploiement du personnel.

La mobilisation de chacun de ces trois leviers pose des défis propres, avec des degrés variés de complexité. Les dispositions relatives au premier levier ont été, en général, adoptées très rapidement, avec une grande convergence d'un pays à l'autre, dans le cadre des décrets d'urgence et des modifications réglementaires émis par les autorités sanitaires et autres acteurs institutionnels. Il reste à démontrer dans quelle mesure les flux de candidats anticipés pour augmenter les effectifs ont pu être intégrés rapidement par les systèmes de santé, dans des délais coïncidant avec les périodes les plus critiques de la crise.

Les stratégies associées au deuxième levier devaient, pour plusieurs, s'appuyer sur les pratiques organisationnelles et institutionnelles en matière de santé et de sécurité du travail, de soutien aux travailleurs et de valorisation de leur travail. La traduction opérationnelle de ces stratégies pouvait ainsi prendre des formes variées et avoir des niveaux d'efficacité variés, tributaires du contexte et des capacités préexistantes.

En ce qui concerne le troisième levier, une grande convergence a été observée dans les actions visant à faciliter le redéploiement du personnel ou à éliminer les barrières à l'intégration des outils numériques, mais les mesures touchant le transfert des tâches entre différents groupes professionnels ont été plus disparates. La stratégie de transfert de



tâches est venue bousculer des pratiques bien établies qui consacrent une relative étanchéité des frontières professionnelles. Le cumul des actions observées d'un pays à l'autre montre que les possibilités offertes par ce troisième levier pour développer une capacité supplémentaire en matière de main d'œuvre sont très étendues. Mais ces possibilités restent encore à être pleinement exploitées. La plupart des États et territoires ont été timides et prudents dans la mobilisation de ce levier, avec des actions ciblées sur des groupes limités de professionnels. Dans une perspective d'analyse comparative internationale, d'autres données seront nécessaires pour mesurer les contributions respectives de chacun de ces trois leviers au renforcement des capacités et le niveau d'efficacité démontré par divers pays ou territoires dans leur mobilisation.

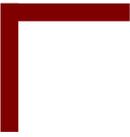
Des leviers similaires mobilisés au Québec, mais avec un niveau d'efficacité mitigé

Premier levier : Élargissement du bassin de main-d'œuvre pour augmenter les effectifs disponibles

Les mesures prises par le gouvernement du Québec et la mobilisation des divers acteurs institutionnels ont permis d'assurer une dotation adéquate du secteur hospitalier, même s'il faut aussi reconnaître que ce secteur n'a pas été jusqu'ici poussé à ses limites. Le déploiement des renforts nécessaires a été plus ardu pour les établissements de soins de longue durée. Les gains obtenus, en termes de nouveaux effectifs, ont été lents et en deçà des attentes. Aux périodes les plus critiques de la crise, alors que les pressions sur les établissements étaient à leur point culminant, une fraction relativement faible des personnes ayant manifesté un intérêt à contribuer a été mobilisée. Des milliers de professionnels de santé dont l'activité a été réduite n'ont pu être redéployés, 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.

Deuxième levier : Maximisation de la présence au travail des effectifs disponibles

Diverses mesures ont été mises en œuvre, de manière prompte, pour lever les contraintes à l'activité des travailleurs : services de garde gratuits, modification des conditions de travail, octroi de primes de risques. Cependant, ces mesures n'ont pas empêché une explosion du nombre de travailleurs absents, dont près de la moitié parce qu'ils ont été infectés. Les mesures de prévention et de protection contre les infections se sont avérées déficientes dans un nombre significatif d'établissements et plusieurs peinaient à fournir



des équipements de protection individuelle à leurs employés. Les mouvements de personnel d'une installation à l'autre, d'une unité de soins à l'autre et, dans certains cas, entre des zones dites chaudes et froides, ont été tolérés sans être associés à des dépistages réguliers et systématiques du personnel.

