



Repenser la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada

S'inspirer du reste de la planète afin de trouver de nouvelles possibilités pour l'avenir



Table des matières

Introduction	3
Quels sont les enjeux les plus répandus en ce qui concerne la main-d'œuvre?	4
À quoi ressemblera la main-d'œuvre de demain au Canada?	6
Les facteurs d'une planification efficace de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé	8
Pratiques exemplaires à l'échelle mondiale	10
Irlande du Nord : retenir les leaders de demain dans le domaine des soins de santé grâce à une formation centrée sur la compassion	11
Australian Digital Health Agency : préparer la main-d'œuvre à prospérer dans la transformation numérique	12
Par où commencer? Par les soins primaires	27
Observations finales	29
Références	30

Introduction

L'objectif de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est de créer un équilibre réceptif entre les besoins de la population en matière de santé et la capacité de la main-d'œuvre du secteur à fournir des soins en fonction de ces besoins afin d'améliorer les résultats en matière de santé. La planification adéquate d'une offre, d'une combinaison et d'une répartition de la main-d'œuvre du secteur de la santé de manière à répondre aux besoins changeants de la population en matière de santé est un défi de taille, tant au Canada que dans le reste du monde depuis des dizaines d'années. D'ici 2030, la demande en travailleurs de la santé passera à 80 millions à l'échelle mondiale, tandis que la pénurie atteindra 18 millions d'employés^{1,2,3}. Ainsi, il est particulièrement important d'adopter des stratégies pour combler les besoins en effectifs de notre pays.

Ces dernières années, le Canada a subi une pression sans précédent pour équilibrer sa réponse à la pandémie de COVID-19 tout en assurant le maintien des services essentiels, ce qui a mené à l'adoption de nouveaux modèles de soins et de nouvelles méthodes de travail par nécessité. Cette tendance a accéléré les discussions sur les structures de longue date du système de santé qui continuent d'exercer une pression sur la main-d'œuvre du secteur, et, en parallèle, aggravent les problèmes liés à l'accès à des soins appropriés et de qualité. Le personnel de la santé du Canada a persévéré malgré les risques personnels et familiaux, l'incertitude, les longues heures de travail dues aux contraintes de ressources et les décès. Par conséquent, les taux de problèmes de santé mentale et d'épuisement professionnel au sein du personnel de la santé ont grandement augmenté :

- En 2020, 33 % des membres du personnel de la santé au Canada ont rapporté avoir une santé mentale passable ou mauvaise⁴. Environ 60 % des membres du personnel infirmier ont déclaré qu'ils quitteraient leur emploi dans l'année suivante, tandis que plus de 25 % ont affirmé leur intention de quitter la profession⁵.
- Au printemps 2021, le taux d'épuisement professionnel des médecins, du personnel infirmier et des autres membres de la main-d'œuvre en santé au Canada a grimpé à plus de 60 %, en particulier pour le personnel travaillant dans les unités consacrées à la COVID-19, aux soins intensifs, aux urgences et aux soins de longue durée⁶.
- En Ontario, 59 % du personnel infirmier auxiliaire autorisé a affirmé qu'il s'adaptait mal aux conditions, tandis que 86 % a déclaré que la charge de travail avait augmenté de manière significative⁷. Simultanément, 75 % du personnel infirmier surchargé a déclaré avoir le sentiment que le risque d'erreurs médicales augmentait⁷.

Le personnel de la santé représente plus de 70 % des coûts directs des soins de santé au Canada, soit environ 175 milliards de dollars en 2019^{8,9}. Dans un système assujéti à des contraintes budgétaires, la planification du bon nombre et de la bonne combinaison de compétences du personnel de la santé est de plus en plus importante en raison de la demande croissante de services et des enjeux continus en matière d'accès aux soins. L'absence d'action concertée pour remanier les structures systémiques liées à la planification de la main-d'œuvre continuera d'imposer des contraintes économiques sur le système de santé du Canada, d'entraîner une détérioration de la santé et du bien-être du personnel de la santé et, au bout du compte, de compromettre la qualité des soins pour les patients.

Alors que les problèmes de capacité du personnel de santé se poursuivent ...

La demande de services continue de croître.

- La population du Canada âgée de 65 ans et plus devrait connaître une croissance de 68 % d'ici 2037¹⁰.
- Une augmentation de 71 % de la demande de services de soins continus pour les personnes âgées est prévue entre 2011 et 2026, y compris les soins rémunérés et non rémunérés¹¹.
- Le coût annuel des soins de longue durée va tripler, passant de 69 milliards de dollars en 2014 à 188 milliards de dollars en 2050. D'ici 2035, 199 000 nouveaux lits de soins de longue durée seront nécessaires pour répondre à la demande de services^{12,13}.
- D'ici 2041, le coût annuel des troubles de santé mentale au Canada devrait s'élever à 307 milliards de dollars¹⁴.

L'offre, la combinaison et la réparation inadéquate des membres du personnel de la santé perpétueront les problèmes d'accès équitable.

- Entre 2019 et 2028, le Canada aura un déficit attendu de 31 500 médecins de famille et médecins généralistes, et de 37 000 membres du personnel infirmier autorisés^{15,16}.
- Au Canada, seuls 8 % des médecins exercent dans des collectivités rurales, alors que près d'un cinquième de la population canadienne habite en milieu rural¹⁷.
- Bien qu'il y ait un besoin important de services de réadaptation chez les adultes vieillissants, dont 23 % vivent en milieu rural, la disponibilité de la physiothérapie communautaire dans ces collectivités est faible^{18,19}. De plus, la physiothérapie ambulatoire est principalement financée par les assurances ou les paiements directs, ce qui pose des problèmes d'accès pour les personnes qui n'ont pas la capacité de payer.

Quels sont les enjeux les plus répandus en ce qui concerne la main-d'œuvre?

Aujourd'hui, la planification de la main-d'œuvre du secteur de la santé comprend bien plus que les politiques et les actions en lien avec l'offre, la combinaison et la répartition du personnel pour répondre aux besoins de la population en matière de santé. La pandémie a fait ressortir la nécessité de voir la main-d'œuvre du secteur de la santé sous un angle holistique, où l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) ainsi que la santé du personnel sont considérées comme essentielles.

Dans cette optique, la société postpandémique devrait viser à transformer les structures systémiques qui ont mené à la pénurie de main-d'œuvre du secteur de la santé pour avoir un effectif capable de s'adapter au changement des besoins de la population et de résister aux perturbations. Pour ce faire, il faut réunir les gouvernements, les responsables des systèmes de santé, les établissements d'enseignement, les disciplines, les décideurs politiques et les patients afin de repenser le système pour qu'il réponde mieux aux besoins de la population sans exercer une pression continue sur le personnel. La liste ci-dessous comprend un ensemble d'enjeux prioritaires nécessitant une action et une réforme en collaboration :



Les structures et les politiques du système de santé actuel du Canada ne sont pas bien alignées sur les besoins modernes de la population en matière de soins.

Le système de santé du Canada a été mis en place à une époque où la prestation de soins était axée sur les soins de courte durée. Les vestiges de ce système subsistent encore aujourd'hui, bien que les patients dépendent de divers travailleurs de la santé pour la prestation de services dans d'autres contextes que les soins de courte durée²⁰. Les soins de santé sont de plus en plus prodigués à domicile et dans la communauté. Or, il serait possible d'aligner les structures de financement appropriées pour soutenir les modèles de soins associés à chacun. Par exemple, le modèle actuel de rémunération à l'acte des médecins est associé à la pratique indépendante plutôt qu'à la participation en équipe^{21,22}.



Les provinces et les territoires ont des données fragmentées et une capacité analytique insuffisante.

Le Canada accuse un retard par rapport aux pays comparables de l'OCDE, y compris les États-Unis, le

Royaume-Uni et l'Australie, en ce qui concerne les données sur la main-d'œuvre et l'analytique numérique²³. Les acteurs du gouvernement, de l'éducation, de l'accréditation, de la réglementation et de la pratique collectent diverses formes de données reflétant les activités de la main-d'œuvre qui devraient s'aligner pour soutenir l'utilisation et la comparabilité dans la prise de décisions⁹. Entre autres, peu de données démographiques sont recueillies sur le personnel de la santé, ce qui est un obstacle à la création d'une main-d'œuvre diversifiée qui reflète tous les groupes dans la population canadienne. Si le Canada veut répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation en ce qui concerne le recrutement et la rétention du personnel de la santé autochtone, il est essentiel d'avoir un décompte transparent pour augmenter ces effectifs⁸.



La planification cloisonnée dans les disciplines peut entraîner un mauvais alignement des ressources par rapport aux besoins.

Les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral planifient généralement leur main-d'œuvre de santé de manière indépendante, tout comme le font les différentes disciplines. Une approche de planification cloisonnée ne reconnaît pas pleinement et n'incorpore pas les éléments des modèles de soins intégrés qui sont mis en avant comme les pratiques exemplaires. Par exemple, il est nécessaire de mieux comprendre comment les avancées technologiques et le chevauchement des champs de pratique peuvent modifier l'optimisation des postes ou la création de nouveaux postes, ce qui a des répercussions sur les établissements d'enseignement et les environnements d'apprentissage collaboratif. De plus, une planification cloisonnée dans les disciplines qui est axée uniquement sur l'offre peut entraîner une hausse des coûts liés à la formation et à la gestion de la main-d'œuvre.



L'absence d'une structure centralisée pour soutenir la planification pancanadienne est un frein à la responsabilisation.

Au niveau du système, les pays qui possèdent une structure coordonnée, centralisée et responsable d'éléments particuliers de la planification de la main-d'œuvre (comme la normalisation de la collecte, de la communication et de la diffusion des données, ou l'adoption collective de normes de pratique dans toutes les disciplines) ont tendance à faire preuve d'une capacité de renseignement sur la main-d'œuvre comparativement supérieure⁹. Une augmentation de la mesure des performances et de la transparence publique sur des paramètres définis peut inciter les systèmes de santé à suivre leurs progrès et à être réactifs à la mise en œuvre des changements nécessaires pour régler des enjeux en matière de ressources humaines.



Le manque d'importance accordé à l'EDI perpétue les inégalités liées aux possibilités de travail et à l'accès des patients.

Par exemple, les politiques d'admission dans les écoles de médecine tendent à favoriser les étudiants de milieux socioéconomiques favorisés, et les étudiants en médecine admis sont moins susceptibles d'être des personnes noires ou autochtones ou d'avoir grandi en milieu rural²⁴. Les femmes en médecine sont également confrontées à des taux de discrimination disproportionnés, à des possibilités d'avancement moindres et à des difficultés d'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle en raison de leurs obligations familiales²⁵. Cette discrimination, qui crée des obstacles à l'intégration et à l'inclusion, existe également dans d'autres disciplines, notamment en soins infirmiers et en pharmacie^{26 27}. L'absence de programmes d'études inclusifs dans les établissements d'apprentissage contribue à une préparation insuffisante du personnel de la santé pour répondre aux besoins des divers groupes dans la population, ce qui a des

répercussions sur l'accès approprié aux soins^{28, 29}. La diversité des professionnels de la santé est essentielle pour soutenir une prestation de soins inclusive et adaptée culturellement.



Le soutien et la promotion limités du bien-être holistique ont perpétué l'épuisement professionnel.

Le personnel de la santé du Canada est aux prises avec des taux élevés d'épuisement professionnel et de détresse psychologique en contexte de pandémie. Plus de 60 % des médecins, du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé canadiens ont rapporté un épuisement professionnel grave au printemps 2021⁶. Les problèmes de ratios de personnel inadéquats, de charges de travail croissantes et de longues heures de travail, dont la plupart datent d'avant la pandémie, ont exacerbé les problèmes de santé mentale. Ces facteurs ont à leur tour des répercussions sur la qualité des soins en raison de l'augmentation du taux de roulement, de l'absentéisme et du présentéisme, en plus d'entraîner des coûts importants pour le système de santé. Par exemple, au Canada, on estime que l'épuisement professionnel des médecins coûte à lui seul 213 millions de dollars par année au système de santé, tant pour les départs à la retraite anticipés que pour la réduction des heures de pratique clinique³⁰.

Les approches choisies pour planifier la main-d'œuvre doivent tenir compte des réalités du système canadien en mutation. Les efforts de planification ont tendance à être réalisés en vase clos et à se concentrer sur les médecins et le personnel infirmier. Or, ils devraient tenir compte des modèles de soins novateurs et émergents qui font appel à l'ensemble du personnel de la santé, y compris les familles et les soignants. Cela pourrait faciliter une gestion efficace des charges de travail tout en permettant un champ de pratique optimal et un accès accru à des soins de qualité.

À quoi ressemblera la main-d'œuvre de demain au Canada?

La pandémie de COVID-19 a accéléré l'innovation en forçant l'adoption rapide de nouvelles technologies et de nouveaux flux des travaux. Elle a amplifié la nécessité d'apporter des changements et a mis à l'avant-plan plusieurs tendances qui façonnaient déjà l'avenir de la prestation de soins.

Dans l'avenir, les modèles de soins refléteront la façon dont les gouvernements, les organisations, le personnel du secteur de la santé et les contribuables perçoivent les besoins des patients et les implications qui en découlent en matière de soins. En parallèle, les méthodes de recrutement, de formation, de déploiement et de gestion de notre personnel de santé évolueront. La planification de la main-d'œuvre du futur dépasse les éléments traditionnels de l'offre, de la composition et de la répartition. Il sera essentiel d'examiner les besoins holistiques des patients et du personnel de la santé pour les systèmes qui visent à atteindre le quintuple objectif de l'amélioration des soins de santé, qui considère la promotion du bien-être des cliniciens et l'équité en matière de santé comme éléments clés de l'amélioration de la santé, en plus de l'amélioration des soins aux patients, des résultats et des coûts³¹.

Imaginez un travailleur de la santé qui soit...