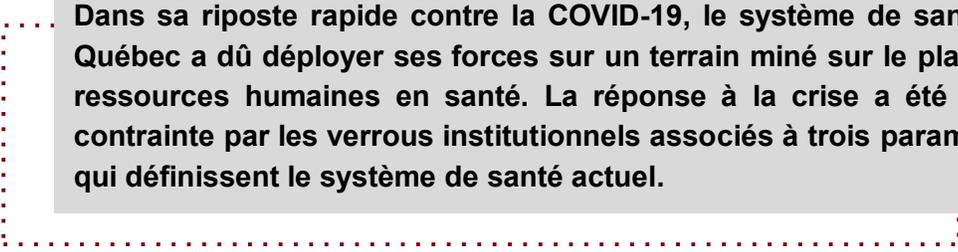
Troisième levier : Maximisation de la contribution des travailleurs présents

La pandémie a accéléré l'aboutissement de diverses mesures qui étaient déjà anticipées, touchant les infirmières praticiennes spécialisées, les pharmaciens et les professionnels de réadaptation. Différents obstacles à l'intégration de la télémédecine dans la prestation des services de santé ont été levés. Cependant, plusieurs groupes professionnels pleinement habilités, par leur formation, à apporter une contribution à la réponse à la crise (dentistes, hygiénistes dentaires, diététistes, audiologistes et orthophonistes) peinaient à obtenir les autorisations nécessaires ou n'ont été que peu mobilisés. Les développements observés pour divers autres groupes clés (ex. infirmières, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux, psychologues) 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. 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. Sur le plan de la santé et de la sécurité du travail, les systèmes existants accusaient déjà un niveau peu avancé de maturité. D'autres défaillances 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 cadre actuel n'assure pas un niveau de surveillance adéquate et ne crée pas des incitations à l'amélioration continue de la qualité.

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. La réponse à la crise a été aussi contrainte par les verrous institutionnels associés à trois paramètres qui définissent le système de santé actuel.



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

Le système sociosanitaire québécois a connu au cours des quarante dernières années une succession rapide de réformes structurelles dont le résultat net a été un éloignement progressif des centres de décisions par rapport aux lieux d'intervention et de prestations des services.

La centralité de l'hôpital au détriment des autres missions

Le système de santé demeure prisonnier d'arrangements institutionnels qui perpétuent une dominance de la mission hospitalière au détriment des autres missions. Cette dominance se reflète dans les structures de gouvernance, la définition des priorités et la distribution des ressources.

Le cloisonnement des champs de pratique

Les arrangements institutionnels prévalant actuellement favorisent l'étanchéité des champs de pratiques et le résultat net est que divers groupes professionnels ne peuvent déployer toute l'étendue possible de leurs connaissances et compétences.

Déminer le terrain

Les déficits trop importants à combler en matière de main-d'œuvre, dans certains secteurs déjà fortement fragilisés, ont compromis la pleine efficacité des interventions mises en œuvre pour faciliter l'adaptation du système de santé durant la crise. Les actions décisives entamées par le gouvernement pour déminer le terrain (ex. formation accélérée de 10 000 nouveaux préposés aux bénéficiaires ; rehaussement des salaires du personnel d'assistance) constituent des pas importants mais doivent être élargies et faire partie d'une stratégie nationale plus globale de développement de la main-d'œuvre en santé. Cette stratégie 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.

Les actions décisives entamées par le gouvernement pour déminer le terrain constituent des pas importants mais doivent être élargies et faire partie d'une stratégie nationale plus globale de développement de la main-d'œuvre en santé.

Miser sur des politiques de rupture pour lever les verrous institutionnels

Les leviers mobilisés pour renforcer les capacités de main-d'œuvre durant la crise ont été affaiblis par des verrous institutionnels qui ont ainsi réduit la marge de manœuvre et exacerbé les fragilités. Ce constat commande d'aller au-delà de l'opération de déminage et de miser sur 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 favorables aux secteurs plus fragiles ;
- 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.

Les leviers mobilisés pour renforcer les capacités de main-d'œuvre durant la crise ont été affaiblis par des verrous institutionnels qui ont ainsi réduit la marge de manœuvre et exacerbé les fragilités. Ce constat commande d'aller au-delà de l'opération de déminage et de miser sur des politiques de rupture qui doivent briser les cycles de reproduction des fragilités actuelles.

RÉFÉRENCE

Dubois, Carl-Ardy, 2020, « COVID-19 et main-d'œuvre en santé – Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels », Rapport Bourgogne 2020RB-05, CIRANO. En ligne : <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020RB-05>.