Assisté par la technologie. Pour gagner en efficacité par le renforcement de la capacité, les systèmes de soins de santé auraient avantage à adopter des modèles de soins axés sur la technologie. D'ici 2030, on prévoit que près de 40 % des tâches liées aux soins de santé pourraient être automatisées, ce qui permettrait de libérer plus de temps pour les soins³. Les programmes d'études et de formation en poste nécessiteront des investissements importants pour développer une main-d'œuvre ayant des compétences numériques et mettre en place des lignes directrices appropriées pour la pratique. La demande pour des services numériques est également à la hausse. En 2020, 42 % des Canadiens et des Canadiennes interrogés qui avaient reçu des soins virtuels pendant la pandémie ont exprimé leur préférence pour un premier point de contact virtuel avec leur médecin à l'avenir³². De plus, près de 80 % des Canadiens et des Canadiennes souhaiteraient accéder à leurs informations de santé personnelles par voie électronique, et 82 % préfèrent les prescriptions électroniques³³.



Intégré à une équipe de soins interdisciplinaire.

L'Alberta a relié plus de 75 % de ses résidents à ses 41 réseaux de soins primaires, tandis que l'Ontario a relié environ 25 % de sa population à une équipe de santé familiale^{34,35}. Bien que l'adoption de pratiques de groupe ou de modèles de soins en équipe varie d'une région à l'autre du Canada, de plus en plus de Canadiens s'attendent à une coordination harmonieuse entre les prestataires qui leur prodiguent des soins. Les équipes de soins de santé performantes contribuent à établir un système de soins complet, coordonné et efficace qui est adapté aux besoins des patients³⁶. Les soins en équipe sont bénéfiques pour les patients souffrant de maladies chroniques. En outre, ils peuvent améliorer le bien-être des patients et la continuité des soins, augmenter la capacité à fournir un accès le jour même ou le lendemain et des services après les heures d'ouverture, et compenser les coûts des soins d'urgence³⁷.



Agile et adaptable.

Une planification agile de la main-d'œuvre en santé permettra de développer une main-d'œuvre durable, capable de résister aux menaces et aux perturbations futures comme la pandémie de COVID-19. Pour développer une main-d'œuvre agile, il faut renforcer la capacité à atteindre une pratique à portée optimale et une délégation des tâches qui répondent aux besoins de santé en évolution de la population. Cette optimisation des rôles peut être réalisée en intégrant des modèles de formation interprofessionnelle dans les programmes d'études des différentes disciplines. Toutefois, le personnel de la santé devra avoir accès à des modèles de soins en équipe soutenus par des politiques et du financement qui permettent l'intégration aux équipes pendant la transition vers la pratique. Pour façonner la main-d'œuvre efficacement, les responsables des systèmes de santé devront prévoir des scénarios de capacité régulière et de pointe. En outre, ils devront intégrer le perfectionnement du personnel, la collaboration avec des homologues formés à l'étranger et le déploiement de membres du personnel de la santé d'un service médical ou d'une administration à l'autre³⁸.



Un partenaire pour le patient et le proche aidant.

L'engagement des patients améliore les résultats et diminue les coûts^{39,40}. En 2018, 7,8 millions de Canadiens et de Canadiennes âgés de 15 ans et plus étaient des soignants, et 96 % des bénéficiaires de soins à domicile de longue durée avaient un soignant non rémunéré^{41,42}. La prestation de soins à des parents vieillissants coûte à la population du Canada environ 33 milliards de dollars en dépenses directes et en congés sans solde⁴³. En 2013, Nesta, une fondation pour l'innovation au Royaume-Uni, a estimé que le NHS pourrait économiser 4,4 milliards de livres par an en mobilisant les patients, les familles et les communautés dans la prestation de soins⁴⁴. Les politiques qui reconnaissent et formalisent le rôle et l'engagement des proches aidants ont le potentiel de réduire le placement en établissement de personnes nécessitant des soins, réduisant ainsi les coûts du système de santé⁴⁵.



Un ambassadeur pour l'avancement de l'EDI.

Les avantages de faire avancer l'EDI dans le secteur des soins de santé sont bien documentés. Ceux-ci comprennent, notamment, l'amélioration des résultats et de l'accès aux soins pour les patients ainsi que l'amélioration des expériences en milieu de travail et la rétention du personnel de la santé⁴⁶. En 2036, la proportion de personnes de couleur au sein de la population atteindra 36 %⁴⁷. La nécessité de mettre l'accent sur l'EDI dans la main-d'œuvre est donc évidente : le personnel de la santé doit refléter les populations et les collectivités qu'il sert. Si nous négligeons l'EDI dans la planification de la main-d'œuvre, nous risquons d'aggraver les disparités en matière de santé au sein des populations minoritaires et de freiner l'innovation et l'ouverture au changement dans le secteur des soins de santé⁴⁸. Les leaders du secteur ont préconisé de nouvelles stratégies pour favoriser l'EDI, notamment en adaptant les pratiques de recrutement selon les besoins de la communauté et en modifiant les programmes d'études désuets qui négligent les compétences culturelles^{49,50,51}.



Résilient, soutenu et épanoui dans sa pratique. Il y a moins de dix ans que l'amélioration du bien-être du personnel de la santé a été largement reconnue

comme un facteur pouvant rehausser la santé, avec la recommandation du quadruple objectif, qui a depuis évolué en quintuple objectif⁵². Les conséquences désastreuses sur la santé mentale du personnel de la santé pendant la pandémie ont encouragé une poussée collective vers le développement de cadres de bien-être pour les membres du personnel et les stagiaires du secteur de la santé^{53,54}. La mise en œuvre de programmes de bien-être au sein des organisations de soins de santé devrait s'intensifier, ce qui pourrait amener la main-d'œuvre du futur à participer à des formations sur la résilience et le bien-être. Le temps est venu d'accorder de l'importance au bien-être comme un pilier essentiel de la planification de la main-d'œuvre afin de garantir la sécurité du personnel, d'améliorer l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, de créer des environnements favorables à la santé et, avant tout, de considérer les membres du personnel de la santé comme des êtres humains ayant eux aussi des besoins.



Encouragé à favoriser le changement dans le système.

L'avenir de la prestation de soins passe par des professionnels de la santé engagés dans l'amélioration continue et qui pensent et agissent à travers le prisme de la science du système de santé, c'est-à-dire l'étude de la prestation des soins, de la collaboration des professionnels de la santé pour fournir ces soins et de l'amélioration des soins aux patients et de la prestation des soins par le système de santé⁵⁵. Pour y parvenir, il faudra une compréhension approfondie du système dans lequel opère le personnel de la santé, y compris de la manière dont la confluence historique de processus systémiques, structurels, politiques et culturels a mené à la condition actuelle du système de santé. Pour déclencher une transformation significative dans l'ensemble du système de santé, il faut avant tout instaurer une culture de l'amélioration continue. Par exemple, un élément clé de la compétence des médecins canadiens est fondé sur le rôle CanMEDS de « promoteur de la santé », qui consiste à développer les capacités d'influencer des changements dans le système pouvant améliorer la santé et le bien-être des populations défavorisées⁵⁶.

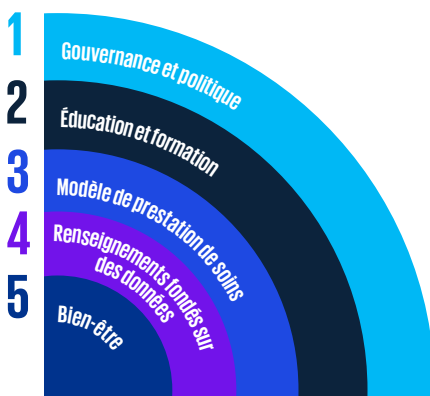
Les facteurs d'une planification efficace de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé

Selon nos constats au Canada et ailleurs dans le monde, aucune administration ne maîtrise parfaitement tous les aspects de la planification de la main-d'œuvre. Cela s'explique en partie par la réalité du milieu : la planification pour les prochaines années est souvent contrecarrée par le rythme effréné du changement auquel le secteur est confronté. Néanmoins, il est important de noter que, pour voir au-delà du court terme, il faut adopter une approche qui ne soit pas seulement centrée sur l'augmentation de l'offre.

Les exercices de prévision n'auront que des effets limités en l'absence de conditions favorables à la mise en œuvre d'efforts de planification holistiques. Nos expériences à l'échelle planétaire font ressortir les facteurs ci-dessous, qui peuvent soutenir une mise en œuvre plus réussie des approches de planification. Ces facteurs ne peuvent pas exister de manière isolée : ils ne sont pas mutuellement exclusifs.

Au niveau du système, le fait de repenser les mesures de gouvernance et de politique afin qu'elles soient claires et responsables a des effets directs jusqu'aux premières lignes de la prestation des soins. En effet, elles peuvent permettre d'attirer et de retenir un personnel de haute qualité pour travailler dans des milieux et des modèles de soins qui répondent aux besoins de santé de la population.

Figure 1



1

- Les pratiques de recrutement et de rétention reposent à la fois sur les **objectifs des politiques et les cibles du système de santé**.
- Les modèles de paiement **encouragent le travail d'équipe** entre professionnels, tandis que des structures de financement élargies soutiennent la **prestation de services essentiels appropriés** à la population canadienne.
- Une **collaboration intersectorielle** se manifeste par des relations de confiance et une action conjointe entre les décideurs politiques, les établissements d'enseignement, les organismes professionnels et les prestataires de soins.
- Les **modèles de gouvernance** comprennent des structures décisionnelles intégrées impliquant une supervision politique, éducative et réglementaire avec une responsabilisation claire.
- Un **leadership fort** centré sur les personnes constitue un double engagement tant envers la santé de la main-d'œuvre du secteur que celle des patients.
- Des investissements sont faits pour rendre les professions en situation de pénurie **plus attrayantes**.

2

- Les **pratiques de recrutement et les programmes d'études** sont **inclusifs, axés sur l'équité** et respectent les mandats de responsabilité sociale.
- La main-d'œuvre est formée de manière agile par une **approche collaborative** dans les programmes d'études.
- La main-d'œuvre est **outillée numériquement** et prête à gérer les technologies nouvelles et émergentes pour accélérer les gains d'efficacité (par exemple, porte d'entrée numérique, segmentation des populations, etc.).
- Les cohortes sont centrées sur l'EDI et préparées à fournir des **soins adaptés culturellement**.
- Les écoles professionnelles ont la **capacité d'adapter les programmes d'études** et les places de formation de manière réactive.
- La **capacité nationale est renforcée** et les obstacles à l'entrée dans la pratique des professionnels de la santé formés à l'étranger sont réduits.

3

- Les scénarios de planification représentent les **modèles de soins centrés sur le patient** que nous voulons faire progresser.
- Les membres du personnel sont capables de **s'adapter et de passer facilement d'un modèle de prestation à l'autre** afin de fournir une gamme de services par l'intermédiaire de la délégation de tâches et d'une pratique à portée optimale.
- Les planificateurs des systèmes de santé tirent parti des **initiatives technologiques stratégiques** et se fondent sur des modèles de dotation en personnel centralisés pour **améliorer la productivité des employés**.
- Le personnel de la santé est encouragé à explorer les possibilités de **collaboration et de partage des connaissances** et à travailler continuellement pour **développer des modèles de soins innovants**.

4

- La **collecte de données** est normalisée, réglementée, transférable d'une administration à l'autre et utilisée de manière appropriée pour permettre une comparabilité à l'échelle nationale. Celle-ci est **intégrée stratégiquement et exploitée** pour orienter la planification de la main-d'œuvre.
- Les modèles de planification de la main-d'œuvre tirent parti de **données quantitatives et qualitatives** qui façonnent les futurs modèles de soins selon les besoins.
- La qualité et l'utilisation des données sur la main-d'œuvre sont améliorées et permettent de rehausser la productivité de la main-d'œuvre.
- La **collecte de données facilite une planification inclusive** afin de s'assurer que le personnel de la santé reflète les populations qu'il sert.

5

- La **charge administrative non nécessaire** est réduite et des stratégies d'optimisation de la charge de travail sont mises en œuvre pour soutenir un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle.
- Des approches descendantes et ascendantes sont mises en place pour favoriser une **culture organisationnelle positive**.
- Des programmes et des normes sont développés pour soutenir et promouvoir la **résilience et la santé physique et mentale de la main-d'œuvre**.
- La direction favorise le sentiment d'**inclusion et d'appartenance** dans les environnements d'apprentissage et de pratique.



Compte tenu de la manière dont la prestation des soins changera dans le futur, dont le personnel de la santé collaborera avec ses équipes, dont les tâches seront redistribuées et dont la technologie et l'automatisation transformeront les emplois actuels, les responsables et les décideurs doivent repenser la planification et le déploiement de la combinaison de compétences la plus appropriée. Il est particulièrement essentiel que les approches modernes de la planification incluent aussi une vision holistique du personnel de la santé. Des stratégies globales de bien-être doivent être mises en place pour prévenir l'épuisement professionnel, l'absentéisme et le présentéisme, qui peuvent tous avoir des conséquences sur la productivité, l'accès aux soins et la qualité des soins.



Pratiques exemplaires à l'échelle mondiale

Bien qu'ils soient propres à leurs systèmes de santé locaux, il y a de nombreux exemples d'administrations qui ont adopté des approches visant à améliorer leurs efforts de planification. Plusieurs des administrations présentées ont fait face à des enjeux semblables à ceux avec lesquels le Canada est aux prises.

Ces administrations offrent des exemples tangibles des facteurs en jeu qui, ensemble, créent un environnement qui encourage des mesures significatives au sein des communautés, du niveau du système jusqu'à celui de la pratique.

Les exemples fournis sont présentés par rapport aux cinq facteurs. L'objectif n'est pas de fournir une liste collectivement exhaustive des pratiques qui tiennent compte de tous les facteurs, mais de présenter des administrations pouvant servir d'inspiration pour l'application pratique des solutions.

Figure 2

	Gouvernance et politique	Éducation et formation	Modèle de prestation de soins	Renseignements fondés sur des données	Bien-être
Irlande du Nord <i>Medical & Dental Training Agency</i>	Fort	Fort	Fort	Moyen	Moyen
Australie <i>Australian Digital Health Agency</i>	Fort	Fort	Fort	Moyen	Moyen
États-Unis <i>Kaiser Permanente School of Medicine</i>	Fort	Fort	Moyen	Fort	Fort
Pays-Bas <i>Advisory Committee on Medical Manpower Planning (ACMMP)</i>	Fort	Fort	Fort	Fort	Moyen
Pays-Bas <i>La société de soins infirmiers de proximité Buurtzorg</i>	Moyen	Moyen	Fort	Moyen	Moyen
Nouvelle-Zélande <i>Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande</i>	Fort	Moyen	Fort	Fort	Moyen
Allemagne <i>Ministère fédéral de la Santé</i>	Fort	Moyen	Fort	Moyen	Moyen
Canada <i>Hôpital Humber River</i>	Moyen	Fort	Fort	Fort	Moyen
États-Unis <i>Baltimore Alliance for Careers in Healthcare</i>	Fort	Fort	Moyen	Moyen	Moyen
États-Unis <i>Mount Sinai Health System</i>	Moyen	Moyen	Moyen	Moyen	Fort
Canada <i>Stratégie d'analyse en laboratoire de l'Ontario pour la COVID-19 :</i>	Moyen	Fort	Moyen	Moyen	Fort

Irlande du Nord : retenir les leaders de demain dans le domaine des soins de santé grâce à une formation centrée sur la compassion

Organisation : Northern Ireland Medical & Dental Training Agency (NIMDTA)

Description : La stratégie VALUED vise à faciliter la rétention des médecins en formation au sein des systèmes de soins à domicile et sociaux d'Irlande du Nord et à accroître l'engagement de la main-d'œuvre. Plus de vingt initiatives ont été développées en suivant la stratégie VALUED, qui comprend six éléments clés (voir l'image 3). Ensemble, les initiatives pour stagiaires qui ont été conçues et entreprises par la NIMDTA sont un exemple clair d'une approche au niveau du système visant à faciliter la rétention des stagiaires en médecine et des nouveaux diplômés pendant les transitions importantes de leur carrière. La NIMDTA a créé une culture latérale, dans laquelle la direction est attentive et réceptive aux besoins des stagiaires et où leur opinion est prise en considération.

Objectifs :

- Trouver des solutions aux problèmes clés qui préoccupent le plus les médecins d'Irlande du Nord, notamment l'augmentation de la charge de travail, les heures de travail, l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle et le fossé entre les stagiaires et les dirigeants des hôpitaux et des administrations.

Principaux éléments de l'approche :

- **Leadership et jumelage de stagiaires :** Le programme ADEPT vise à développer des leaders médicaux efficaces, à susciter l'intérêt pour les postes de direction médicale et à cultiver un modèle de leadership de soutien répandant

aux besoins des stagiaires. Par l'intermédiaire d'un modèle d'apprentissage, les stagiaires ont l'occasion de travailler aux côtés de hauts dirigeants dans des organisations cliniques et de recevoir une formation formelle en leadership et en gestion⁵⁷.

- **Modèle de leadership empathique :** La NIMDTA a développé un programme d'initiation pour les nouveaux diplômés entrant dans des postes cliniques pendant la pandémie de COVID-19. La flexibilité de l'orientation numérique, les trousseaux d'accueil, le système de jumelage et le soutien pratique et psychologique étaient les éléments centraux du programme.

Résultats :

- **Programme ADEPT :** Les sondages quantitatifs menés auprès des participants avant et après le programme ont démontré une connaissance accrue des styles de leadership, des capacités accrues en matière de gestion des relations et une meilleure capacité à concevoir des stratégies d'amélioration⁵⁸.
- **Modèle de leadership empathique :** Les sondages de rétroaction ont indiqué que les stagiaires étaient très satisfaits du programme d'initiation (83 %) et avaient le sentiment d'être important pour la NIMDTA (82 %) ⁵⁹.
- Il a été prouvé que le leadership efficace des superviseurs cliniques est fortement associé à un plus grand épanouissement et à des taux d'épuisement plus faibles chez ceux qu'ils dirigent⁶⁰. Les résultats futurs des programmes de formation de la NIMDTA pourraient confirmer ces constats.

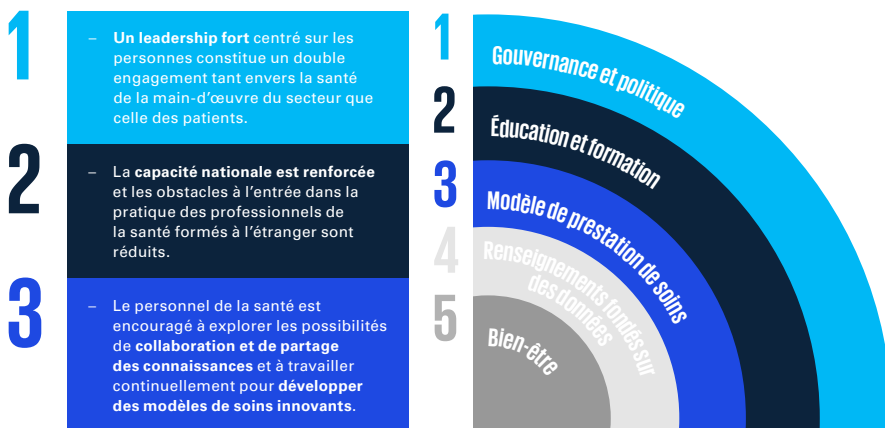


Figure 3

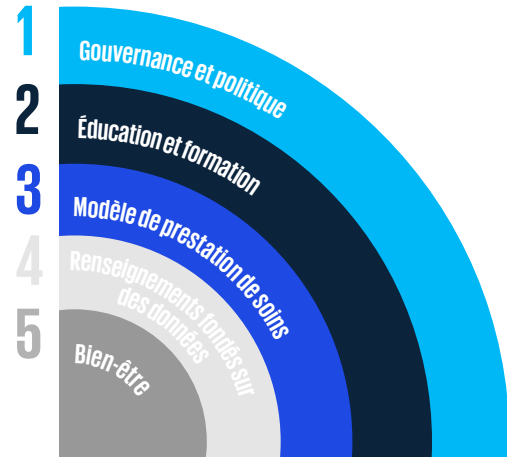
VALUED Strategy

- V** pour « voice » (voix) : Les voix sont entendues.
- A** pour « applaud » (applaudir) : Le succès est célébré et applaudi.
- L** pour « life-work » (vie/travail) : L'équilibre entre la vie personnelle et le travail est soutenu.
- U** pour « up to date » (à jour) : La formation est à jour et de qualité.
- E** pour « enhanced » (enrichi) : Les occasions d'apprentissage sont enrichies.
- D** pour « distinctive » (spécifique) : La formation est spécifique.

Source : Northern Ireland Medical & Dental Training Agency. Retrieved from: <https://www.nimdtg.gov.uk/valued/>

Australian Digital Health Agency : préparer la main-d'œuvre à prospérer dans la transformation numérique

- 1 – Une **collaboration intersectorielle** se manifeste par des relations de confiance et une action conjointe entre les décideurs politiques, les établissements d'enseignement, les organismes professionnels et les prestataires de soins.
- 2 – La main-d'œuvre est **outillée numériquement** et prête à gérer les technologies nouvelles et émergentes pour accélérer les gains d'efficacité (par exemple, porte d'entrée numérique, segmentation des populations, etc.).
- 3 – Les membres du personnel sont capables de **s'adapter et de passer facilement d'un modèle de prestation à l'autre** afin de fournir une gamme de services par l'intermédiaire de la délégation de tâches et d'une pratique à portée optimale.
- Les planificateurs des systèmes de santé tirent parti des **initiatives technologiques stratégiques** et se fondent sur des modèles de dotation en personnel centralisés pour **améliorer la productivité des employés**.



Organisation : Australian Digital Health Agency (ADHA) (créée en 2016 au sein du ministère de la Santé de l'Australie)⁶¹

Description : En 2019, l'ADHA s'est engagée dans une collaboration multiprofessionnelle et multipartite pour créer la National Digital Health Workforce and Education Roadmap, une feuille de route dont l'objectif était d'aider la main-d'œuvre de la santé en Australie à utiliser avec assurance les technologies numériques pour fournir des soins et des résultats de meilleure qualité en développant les capacités et le leadership en matière de santé numérique⁶². La feuille de route fournit un cadre à partir duquel les dirigeants du secteur de la santé peuvent avoir un bilan des besoins en capacités numériques de la main-d'œuvre⁶³. De plus, il est important de noter que la feuille de route donne un aperçu des applications prévues des technologies numériques de la santé qui auront une incidence sur la main-d'œuvre et les exigences en matière d'éducation à court et à moyen terme⁶⁴.

Objectifs :

- L'objectif de la feuille de route est d'aider la main-d'œuvre à utiliser avec assurance les technologies numériques dans un cadre de soins de santé et à développer ses capacités et son leadership.

Principaux éléments de l'approche :

- **Compétences évolutives :** La feuille de route met en évidence trois horizons stratégiques qui considèrent les changements qui devront être apportés au niveau de la main-d'œuvre et de l'éducation afin de faciliter l'adoption réussie des technologies numériques de santé dans un environnement de soins de santé en transformation au cours de la prochaine

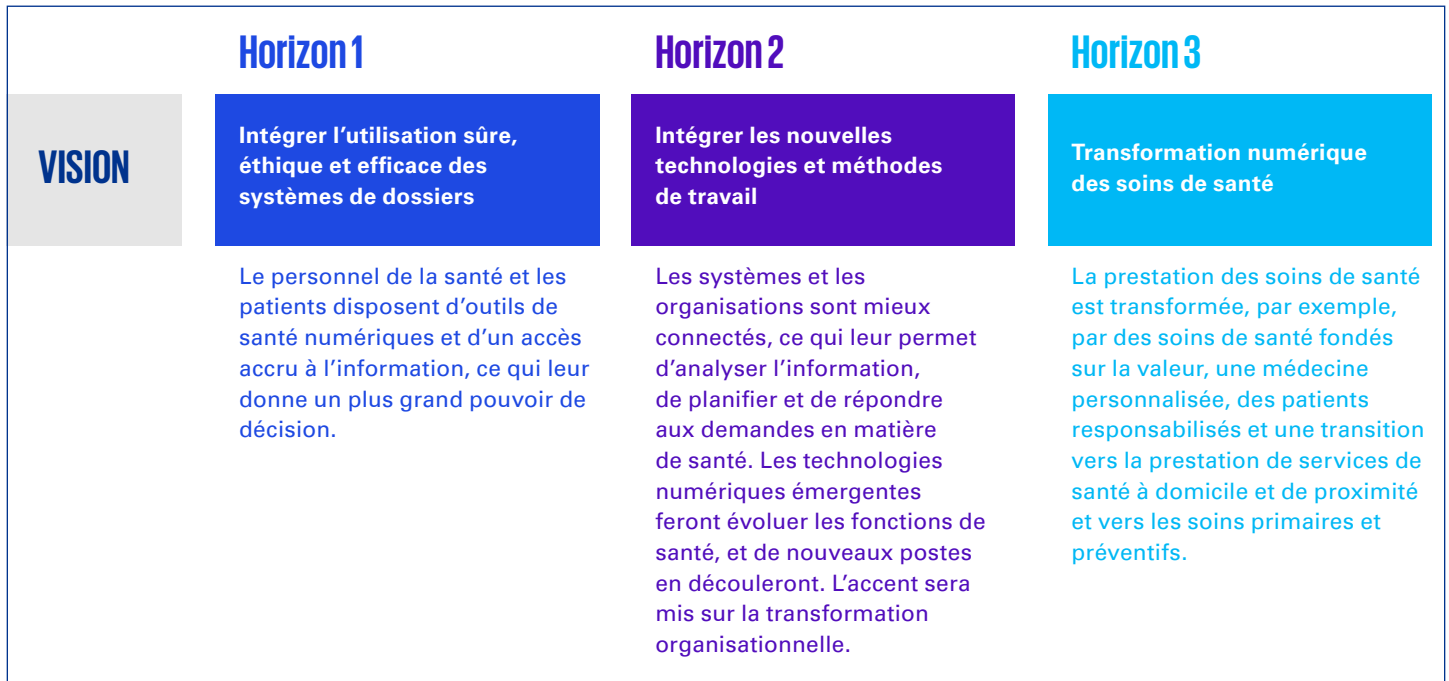
décennie (image 4)⁶⁴. Par exemple, Horizon 2 (d'aujourd'hui à 2027) se concentre sur l'adoption à grande échelle de technologies émergentes telles que l'intelligence artificielle et la robotique avancée. L'exploitation de cette technologie pour rehausser la productivité et répondre aux besoins actuels en matière de soins nécessitera l'application de nouvelles méthodes de travail, des changements dans le champ de pratique et la création de nouveaux postes⁶⁴.

- **Adaptation selon le rôle et le contexte :** La feuille de route reconnaît également qu'en soins de santé, différents rôles exigent différentes capacités numériques dans différents contextes, qu'il s'agisse d'infirmières ou d'experts en cybersécurité. Des profils numériques sont donc créés en appui à l'élaboration d'un plan d'action pour chacun.

Résultats :

- L'ADHA souligne les avantages qui se profilent à l'horizon pour les patients et le personnel de la santé, comme l'interopérabilité qui soutiendra la prise de décisions cliniques en temps réel, la réduction des redondances et l'amélioration des options de diagnostic et de traitement grâce à l'adoption à grande échelle des technologies numériques de la santé⁶⁴.
- Bien que les résultats n'aient pas encore été publiés, les étapes de la mise en œuvre de la feuille de route incluent le développement de Capability Action Plans (CAP), qui détailleront les responsabilités de toutes les parties prenantes dans la réalisation de la vision de chaque Horizon. Le processus pour y parvenir sera développé en collaboration avec le gouvernement, les établissements d'enseignement, les accréditeurs, les cliniciens et les patients⁶⁵.

Figure 4



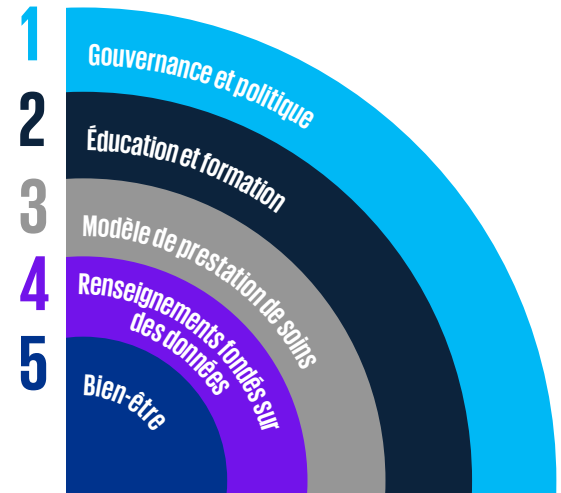
Source : Australian Digital Health Agency. (2020). National Digital Health Workforce and Education Roadmap. Repéré au: https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/2020-11/Workforce_and_Education-Roadmap.pdf



Kaiser Permanente School of Medicine : Miser sur l'équité, la diversité et l'inclusion

- 1 – Un **leadership fort** centré sur les personnes constitue un double engagement tant envers la santé de la main-d'œuvre du secteur que celle des patients.
- 2 – La main-d'œuvre est formée de manière agile par une **approche collaborative** dans les programmes d'études.
- Les **pratiques de recrutement et les programmes d'études** sont **inclusifs, axés sur l'équité** et respectent les mandats de responsabilité sociale.
- Les cohortes sont centrées sur l'EDI et préparées à fournir des **soins adaptés culturellement**.
- La **capacité nationale est renforcée** et les obstacles à l'entrée dans la pratique des professionnels de la santé formés à l'étranger sont réduits.

- 4 – La **collecte de données** **facilite une planification inclusive** afin de s'assurer que le personnel de la santé reflète les populations qu'il sert.
- 5 – La direction favorise le sentiment d'**inclusion** et d'**appartenance** dans les environnements d'apprentissage et de pratique.



Organisation : Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine

Description : L'école a accueilli sa première cohorte de 50 étudiants en 2019. L'un des principes fondamentaux derrière la vision et les valeurs de Kaiser est son engagement à promouvoir l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) au sein de l'enseignement de la médecine, de la profession et du système de santé, en réponse aux recherches démontrant que les prestataires américains ne reflètent pas la diversité des populations qu'ils servent^{66,67}.

Objectifs :

Accroître la diversité de la main-d'œuvre de la santé, ce qui commence par les admissions dans les écoles professionnelles. Plus particulièrement, cela peut contribuer à l'élimination des disparités et des inégalités en matière de santé en favorisant la confiance et la communication entre les patients et les prestataires, ce qui rehausse ainsi l'accès à des soins de qualité⁶⁸.

Principaux éléments de l'approche :

Direction : Kaiser emploie un doyen associé pour l'équité, l'inclusion et la diversité, qui est un membre à part entière de l'équipe de direction. Celui-ci a accès à un budget et à du personnel de soutien pour mettre en œuvre un cadre

stratégique pour intégrer l'engagement de Kaiser envers l'EDI dans toute l'école⁶⁸. De plus, l'école a engagé un groupe très diversifié de membres dans son conseil d'administration.

Admissions : Les admissions sont supervisées par le doyen associé, avec le soutien d'un comité d'admission diversifié en termes de genre, de race, d'origine ethnique, d'orientation sexuelle et de spécialité⁶⁸. Kaiser s'est également engagée à abolir les frais de scolarité de tous les étudiants de ses cinq premières cohortes afin de favoriser une plus grande diversité socioéconomique de ses étudiants et de réduire la probabilité que la dette d'études ait une influence sur le choix de carrière des étudiants⁶⁹.

Programme d'études : Kaiser s'appuie sur le modèle Longitudinal Integrated Clerkship (LIC), qui a été mis en œuvre ailleurs pour améliorer la rétention des prestataires dans les communautés mal desservies^{68,70}. Le modèle LIC est structuré autour des modèles de soins interprofessionnels uniques de Kaiser, basés sur le travail en équipe, dans chaque spécialité de son système intégré⁷¹. L'école a soutenu tous les départements universitaires et les responsables de l'élaboration des programmes d'études afin de s'assurer que le contenu soit culturellement adapté.

Résultats :

Kaiser fait preuve de transparence quant à ses statistiques sur la diversité des classes, ce qui démontre une responsabilité envers le public et les communautés que sert l'établissement. Vous trouverez les profils des premières cohortes de l'école ci-dessous.

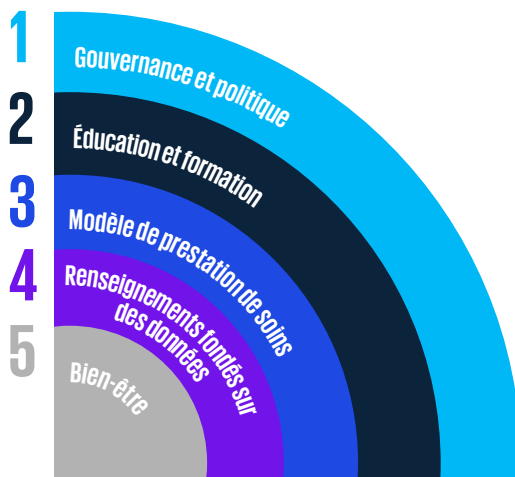
Figure 5**Profils des premières cohortes de Kaiser Permanente⁷²**

** Le total des pourcentages dépasse 100 %, car les étudiants peuvent s'identifier à plus d'une caractéristique démographique dans la liste.*

Caractéristiques démographiques des étudiants	Cohorte de 2024 (%)	Cohorte de 2025 (%)
Race/origine ethnique sous-représentée en médecine	36 %	40 %
Communauté LGBTQ+	30 %	30 %
Désavantage socioéconomique	34 %	26 %
Étudiants non traditionnels	26 %	34 %
Diplôme de premier cycle dans un domaine autre que les sciences	30 %	30 %
Femmes	48 %	52 %



Pays-Bas : Comblers les lacunes dans les soins primaires et de proximité



1
2
3
4

- Des investissements sont faits pour rendre les professions en situation de pénurie **plus attrayantes**.
- Les écoles professionnelles ont la **capacité d'adapter les programmes d'études et les places de formation de manière réactive**.
- Le personnel de la santé est encouragé à explorer les possibilités de **collaboration et de partage des connaissances** et à travailler continuellement pour **développer des modèles de soins innovants**.
- La **collecte de données** est normalisée, réglementée, transférable d'une administration à l'autre et utilisée de manière appropriée pour permettre une comparabilité à l'échelle nationale.
- La qualité et l'utilisation des données sur la main-d'œuvre sont améliorées et permettent de rehausser la productivité de la main-d'œuvre.

Planification de la main-d'œuvre des médecins généralistes

Organisation : Advisory Committee on Medical Manpower Planning (ACMMP)

Description : En réponse à une pénurie imminente de médecins généralistes et spécialistes à la fin des années 90, les professions médicales, les établissements d'enseignement et les assureurs santé ont mis sur pied l'ACMMP, une organisation indépendante ayant le mandat de déterminer la capacité de formation requise pour répondre à la demande de soins dans l'avenir⁶⁴. Le gouvernement a soutenu cette approche, car il considère que les médecins généralistes jouent un rôle central dans la maîtrise des coûts des soins secondaires dans un système sous pression. Ainsi, il a investi massivement dans les ressources et les infrastructures pour soutenir les médecins et rendre les professions en soins primaires attrayantes³.

Objectifs :

- Faciliter la compréhension de l'écart entre le nombre requis et le nombre disponible de professionnels de la santé, et l'équilibre entre les deux pour les 10 à 20 prochaines années³.

Principaux éléments de l'approche :

- **Évolution de la main-d'œuvre :** Le modèle prend en compte un certain nombre d'éléments, notamment la migration sur le marché du travail, l'évolution socioculturelle, les avancées techniques, les changements en matière d'efficacité, les modifications des horaires de travail, les départs à la retraite et la délégation des tâches au sein des professions et entre celles-ci^{3,74}.

- **Prise de décision :** En s'appuyant sur les résultats des simulations associées à divers scénarios, l'ACMMP fournit des recommandations au ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport. Par la suite, le gouvernement détermine le budget qui sera consacré à la formation des professionnels de la santé afin de déterminer le nombre d'inscriptions dans les établissements d'enseignement³.
- **Alignement entre les parties prenantes :** Il est nécessaire que les parties prenantes s'entendent pour mettre en œuvre les recommandations. Il est reconnu que la modélisation n'est pas un exercice isolé. En effet, les composantes du modèle sont régulièrement mises à jour pour tenir compte des conditions changeantes et des complexités croissantes⁷⁵.

Résultats :

- Selon des estimations, la demande non satisfaite en matière de soins primaires était d'environ 5 %⁷⁵. En 2010, cette estimation était proche de zéro, atteignant un équilibre qui ne reflétait ni une offre excédentaire ni une pénurie de médecins généralistes⁷⁵.
- Le nombre de postes vacants de médecins généralistes est resté faible et relativement stable, à 1,7 poste vacant pour 100 généralistes. La plupart des généralistes qui ont terminé leur formation ont trouvé un endroit approprié pour travailler⁷⁵. Finalement, le rapport habitant/médecin généraliste des Pays-Bas est resté stable⁷⁵.

Pour soutenir ce type de résultats, des investissements sont faits pour que la médecine générale soit une spécialité attrayante et très respectée. Les praticiens sont bien soutenus par des équipes collaboratives, des réseaux organisationnels et des infrastructures de haute qualité. Un segment du paiement des médecins de soins primaires implique un système de

paiement groupé, qui est centré sur la prestation de soins pour les maladies chroniques par l'intermédiaire de groupes de soins appartenant à des médecins généralistes dans une région précise⁷⁵. Le groupe de soins coordonne les soins et facilite la composition de l'équipe de professionnels de santé qui soutiennent les soins du patient.

La société de soins infirmiers de proximité Buurtzorg

Organisation : Buurtzorg Nederland

Description : Le modèle de soins de Buurtzorg, qui a reçu beaucoup d'attention à l'échelle mondiale, a été développé en 2006 par Buurtzorg Nederland, un organisme à but non lucratif néerlandais de soins à domicile⁷⁶. L'organisme emploie plus de 10 000 membres du personnel infirmier et assistants dans 850 équipes autogérées qui prennent en charge environ 70 000 patients par an⁷⁷. L'organisme dispose d'une petite équipe de 45 employés de soutien, ce qui réduit les frais généraux au minimum et permet de consacrer plus de temps aux soins des patients⁷⁸.

Objectifs :

- Apporter une approche holistique et de proximité aux soins dans la communauté. Buurtzorg reflète cette vision conformément à la devise du PDG, Jos de Blok : « l'humanité avant la bureaucratie »⁷⁷.

Principaux éléments de l'approche :

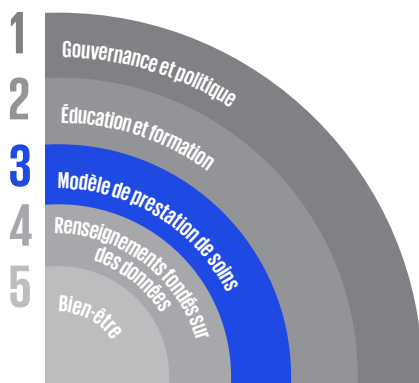
- **Équipes autogérées :** Les équipes autogérées de Buurtzorg comprennent jusqu'à 12 membres du personnel infirmier qui sont responsables de 40 à 60 personnes dans une communauté³. Alors que certains services de soins à domicile exigent des compétences précises en soins infirmiers, d'autres tâches pour lesquelles les personnes ont besoin d'aide, comme les activités de la vie quotidienne (par exemple, prendre un bain, manger) sont assurées par du personnel moins qualifié et des ressources plus rentables⁷⁶.
- **Approche collaborative :** L'équipe travaille avec les prestataires de soins primaires, les ressources

communautaires et, avant tout, les patients et leurs familles pour faciliter le maintien de l'indépendance à la maison.⁷⁷ Le personnel infirmier de Buurtzorg fournit une gamme de services, y compris l'évaluation des patients, l'établissement et la mise en œuvre de plans de soins, la programmation des visites médicales et la coordination des soins.

- **Données centralisées :** L'organisation dispose également d'un système informatique centralisé et d'un intranet pour faciliter la prise de rendez-vous, la documentation des évaluations infirmières, la facturation et le partage des informations au sein des équipes et entre elles⁷⁷.

Résultats :

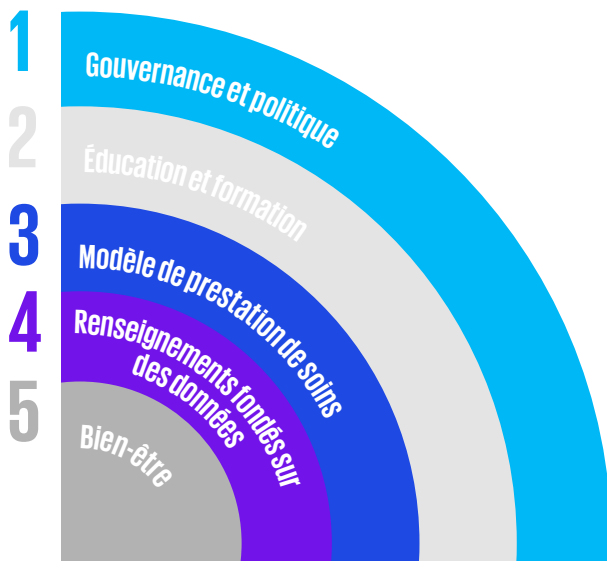
- Buurtzorg a reçu des notes élevées de satisfaction de la part des patients et des familles. Son approche a engendré des résultats positifs sur la santé des patients, ce qui a entraîné une augmentation des références de la part des médecins, des hôpitaux et des recommandations de bouche à oreille⁷⁷.
- Dans une étude publiée en 2015, Buurtzorg figurait dans les 10 meilleurs organismes de soins à domicile sur 400 aux Pays-Bas en ce qui concerne les paramètres des expériences rapportées par les patients. En outre, l'organisme fournit 60 heures de soins de moins par patient et par an que la moyenne des organismes de soins à domicile aux Pays-Bas⁷⁶.
- Les coûts moyens ajustés de Buurtzorg pour les foyers de soins à longue durée étaient inférieurs à ceux de 62 % des prestataires de soins à domicile aux Pays-Bas. Le coût moyen ajusté total par client, qui comprend à la fois les soins à domicile et les coûts de suivi par les médecins et les hôpitaux, se trouve juste en dessous de la moyenne aux Pays-Bas⁷⁶.



3

- Les membres du personnel sont capables de **s'adapter et de passer facilement d'un modèle de prestation à l'autre** afin de fournir une gamme de services par l'intermédiaire de la délégation de tâches et d'une pratique à portée optimale.
- Les planificateurs des systèmes de santé tirent parti des **initiatives technologiques stratégiques** et se fondent sur des modèles de dotation en personnel centralisés pour **améliorer la productivité des employés**.
- Le personnel de la santé est encouragé à explorer les possibilités de **collaboration et de partage des connaissances** et à travailler continuellement pour **développer des modèles de soins innovants**.

Nouvelle-Zélande : Planification interdisciplinaire rehaussée par la gouvernance collaborative



1

- Une **collaboration intersectorielle** se manifeste par des relations de confiance et une action conjointe entre les décideurs politiques, les établissements d'enseignement, les organismes professionnels et les prestataires de soins.

- Les **modèles de gouvernance** comprennent des structures décisionnelles intégrées impliquant une supervision politique, éducative et réglementaire avec une responsabilisation claire.

- Un **leadership fort** centré sur les personnes constitue un double engagement tant envers la santé de la main-d'œuvre du secteur que celle des patients.

3

- Les scénarios de planification représentent les **modèles de soins centrés sur le patient** que nous voulons faire progresser.

- Les membres du personnel sont capables de **s'adapter et de passer facilement d'un modèle de prestation à l'autre** afin de fournir une gamme de services par l'intermédiaire de la délégation de tâches et d'une pratique à portée optimale.

4

- Les modèles de planification de la main-d'œuvre tirent parti de **données quantitatives et qualitatives** qui façonnent les futurs modèles de soins selon les besoins.

- La qualité et l'utilisation des données sur la main-d'œuvre sont améliorées et permettent de rehausser la productivité de la main-d'œuvre.

Organisation : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande

Description : La Nouvelle-Zélande adopte une approche interdisciplinaire à la planification, fondée sur les besoins et centrée sur l'optimisation des rôles ainsi que sur la réglementation et l'éducation afin de permettre aux prestataires de répondre aux besoins des patients⁷⁸. Bien que, dans une certaine mesure, ces efforts soient axés sur l'augmentation de l'offre, l'approche de la Nouvelle-Zélande est considérée comme un modèle dont les pays peuvent s'inspirer pour appliquer des méthodologies de planification centrées sur la question suivante : « Comment pouvons-nous redéployer et reformer plus efficacement notre main-d'œuvre existante? ». Cette question est particulièrement pertinente dans un système ayant des contraintes de coûts⁷⁹.

Objectifs :

- Unifier la vision pour la planification de la main-d'œuvre au niveau national après une période marquée par une myriade de groupes consultatifs, d'intérêts personnels, universitaires et gouvernementaux travaillant souvent en cloisonnement professionnel.

Principaux éléments de l'approche :

- **Méthodologies de prévision :** Les Workforce Service Reviews (WSR) sont des ensembles de futurs scénarios possibles

regroupés par service. Ceux-ci visent à faire l'utilisation optimale des ressources humaines existantes dans le domaine de la santé⁷⁹. Les WSR évaluent la manière dont les changements en matière de conception, de technologie et de capital peuvent être combinés à des reconfigurations de la main-d'œuvre afin de répondre aux besoins changeants de la population en matière de santé par l'intermédiaire d'une nouvelle conception des parcours de soins⁷⁹. Les prévisions recommandent souvent la réorganisation des tâches et l'élargissement du champ de compétences des professions, y compris la formation avancée du personnel infirmier pour réaliser des endoscopies et permettre aux optométristes de prescrire des médicaments contre le glaucome⁷⁹.

- **Planification interprofessionnelle :** Les WSR sont dirigés par des cliniciens et engagent les patients, le personnel de la santé et les planificateurs de la main-d'œuvre. La planification des services est effectuée dans toutes les disciplines plutôt qu'en vase clos, car les modèles de soins continuent de favoriser la prestation de services en équipe. Après l'élaboration des WSR, les prestataires de diverses professions travailleront ensemble pour modifier les programmes de formation et l'inscription afin de garantir l'alignement sur les besoins des patients plutôt que sur les intérêts professionnels.

– **Gouvernance centralisée** : La Direction de la main-d'œuvre de la santé relève du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande. Celle-ci assure la coordination et la direction des initiatives opérationnelles relatives à la main-d'œuvre à l'échelle nationale⁸⁰. La Direction donne des conseils sur la réglementation, la consolidation des données et des renseignements sur la main-d'œuvre et l'orientation des investissements dans la formation⁸¹. La surveillance stratégique, les conseils et les recommandations sont fournis par un conseil consultatif sur la main-d'œuvre de la santé non exécutif, en partenariat avec le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande^{81,82}. Les décisions relatives à la mise en œuvre des politiques basées sur les WSR doivent faire l'objet d'une entente collective entre le gouvernement, les organismes de réglementation et les établissements d'enseignement par l'intermédiaire du conseil consultatif. Par conséquent, aucun groupe ne prend de décisions en vase clos.

Résultats :

– Les prévisions ont mis en évidence des écarts dans les compétences et les besoins de formation de la main-d'œuvre

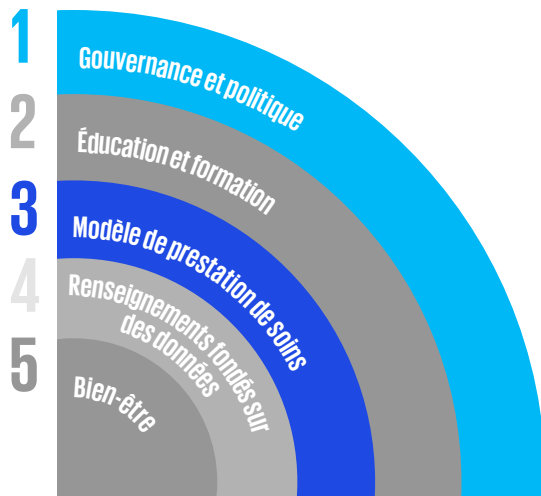
existante, comme les ressources en matière de soins à domicile et de proximité de la Nouvelle-Zélande, qui pourraient potentiellement assumer de nouvelles tâches en toute sécurité si elles étaient formées⁸⁰.

- L'établissement d'une structure unique et responsabilisante pour la planification de la main-d'œuvre a favorisé l'unification et la coordination d'un système fragmenté qui fonctionnait auparavant de manière plus réactive avec une vision à court terme.
- Il est essentiel de clarifier le rôle et le mandat des parties engagées dans la planification afin de faciliter la consolidation. Quand le secteur de la santé a été informé de l'existence du conseil consultatif, celui-ci est devenu la ressource incontournable de tous les organismes professionnels pour les efforts de planification.

Remarque : Le contenu de ce profil reflète l'approche du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande avant juin 2022. Après la réforme de la santé de 2022, la majorité de la fonction du personnel de santé sera transférée du ministère de la Santé à l'entité nouvellement créée qui porte le nom de *Health New Zealand*.



Allemagne : autonomiser les proches aidants comme des partenaires de la main-d'œuvre



1

– Une **collaboration intersectorielle** se manifeste par des relations de confiance et une action conjointe entre les décideurs politiques, les établissements d'enseignement, les organismes professionnels et les prestataires de soins.

– Les **modèles de gouvernance** comprennent des structures décisionnelles intégrées impliquant une supervision politique, éducative et réglementaire avec une responsabilisation claire.

3

– Les scénarios de planification représentent les **modèles de soins centrés sur le patient** que nous voulons faire progresser.

Organisation : Ministère fédéral de la Santé

Description : L'Allemagne dispose d'un système d'assurance obligatoire pour les soins de longue durée (SLD), qui fait partie du vaste filet de sécurité sociale du pays^{45,83}. Ce régime d'assurance a été lancé en 1995 principalement pour faire face au fardeau financier anticipé lié au soutien d'une population en vieillissement rapide⁸⁴. Ce modèle est fondé sur la valeur fondamentale allemande de la solidarité sociale. Il prend en considération les paiements publics universels et l'aide sociale en fonction des ressources liées aux responsabilités personnelles et familiales⁴⁶.

Objectifs :

- Renforcer les soins à domicile et de proximité, notamment en subventionnant les coûts des soins familiaux⁸⁵.

Principaux éléments de l'approche :

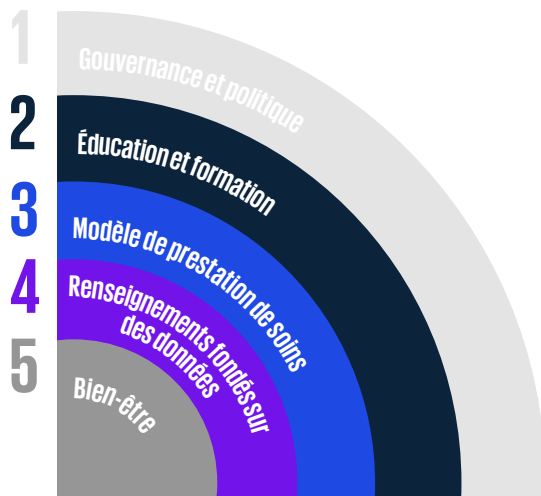
- **Options de paiement favorisant les soins familiaux :** L'accès aux prestations est stratifié dans l'une des cinq catégories en matière de SLD. Les prestations sont accordées selon une évaluation individuelle déterminant le niveau de besoins en matière de soins. Les bénéficiaires admissibles peuvent recevoir des services, des paiements en espèces ou une combinaison des deux^{84,86}. 80 % des bénéficiaires optent pour les paiements en espèces, qui peuvent être utilisés librement, par exemple, pour un proche aidant, bien que la valeur des prestations en espèces soit inférieure à celle des services⁸⁶.

- **Expansion continue des services de soutien aux soins à domicile et de proximité :** Le système d'assurance des SLD a fait l'objet d'une série de lois de modernisation de 2015 à 2017 qui ont élargi les services d'assistance aux soins de jour et à l'aide à la vie quotidienne. Pour financer les prestations supplémentaires, le taux de cotisation a été porté à 3,05 % du revenu salarial⁸⁷.
- **Soutien aux proches aidants :** La Loi sur le congé pour soins de 2015 a été une pièce maîtresse de la législation visant à améliorer la sécurité financière des proches aidants⁸⁸. La Loi prévoit le droit juridique à des dispositions financières pour les aidants, y compris des paiements de soutien pour les congés pour soins de courte durée⁸⁹. Des cours de formation gratuits sur les SLD et une ligne d'assistance téléphonique sont proposés par l'État aux proches aidants⁸⁹.

Résultats :

- Dans les trois années qui ont suivi la création du système national de l'assurance des SLD, l'Allemagne a vu une réduction de 50 % du nombre de personnes nécessitant une aide sociale pour les SLD en raison de l'augmentation des soins à domicile et du report des soins en établissement³.
- Deux tiers des personnes obtenant la subvention reçoivent des services à domicile⁴⁵.

Hôpital Humber River à Toronto, au Canada : faire gagner du temps pour les soins grâce aux données et à l'automatisation



2

– La main-d'œuvre est **outillée numériquement** et prête à gérer les technologies nouvelles et émergentes pour accélérer les gains d'efficacité (par exemple, porte d'entrée numérique, segmentation des populations, etc.).

3

– Les planificateurs des systèmes de santé tirent parti des **initiatives technologiques stratégiques** et se fondent sur des modèles de dotation en personnel centralisés pour **améliorer la productivité des employés**.

4

– La qualité et l'utilisation des données sur la main-d'œuvre sont améliorées et permettent de rehausser la productivité de la main-d'œuvre.

Organisation : Hôpital Humber River (HHR)

Description : Toronto, en Ontario, possède le premier hôpital entièrement numérique en Amérique du Nord : l'Hôpital Humber River⁹⁰. L'hôpital intègre largement la technologie dans les soins aux patients, notamment l'administration automatisée des médicaments, les véhicules automatisés pour le transport du matériel et les dispositifs de localisation des patients et du personnel pour l'optimisation du flux des soins⁹¹. Les avancées technologiques adoptées par l'HRH ont permis d'améliorer les résultats cliniques et ont un impact positif sur son personnel en augmentant l'efficacité et en libérant du temps pour les soins⁹².

Objectifs :

- Intégrer une technologie de pointe dans diverses fonctions hospitalières afin d'optimiser les soins aux patients et la capacité de l'hôpital grâce à un processus décisionnel fondé sur les données.

Principaux éléments de l'approche :

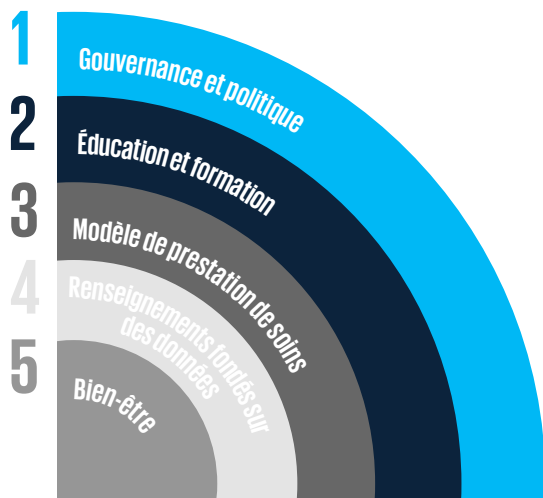
- **Salle de contrôle :** L'HRH possède le premier centre de commande hospitalier : une salle de contrôle ressemblant au centre de commande de la NASA et s'appuyant sur les données. Le centre de commande est équipé d'une technologie d'intelligence artificielle (IA) de pointe qui génère des données en temps réel et exploite l'analyse prédictive⁹².
- **Visualisation des données :** Les points de données clés et les éléments du flux de patients sont visualisés sur un « mur de données » afin de fournir des informations sur les patients en un coup d'œil. Les informations comprennent le volume du service des urgences, la répartition des lits, la capacité des soins intensifs et la planification des sorties⁹³. Ces données peuvent être utilisées pour orienter et gérer le flux de patients et les ressources en personnel, et ainsi optimiser la capacité.

- **Encourager l'adoption des technologies :** L'exposition constante à la technologie, y compris aux systèmes informatisés, a été un facteur clé pour faciliter l'adoption de la technologie par le personnel infirmier de l'HRH⁹⁴. L'HRH a également conçu des modules d'éducation pour promouvoir l'adoption des nouvelles technologies en les associant aux valeurs du personnel infirmier, telles que l'amélioration de la sécurité, la promotion du travail d'équipe et le gain de temps⁹⁵.

Résultats :

- L'HRH a rapporté une augmentation de la capacité d'hospitalisation équivalente à l'ajout de 35 lits, a éliminé la médecine de couloir et a réduit les temps d'attente aux urgences malgré une croissance de 8 % du volume depuis l'ouverture du centre de commande⁹⁵. Des centres de commande hospitaliers similaires aux États-Unis ont démontré que l'exploitation de ces points de données peut augmenter le taux d'occupation des hôpitaux de 7 % et améliorer les délais de nettoyage des lits de plus de 29 %^{96,97}.
- L'hôpital a automatisé plus de 75 % des services posthospitaliers, notamment l'administration des médicaments en pharmacie, la livraison des repas et les services de buanderie, ce qui permet de concentrer la planification des ressources humaines sur les postes de soins aux patients⁹².
- Une étude de l'HRH a révélé que le personnel infirmier de la génération des baby-boomers avait une maîtrise de la technologie similaire à celle de leurs homologues des jeunes générations⁹⁸. Le personnel infirmier de toutes les générations interrogées a déclaré que l'adaptation aux nouvelles technologies se faisait rapidement, deux à trois semaines après la première exposition⁹⁸.

Baltimore, Maryland : établir des collaborations pour développer les compétences de la main-d'œuvre



1
2

– Des investissements sont faits pour rendre les professions en situation de pénurie plus attrayantes

– Les pratiques de recrutement et les programmes d'études sont inclusifs, axés sur l'équité et respectent les mandats de responsabilité sociale.

Organisation : Baltimore Alliance for Careers in Healthcare (BACH), une organisation à but non lucratif de Baltimore, dans le Maryland.

Description : Les programmes de la BACH, conçus pour remédier à la pénurie de personnel en santé, s'appuient sur des modèles de main-d'œuvre du secteur industriel fondés sur des preuves et ont servi plus de 1 500 participants, dont la majorité vit dans des communautés mal desservies^{99,100,101}. Parmi les participants, 86 % sont afro-américains et 83 % sont des femmes¹⁰⁰. Issu d'une collaboration entre le directeur des ressources humaines du Johns Hopkins Health System, le bureau de développement économique du maire de Baltimore et la Baltimore City Empowerment Zone, la BACH a pris de l'expansion et regroupe maintenant 11 hôpitaux régionaux et plus de 80 partenaires, dont des associations hospitalières, des agences communautaires, des collèges communautaires et des écoles secondaires de la région^{100,102}.

Objectifs :

- Remédier à la pénurie de personnel de la santé et réduire les taux de chômage et de sous-emploi régionaux¹⁰⁰.

Principaux éléments de l'approche :

- **EARN Maryland :** L'un des programmes de la BACH, EARN Maryland, forme des résidents sous-employés pour occuper des postes dans le secteur des soins de santé spécialement déterminés par les employeurs en soins de santé à Baltimore. Le programme est réalisé en collaboration entre un partenaire

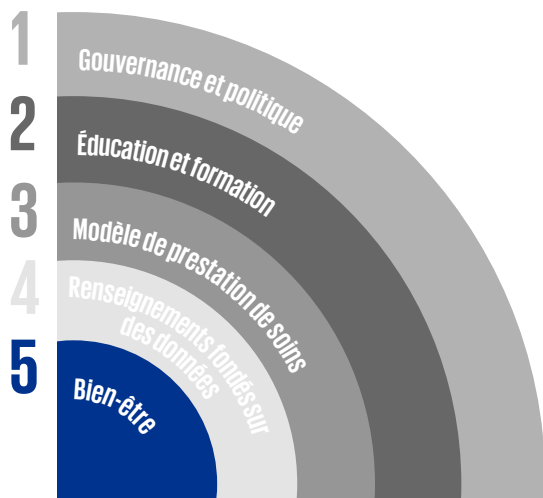
financier, le ministère du Travail du Maryland, sept grands hôpitaux et des organisations communautaires. Celui-ci a permis de pourvoir près de 700 postes, tels que ceux d'aide-soignant autorisé, d'aide-soignant gériatrique, de technicien de soins aux patients, d'aide-médecin autorisé et de technicien en stérilisation centrale¹⁰². Grâce à des efforts de collaboration, le programme élimine les obstacles à l'emploi pour les résidents : il est gratuit et couvre les frais de scolarité et d'examen¹⁰³.

- **Programme BACH Fellows :** Le programme BACH Fellows est destiné aux finissants du secondaire qui s'intéressent aux carrières en santé¹⁰³. Grâce à un partenariat avec des établissements de soins de santé tels que le Johns Hopkins Hospital, le Johns Hopkins Bayview Medical Center et le University of Maryland Medical System, BACH propose des stages rémunérés de six semaines au cours desquels les étudiants observent le personnel de santé, acquièrent une expérience précieuse sur le terrain et reçoivent de l'aide pour élaborer un plan de développement individualisé¹⁰⁴. Ce programme soutient la prochaine génération de personnel de la santé issue de milieux socioéconomiques défavorisés tout en remédiant à la grave pénurie de personnel qualifié dans le secteur à Baltimore.

Résultats :

- Les données sur les résultats sont attendues au fur et à mesure que de nouveaux participants au programme seront servis.

Mount Sinai Health System de New York : répondre à la hiérarchie des besoins en soins du personnel de la santé



5

- Des approches descendantes et ascendantes sont mises en place pour favoriser une **culture organisationnelle positive**.
- Des programmes et des normes sont développés pour soutenir et promouvoir **la résilience et la santé physique et mentale de la main-d'œuvre**.

Organisation : Mount Sinai Health System

Description : La ville de New York (NYC) a été un épicrocentric de l'épidémie de COVID-19 en 2020¹⁰⁵. Le Mount Sinai Health System est le plus grand système hospitalier de la ville de New York, avec 8 hôpitaux membres, près de 400 centres de soins ambulatoires et plus de 40000 employés^{106,107}. Le système a répondu rapidement aux besoins de son personnel de santé au début de la pandémie. En mars 2020, un groupe de travail sur le soutien au personnel, aux étudiants et aux stagiaires a été créé pour répondre aux besoins immédiats de soutien de la main-d'œuvre découlant de la pandémie. Le Center for Stress, Resilience, and Personal Growth (CSRPG) a été lancé en avril 2020 afin d'améliorer le bien-être général du personnel de la santé de première ligne.

Objectifs :

- Établir un plan d'intervention immédiate pendant la pandémie afin d'assurer le bien-être de la main-d'œuvre.

Principaux éléments de l'approche :

- **Évaluation rapide des besoins :** Pour faire face aux facteurs de stress sans précédent de la pandémie de COVID-19, le Mount Sinai Health System a procédé à une évaluation rapide des besoins qui a permis de concevoir un modèle d'intervention du personnel basé sur la pyramide des besoins de Maslow (image 6)¹⁰⁸.

- **Modèle d'intervention par étapes :** Le modèle d'intervention s'est concentré sur trois domaines prioritaires pour le bien-être de la main-d'œuvre : répondre aux besoins fondamentaux, fournir des communications cohérentes et rassurantes et offrir un soutien accessible en matière de santé mentale¹⁰⁹. En considérant le fait que les préoccupations évoluent avec le temps, les premières interventions ont été d'offrir des ressources quotidiennes de base dès le début de la pandémie. Par exemple, pour répondre aux besoins de base, des repas gratuits ont été fournis à l'échelle du système au personnel de première ligne. De plus, des options de commande de repas gratuits ou à prix réduit ont été proposées au personnel¹⁰⁹.
- **Stratégie de communication transparente :** Des tactiques de communication à l'échelle du système et au niveau local ont été mises en œuvre. Au niveau du système, des réunions du personnel avec la direction avaient lieu au moins une fois par semaine. Au niveau local, des courriels quotidiens étaient envoyés aux services et des conférences quotidiennes ou hebdomadaires étaient organisées pour diffuser l'information adaptée au contexte local¹⁰⁹.
- **Soutien en santé mentale accessible :** Des équipes de santé mentale ont été déployées sur le terrain et des salles de détente interactives ont été créées pour fournir un soutien immédiat et une aide de première ligne¹⁰⁸. Au fil de la pandémie, le soutien en santé mentale s'est élargi pour

inclure des lignes d'assistance téléphonique, des groupes de soutien, un soutien en cas de crise et des programmes d'autogestion de la santé¹⁰⁹.

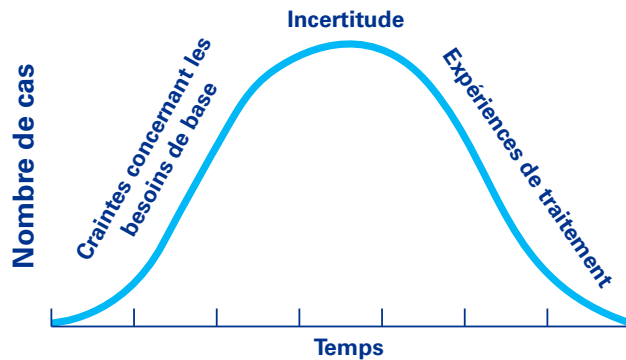
- **Planification de la résilience à plus long terme :** La programmation clinique, les ateliers éducatifs et les parcours de soins de santé mentale ont été continuellement alimentés par les commentaires des parties prenantes et les recherches antérieures sur la résilience, y compris les expériences des

intervenants durant les attentats du 11 septembre 2001¹⁰⁹. Le CSRPG a créé une application de renforcement de la résilience, le « Wellness Hub », qui propose des outils de santé mentale adaptés à la communauté de Mount Sinai¹⁰⁹.

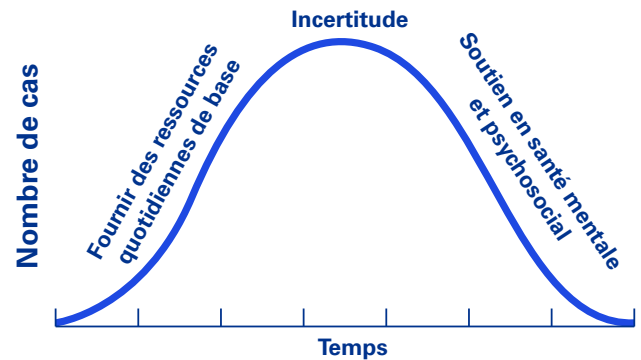
Résultats :

- Les initiatives du CSRPG en sont encore à leurs phases initiales et les données sur les résultats sont attendues dans un avenir proche.

Figure 6



Courbe pandémique et facteurs de stress associés | Les plus grandes préoccupations



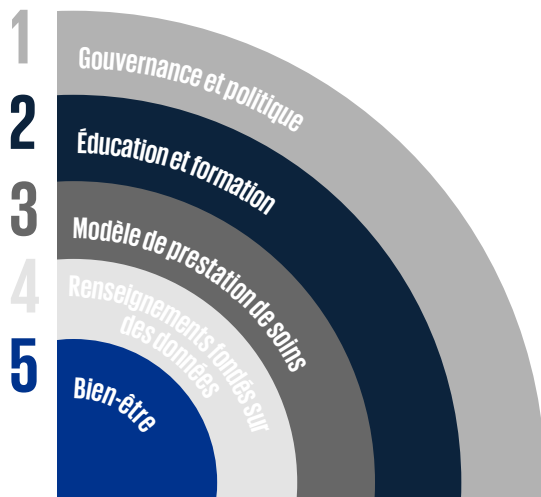
Courbe pandémique et facteurs de stress associés | Stratégies pour aborder

Source : Mount Sinai. (2020). *Pandemic Workforce Well-Being*.

Repéré au : https://icahn.mssm.edu/files/ISMMS/Assets/About%20the%20School/Office-well-being/MSSH_COVID-19_Toolkit.pdf



Stratégie d'analyse en laboratoire de l'Ontario pour la COVID-19 : développement rapide des compétences de la main-d'œuvre pour répondre à l'augmentation de la demande



2
5

- La **capacité nationale est renforcée** et les obstacles à l'entrée dans la pratique des professionnels de la santé formés à l'étranger sont réduits.
- La **charge administrative non nécessaire** est réduite et des stratégies d'optimisation de la charge de travail sont mises en œuvre pour soutenir un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Organisation : Santé Ontario

Description : Confronté à une pénurie de professionnels de laboratoire et à une demande croissante de tests de COVID-19 en laboratoire dans toute la province pendant les premières vagues de la pandémie, Santé Ontario a cherché à élargir sa main-d'œuvre en laboratoire en 2020 pour répondre aux nouvelles exigences en matière d'analyses. Cette initiative s'inscrivait dans le cadre d'une mission plus large visant à établir un partenariat pour le dépistage de la COVID-19 dans tous les laboratoires de l'Ontario. Une stratégie de gestion de la main-d'œuvre a été élaborée et celle-ci comprenait plusieurs tactiques visant à accroître le besoin urgent et immédiat de technologues de laboratoire médical (TLM).

Objectifs :

- L'objectif était de créer une stratégie de main-d'œuvre visant à augmenter le nombre de membres du personnel de TLM. La province de l'Ontario a été confrontée à une offre insuffisante de TLM et à une incapacité à répondre à la demande dans une courte période. Il faut de deux à quatre ans pour devenir un TLM autorisé, et les classes de diplômés seraient insuffisantes pour répondre aux besoins des laboratoires. Les enjeux qui ont une incidence sur l'offre de TLM sont les départs à la retraite, l'épuisement professionnel et les possibilités de formation limitées.

Principaux éléments de l'approche :

- **Accroître les efforts de recrutement et la visibilité des besoins urgents dans la province :** La Société canadienne de science de laboratoire médical (SCSLM) a diffusé de vastes communications sur les possibilités d'emploi, tandis que Santé Ontario (par l'entremise de l'ancien ProfessionsSantéOntario) a utilisé son portail de recrutement spécialement conçu pour la COVID-19 et a orienté les candidats TLM sélectionnés directement vers les laboratoires ayant des postes vacants.
- **Cibler les jeunes diplômés de l'extérieur de la province :** Des stratégies de communication ont été utilisées pour cibler les nouveaux diplômés de l'extérieur de la province dans le but de les attirer en Ontario. Le collège de réglementation a ensuite facilité l'autorisation des TLM venus de l'extérieur de la province en Ontario, lorsque cela était possible.
- **Élargissement de la cohorte de personnel de laboratoire venant de l'étranger :** Le gouvernement de l'Ontario a établi un partenariat avec l'Institut Michener de l'éducation du University Health Network au centre-ville de Toronto afin d'élargir la taille de la cohorte d'un programme de transition existant de TLM formé à l'étranger.
- **Développement des compétences des diplômés en sciences et transfert des tâches :** Le gouvernement de l'Ontario a

financé l'Institut Michener de l'éducation du University Health Network, au centre-ville de Toronto, afin de mettre sur pied une initiative de perfectionnement qui permettrait aux nouveaux diplômés de programmes de maîtrise ou de doctorat en sciences de jouer un rôle dans le domaine des analyses en laboratoire (plus proche des assistants de laboratoire médical).

- **Exploiter les bases de données existantes pour cerner les candidats potentiels** : L'Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario (OTLMO) a utilisé sa base de données des TLM prêts à exercer (c'est-à-dire les personnes qui satisfont aux exigences de la pratique, mais qui ne sont pas inscrites en raison d'un départ à la retraite, d'une réorientation de carrière ou d'autres raisons) pour communiquer les possibilités d'emploi dans les laboratoires de la province. Le collège de réglementation a facilité l'autorisation de ces TLM, lorsque cela était possible.

Le gouvernement de l'Ontario a exploré les politiques nécessaires pour réautoriser rapidement ces TLM aptes à la pratique afin d'augmenter la main-d'œuvre.

Résultats :

Les tactiques décrites et le soutien solide des partenaires du gouvernement, des organismes de réglementation et de l'Institut Michener ont mené à plusieurs résultats :

- Processus de recrutement coordonné pour la province par le biais de Santé Ontario (Workforce Ontario) afin de répondre à la demande en TLM;
- Coordination de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme provincial d'amélioration des compétences;
- Optimisation accrue des tâches et développement de nouveaux postes pour accueillir les diplômés en sciences avec un programme d'amélioration des compétences.



Par où commencer? Par les soins primaires.

Bien que ce dossier donne des exemples novateurs de la façon dont les administrations ont déployé des efforts pour trouver des solutions aux enjeux liés à la main-d'œuvre de la santé qui sont semblables à ceux du Canada dans une variété de contextes, ils présentent de nombreuses possibilités de pistes à suivre. La question est la suivante : par où commencer? Il est plus probable que l'on puisse répondre aux besoins de la population en matière de santé en examinant les solutions par milieu, en raison du haut degré de complexité associé aux différents contextes géographiques, communautaires, administratifs, et politiques.

Pour éviter que les patients se retrouvent dans des établissements de soins de courte durée, il faut procéder à un examen critique de la façon dont le Canada peut renforcer son système de soins primaires et de proximité à la suite de la pandémie. C'est d'autant plus important lorsqu'on considère la pénurie de médecins de famille prévue au cours de la prochaine décennie et les indications selon lesquelles de multiples disciplines envisagent de réduire leurs heures cliniques au cours des prochaines années^{15,110}. Des données collectées à l'échelle mondiale prouvent que les pays qui adoptent une approche proactive à la planification de la main-d'œuvre dans le secteur des soins primaires ont tendance à afficher une meilleure gestion de la santé de la population, à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et à réaliser des économies plus importantes¹¹¹.

Si les engagements pris par le gouvernement fédéral en 2021 pour accroître les investissements dans les soins primaires sont un pas dans la bonne direction, des mesures plus audacieuses seront nécessaires pour transformer le système dans lequel travaillent nos professionnels de la santé. Afin de planifier efficacement l'avenir de la main-d'œuvre des soins primaires et répondre à la demande croissante, certains éléments fondamentaux du système de santé nécessitent une réforme et une collaboration entre les gouvernements, les décideurs politiques, les leaders, les établissements d'enseignement et les chercheurs pour être mis en œuvre.

Définir les services essentiels selon les besoins de santé de la population

Il faudrait envisager d'établir des paramètres plus précis concernant ce qui est défini comme un *besoin* dans l'ensemble de services financés publiquement. Cela nous ramène à l'examen des types de services pour lesquels les provinces et les territoires reçoivent des paiements de transfert en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, de façon à faire respecter le principe d'intégralité de manière à répondre équitablement aux besoins de soins de tous les groupes au sein de la population. Qu'est-ce qui constitue des soins complets et accessibles? En répondant à cette question, les parties prenantes du

système de santé pourront planifier des modèles de soins appropriés et fournir des services soutenus par des cadres de responsabilité solides.

Les services psychologiques sont un exemple de service essentiel qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux, malgré le fait que les patients des cohortes à faible revenu et niveau de scolarité sont deux fois plus susceptibles de développer des troubles anxieux et dépressifs^{112,113}. Les Canadiens et Canadiennes paient de leur poche 30 % des services psychologiques privés, tandis que le reste est généralement payé par le secteur privé ou par l'assurance-emploi. Les personnes qui ne sont pas en mesure de trouver un emploi stable ou qui sont sous-employées ne sont pas nécessairement admissibles à ces prestations. Les initiatives politiques visant à réduire l'incidence de 10 % au cours d'une année peuvent permettre d'économiser 4 milliards de dollars par an après 10 ans d'investissement¹⁴.

Planifier des modèles de soins en équipe

Les exercices qui orientent les efforts de planification vers des modèles de soins intégrés facilitent une vision plus large et à plus long terme qui dépasse la résolution des problèmes d'offre à court terme. L'approche à la planification regroupée des services de la Nouvelle-Zélande tire parti de la redistribution des tâches et de la création de nouveaux rôles pour garantir que tous les membres du personnel de la santé effectuent un travail de grande valeur de manière flexible. Cette méthode tient compte de l'évolution des rôles et des compétences de la main-d'œuvre existante au fil du temps et de son incidence sur les besoins d'offre en fonction de la demande de soins.

Les modèles de soins primaires interprofessionnels et fondés sur le travail d'équipe encouragent l'ensemble des professionnels de la santé à travailler de manière optimale, permettent une répartition plus adéquate de la charge de travail entre tous les membres de l'équipe et favorisent l'accès au prestataire le plus approprié en fonction des besoins du patient. Ces modèles reposent sur des membres d'équipe performants qui comprennent parfaitement leurs rôles et responsabilités, les contributions uniques des autres membres de l'équipe, le

champ de pratique et les compétences, ainsi que les limites, ce qui a des conséquences sur la façon dont les membres du personnel de la santé sont formés d'un point de vue interprofessionnel dans les environnements d'apprentissage¹¹⁴.

Innovier avec des modèles de paiement axés sur les résultats et facilitant un accès accru aux soins en équipe

Au cours des dernières décennies, le Canada a vu la mise en place de modèles de rémunération alternatifs. Toutefois, le modèle de rémunération à l'acte demeure la forme dominante

de rémunération des médecins¹¹⁵. Les enjeux du modèle de rémunération à l'acte comprennent la qualité des soins fournis dans cette structure, l'approche « un problème par visite » et la perpétuation des inégalités parmi les groupes vulnérables¹¹⁶. Les modèles de rémunération alternatifs peuvent favoriser le financement, la mise en œuvre et le soutien appropriés de modèles de soins primaires collaboratifs, complets et fondés sur le travail en équipe, qui emploient l'ensemble des professionnels de la santé pour travailler de manière optimale¹¹⁶. En outre, des données de l'Ontario suggèrent que les médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte ont des niveaux de satisfaction au travail plus élevés que les médecins rémunérés à l'acte¹¹⁶.



Observations finales

La pandémie de COVID-19 a exacerbé des lacunes de longue date dans le système de santé du Canada et ceux du monde entier. Les enjeux qui ont conduit à une main-d'œuvre démoralisée, surmenée et épuisée, ainsi qu'aux problèmes qui en résultent en matière d'accès inéquitable aux soins, sont des problèmes structurels et systémiques fondamentaux qui existaient bien avant la pandémie et qui ont confirmé que le statu quo n'était pas viable.

De nombreux appels publics à l'action ont été lancés sur la nécessité de trouver des solutions à la crise de la main-d'œuvre actuelle, tant à court qu'à long terme. Certains pourraient se poser les questions suivantes : Qu'y a-t-il de si différent, aujourd'hui? Les leaders et les décideurs sont-ils prêts à s'engager dans un changement de système à ce point d'inflexion?

Qu'est-ce qui sera différent, à l'avenir?

Ce dossier s'inspire d'administrations à l'échelle mondiale dont les décideurs et les responsables de la santé peuvent s'inspirer pour reconsidérer la manière de créer un avenir plus sûr et plus sain pour tout le personnel de la santé et les personnes vivant au Canada. À partir des conclusions de ce rapport, nous espérons rassembler les patients, les soignants, les décideurs, les responsables politiques, les régulateurs, les établissements d'enseignement et les associations professionnelles afin de prendre des mesures concertées et significatives pour repenser la manière dont nous planifions, recrutons, formons, retenons et répartissons le personnel de la santé et en soutenons les besoins holistiques. Cela implique de prendre des mesures pour repenser le système dans lequel exerce le personnel de la santé.

Ce qui a changé, selon nos constats, est le fait que la pandémie a amplifié la *volonté* de mettre fin au statu quo dans tout le système de santé. Les parties prenantes des provinces, des territoires et dans l'ensemble du pays s'entendent sur la nécessité d'une action concertée dès maintenant afin de favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de solutions significatives pour soutenir le personnel de la santé et, ainsi, améliorer la qualité des soins que reçoit la population du Canada. Voici quelques exemples d'initiatives :

- L'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont organisé deux sommets de crise réunissant des représentants d'environ 40 organismes afin de trouver des solutions à court et à long terme aux problèmes de main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada. Ces solutions sont, souvent, ancrées dans des changements de politiques concrets.
- Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes du Canada étudie la crise du personnel de la santé au Canada en faisant appel à des experts pancanadiens en la matière afin d'orienter les politiques.
- Le Réseau canadien des professionnels de la santé a lancé un appel à l'action au gouvernement fédéral, signé par plus de 60 organisations, demandant un investissement dans les ressources et l'infrastructure qui soutiendra le développement de normes minimales de données et l'amélioration de la collecte de données à des fins de planification.
- La Conférence nationale sur le leadership en santé 2022, organisée en collaboration avec SoinsSantéCAN et le Collège canadien des leaders en santé, a tenu son Grand dialogue sur les politiques en santé du Canada annuel, mettant l'accent sur les enjeux concernant la main-d'œuvre de la santé au Canada qui ont été exacerbés par la pandémie. Cela a permis de lancer un appel à l'action fédéral pour la mise en œuvre des recommandations politiques formulées conjointement par les parties prenantes de plus de 230 organismes au Canada.

Le temps est venu de repenser le système de santé.

Les parties prenantes doivent être prêtes à collaborer étroitement pour soutenir la refonte d'un système qui réponde mieux aux besoins actuels des patients et du personnel de la santé. La résolution de cette crise sera une tâche ardue. La crise de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est un problème complexe qui exige une solution à multiples facettes, fondamentalement axée sur les personnes. Après les événements de la pandémie, les planificateurs, les décideurs et les parties prenantes ont l'occasion d'examiner comment nous pouvons planifier et redéployer plus efficacement la main-d'œuvre. La prise en compte de la santé et du bien-être du personnel de la santé doit être intégrée dans ces efforts, tout en équilibrant la promotion de modèles de soins centrés sur le patient.

Références

- 1 Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., et Scheffler, R. (2017). Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Human Resources for Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>
- 2 Cometto, G., Scheffler, R., Tulenko, K., Tomblin Murphy, G., Bruckner, T., Liu J., Brasileiro, J., Birch, S., Hunter, D., Maeda, A. et Campbell, J. (2016). Exposé de politique 1 : Health workforce needs, demand and shortages to 2030: an overview of forecasted trends in the global health labour market. Exposé soumis à la *Commission de Haut Niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance Économique des Nations Unies*.
- 3 Britnell, M. (2019). *Human: Solving the global workforce crisis in healthcare*. Oxford University Press.
- 4 Aperçu des répercussions de la COVID-19 sur les travailleurs de la santé. ICIS. (n.d.) Repéré le 10 avril 2022 au <https://www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-points-saillants-de-lincidence-de-la-covid-19/aperçu-des>
- 5 McGillis, L. et Visekruna, S. (2022). Avenir de la profession infirmière : des infirmières et infirmiers canadiens dressent un portrait des environnements de travail avant la COVID-19. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. Repéré au : https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2020/12/CFNU_outlook_FR_web.pdf
- 6 Maunder R.G., Heeney N.D., Strudwick G., et coll. (2021). Burnout in hospital-based healthcare workers during COVID-19. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*. 2021;2(46). <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.46.1.0>
- 7 Syndicat canadien de la fonction publique. (2021). Trauma, turmoil experienced by Ottawa, Kingston, Cornwall, eastern Ontario RPNS focus of poll. *Syndicat canadien de la fonction publique*. Repéré au <https://cupe.ca/trauma-turmoil-experienced-ottawa-kingston-cornwall-eastern-ontario-rpns-focus-poll>
- 8 Bourgeault, I., Simkin, S., et Chamberland-Rowe, C. (2019). Poor health workforce planning is costly, risky and inequitable. *Canadian Medical Association Journal*, 191(42), E1147-E1148.
- 9 Bourgeault, I. (2021). A path to improved health workforce planning, policy & management in Canada: The critical coordinating and convening roles for the federal government to play in addressing 8% of its GDP. *The School of Public Policy Publications*, 14(1).
- 10 Institut canadien d'information sur la santé. (2017). Infographie : Perspectives de la population de personnes âgées au Canada : du jamais vu | ICIS. Repéré au <https://www.cihi.ca/fr/infographie-perspectives-de-la-population-de-personnes-agees-au-canada-du-jamais-vu>
- 11 Stonebridge, C., Hermus, G., et Edenhoffer, K. (2015). Future Care for Canadian Seniors: A Status Quo Forecast. *The Conference Board of Canada*. Repéré au https://www.conferenceboard.ca/temp/d6822bd3-1ea0-470a-b5d2-4e4409b67ffc/7374_Future_Care_Canadian_Seniors_RPT.pdf
- 12 Blomqvist, A. et Busby, C. (2014). Paying for the Boomers: Long-Term Care and Intergenerational Equity. *Institut C.D. Howe*. Repéré au https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_415.pdf
- 13 Gibbard, R. (2017). Sizing up the Challenge: Meeting the Demand for Long-Term Care in Canada. *The Conference Board of Canada*. Repéré au <https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=9228>
- 14 Commission de la santé mentale au Canada. (2013). La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada. *Commission de la santé mentale du Canada*. Repéré au <https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/la%20necessite%20dinvestir%20dans%20la%20sante%20mentale%20au%20canada.pdf>
- 15 Gouvernement du Canada. (2021a). Médecin de famille au Canada | Perspectives d'emploi - Guichet-emplois. Repéré au <https://www.guichetemplois.gc.ca/rapportmarche/perspectives-profession/24431/ca>
- 16 Gouvernement du Canada. (2021b). Infirmier autorisé/infirmière autorisée au Canada | Perspectives d'emploi - Guichet-emplois. Repéré au <https://www.guichetemplois.gc.ca/rapportmarche/perspectives-profession/993/ca>
- 17 Wilson, C. R., Rourke, J., Oandasan, I. F. et Bosco, C. (2020). Progress made on access to rural health care in Canada. *Canadian Family Physician*, 66(1), 31-36.
- 18 Dandy, K. et Bollman, R. D. (2008). Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada : Les aînés des régions rurales du Canada (vol. 7, no. 8). *Statistique Canada*. Repéré au <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/21-006-x/21-006-x2007008-fra.pdf>
- 19 Sutherland, G. (2017). The Market Profile of Physiotherapists in Canada. *The Conference Board of Canada*. Repéré au https://www.conferenceboard.ca/temp/54f45e75-1837-496e-aa0c-164bd79cc33a/8695_Profile-of-Physiotherapists-in-Canada_BR.pdf
- 20 Martin, D., Miller, A., Quesnel-Vallée, A., Caron, N., Vissandjée, B. et Marchildon, G. (2018). Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*. 391(10131), 1718-1735.
- 21 Kiran, T., Green, M. E., DeWit, Y., Khan, S., Schultz, S., Kopp, A., ... et Glazier, R. H. (2020). Association of physician payment model and team-based care with timely access in primary care: a population-based cross-sectional study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 8(2), E328-E337.
- 22 Vérificateur général de l'Alberta (2017). Better Healthcare for Albertans. Repéré au <https://www.oag.ab.ca/reports/bhc-report-may-2017/>
- 23 Bourgeault, I. (2020). Canada's Health Workforce Digital Research Infrastructure Ecosystem: Building the Foundation for Canadian Health Workforce Science & Informed Decision-Making. *Réseau canadien des personnels de santé*. Repéré au https://www.hhr-rhs.ca/images/NDIRO_White_Paper_December_18_2020_SUBMITTED.pdf
- 24 Khan, R., Apramian, T., Kang, J. H., Gustafson, J. et Sibbald, S. (2020). Demographic and socioeconomic characteristics of Canadian medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 20(1), 1-8.
- 25 Association médicale canadienne. (2018). Analyse de l'équité entre les sexes et de la diversité dans la profession médicale au Canada : survol. Repéré au <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Ethics/report-2018-equity-diversity-medicine-f.pdf>
- 26 Jefferies, K., Goldberg, L., Aston, M. et Tomblin Murphy, G. (2018). Understanding the invisibility of black nurse leaders using a black feminist poststructuralist framework. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3225-3234.
- 27 Paes, D. (n.d.) On diversity, inclusion, allyship, and unlearning. *Association des pharmaciens du Canada*. Repéré au <https://www.pharmacists.ca/news-events/news/on-diversity-inclusion-allyship-and-unlearning/>
- 28 Greene, M. Z., France, K., Kreider, E. F., Wolfe-Roubatis, E., Chen, K. D., Wu, A. et Yehia, B. R. (2018). Comparing medical, dental, and nursing students' preparedness to address lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer health. *PLoS One*, 13(9), e0204104.
- 29 Singh, B., Banwell, E. et Groll, D. L. Canadian residents' perceptions of cross-cultural care training in graduate medical school. *Canadian Medical Education Journal*. 8, e16-30 (2017).
- 30 Dewa, C. S., Jacobs, P., Thanh, N. X. et Loong, D. (2014). An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-9.

- 31 Nundy, S., Cooper, L. A. et Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement. *Journal of the American Medical Association*, 327(6), 521. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- 32 Association médicale canadienne, Collège des médecins de famille du Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2022). Les soins virtuels au Canada : progrès et possibilités. Repéré au <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/Virtual-Care-in-Canada-Progress-and-Potential-Fr.pdf>
- 33 Inforoute Santé du Canada. (2021). Sondage canadien sur la santé numérique 2021 : ce que les Canadiens pensent. *Inforoute Santé du Canada*. Repéré au <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/4012-sondage-canadien-sur-la-sante-numerique-2021-ce-que-les-canadiens-pensent/view-document?Itemid=107>
- 34 Peckham, A., Ho, J., et Marchildon, G. (2018). Policy innovations in primary care across Canada. *Toronto: North American Observatory on Health Systems and Policies*.
- 35 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2021). Équipe Santé familiale. *The Queen's Printer for Ontario*. Repéré au <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/fht/default.aspx>
- 36 Collège des médecins de famille du Canada. (2017). Les soins en équipe dans le Centre de médecine de famille. Mississauga (Ontario). *Collège des médecins de famille du Canada*. Repéré au http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BAG_TeamBasedCare_FRE-1.pdf
- 37 Association des équipes de santé familiale de l'Ontario. (2022). The Value of Team-Based Care. *Association des équipes de santé familiale de l'Ontario*. Repéré au <https://www.afhto.ca/why-team-based-care/value-team-based-care>
- 38 Bourgeault, I. L., Maier, C. B., Dieleman, M., Ball, J., MacKenzie, A., Nancarrow, S., ... et Sidat, M. (2020). The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-8.
- 39 Hibbard, J. H. et Greene, J. (2013). What the Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. *Health Affairs*, 32(2), 207-214. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>
- 40 Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V. et Parrotta, C. D. (2015). When Patient Activation Levels Change, Health Outcomes and Costs Change, Too. *Health Affairs*, 34(3), 431-437. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>
- 41 Institut canadien d'information sur la santé. (2020). Au Canada, un aidant naturel sur 3 éprouve de la détresse. *Institut canadien d'information sur la santé*. Repéré au <https://www.cihi.ca/fr/au-canada-un-aidant-naturel-sur-3-eprouve-de-la-detresse>
- 42 Arriagada, P. (2020). Les expériences et les besoins des aidants âgés au Canada. *Statistique Canada*. Repéré au <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2020001/article/00007-fra.htm>
- 43 Tal, B. et Mendes, R. (2017). Who cares: The economics of caring for aging parents. *CIBC World Markets Inc*. Repéré au https://mma.prnewswire.com/media/508959/Canadian_Imperial_Bank_of_Commerce_Caring_for_aging_parents_cost.pdf
- 44 Nesta Operating Company. (2013). The Business Case for People Powered Health. *Nesta*. Repéré au <https://www.nesta.org.uk/report/the-business-case-for-people-powered-health/>
- 45 Nadash, P., Doty, P. et von Schwanenflügel, M. (2018). The German long-term care insurance program: evolution and recent developments. *The Gerontologist*, 58(3), 588-597.
- 46 Gomez, L. et Bernet, P. (2019). Diversity improves performance and outcomes. *Journal of the National Medical Association*, 111(4), 383-392. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.01.006>
- 47 Morency, J. D., Malenfant, E. C. et MacIsaac, S. (2017). Immigration et diversité : projections de la population du Canada et de ses régions, 2011 à 2036. *Statistique Canada*. Repéré au <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-551-x/91-551-x2017001-fra.htm>
- 48 Goode, C. A. et Landefeld, T. (2018). The lack of diversity in healthcare. *Journal of Best Practices in Health Professions Diversity*, 11(2), 73-95.
- 49 Browne, A. J. et coll. (2015). EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International Journal for Equity in Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0271-y>
- 50 Ing, E. (2021). Equity, diversity and inclusion and the CanMEDS framework. *Canadian Medical Education Journal*. <https://doi.org/10.36834/cmej.72988>
- 51 Cohen, J. J., Gabriel, B. A. et Terrell, C. (2002). The Case for Diversity in the Health Care Workforce. *Health Affairs*, 21(5), 90-102. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.5.90>
- 52 Bodenheimer, T. et Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- 53 Gajjar, J., Pullen N., Laxer, D. et Wright, J. (2021). Healing the Healers: System-Level Solutions to Physician Burnout. *Ontario Medical Association*. Repéré au <https://www.oma.org/uploadedfiles/oma/media/pagetree/advocacy/health-policy-recommendations/burnout-paper.pdf>
- 54 Bourcier, D., Far, R., King, L. B., Cai, G., Mader, J., Xiao, M. Z., ... et Flynn, L. (2021). Medical student wellness in Canada: time for a national curriculum framework. *Canadian Medical Education Journal*, 12(6), 103-107.
- 55 Ehrenfeld, J. M. et Gonzalo, J. D. (2019). Health Systems Science Review E-Book. *Elsevier Health Sciences*.
- 56 Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2022). Rôle CanMEDS : Promoteur de la santé. *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*. Repéré au <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-health-advocate-f>
- 57 Northern Ireland Medical & Dental Training Agency. (2022). ADEPT – (Achieve Develop Explore Programme for Trainees). Repéré au <https://www.nimtda.gov.uk/adept/>
- 58 Dougan, C. et coll. (2020). The trainee ambassador scheme: creating a supportive leadership community responsive to trainee doctors needs in the Northern Ireland deanery. *BMJ Leader*, 4:A18-A19.
- 59 Dougan C. et coll. (2020). Compassionate leadership during COVID-19: an ABC approach to the introduction of new medical graduates as Foundation interim Year 1s (FiY1s). *BMJ Leader*, 5(3), 199-202. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000323>
- 60 Shanafelt, T. D. et coll. (2015). Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432-440. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>
- 61 Australian Digital Health Agency. (2022a). About us. Repéré au <https://www.digitalhealth.gov.au/about-us>
- 62 Australian Digital Health Agency. (2022b). Workforce and education. Repéré au <https://www.digitalhealth.gov.au/healthcare-providers/initiatives-and-programs/workforce-and-education>
- 63 Australian Digital Health Agency. (2020). National Digital Health Workforce and Education Roadmap. Repéré au https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/2020-11/Workforce_and_Education-Roadmap.pdf
- 64 Australian Government Department of Health. (2021). Australian Digital Health Agency. Repéré au <https://www.health.gov.au/contacts/australian-digital-health-agency>
- 65 Australian Digital Health Agency. (2021). Corporate Plan 2021-2022. Repéré au <https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/documents/adha-corporate-plan-2021-2022.pdf>
- 66 Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine. (2022) Mission, Vision, and Values. Repéré au <https://medschool.kp.org/about/mission-vision-and-values>
- 67 Schuster, M. A., Conwell, W. D., Connelly, M. T. et Humphrey, H. J. (2020). Building equity, inclusion, and diversity into the fabric of a new medical school: Early experiences of the Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine. *Academic Medicine*, 95(12S), S66-S70.

- 68 Pomeranz, H. et Horvath, T. (2017). Promoting diversity to eliminate health disparities. *The Journal of Physician Assistant Education*, 28, S43-S48.
- 69 Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine. (2022b). Tuition and Financial Aid. Repéré au <https://medschool.kp.org/admissions/tuition-and-financial-aid>
- 70 Playford, D. E., Nicholson, A., Riley, G. J. et Puddey, I. B. (2015). Longitudinal rural clerkships: increased likelihood of more remote rural medical practice following graduation. *BMC Medical Education*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0332-3>
- 71 Hyderi, A. A. et Schuster, M. A. (2020). Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine. *Academic Medicine*, 95(9S), S38-S41.
- 72 Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine. (2022b). Student Demographics. Repéré au <https://medschool.kp.org/admissions/student-demographics>
- 73 Van Greuningen, M., Batenburg, R. S., et Van der Velden, L. F. (2012). Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Human resources for health*, 10(1), 1-15.
- 74 Van Greuningen, M. (2016). Health workforce planning in the Netherlands. *Utrecht: Tilburg University*.
- 75 Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J., van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2016; 18(2): 1–239.
- 76 Gray, B. H., Sarnak, D. O. et Burgers, J. S. (2015). Home care by self-governing nursing teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. *New York: Commonwealth Fund*.
- 77 Buurtzorg International. (2021). Our organisation. Repéré au <https://www.buurtzorg.com/about-us/our-organisation/>
- 78 Fraher, E. et Brandt, B. (2019). Toward a system where workforce planning and interprofessional practice and education are designed around patients and populations not professions. *Journal of interprofessional care*, 33(4), 389-397.
- 79 Rees, G. H., Crampton, P., Gauld, R. et MacDonell, S. (2018). New Zealand's health workforce planning should embrace complexity and uncertainty. *NZ Med J*, 131(1477), 109-15.
- 80 Bloomfield, A. (2018). Health Report: Advice on Workforce Governance. *New Zealand Ministry of Health*. Repéré au https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/20182231_-_governance_options.pdf
- 81 *New Zealand Ministry of Health*. (2019). About Health Workforce. Repéré au <https://www.health.govt.nz/our-work/health-workforce/about-health-workforce>
- 82 Rees, G. H. (2019). The evolution of New Zealand's health workforce policy and planning system: a study of workforce governance and health reform. *Human Resources for Health*, 17(1), 1-9.
- 83 Riedel, M. (2017). Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system": Bypassing or catching up on Austrian standards? *Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion de la Commission européenne*.
- 84 Campbell, J. C., Ikegami, N. et Kwon, S. (2009). Policy learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea. *International Social Security Review*, 62(4), 63-80.
- 85 Campbell, J. C., Ikegami, N. et Gibson, M. J. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Affairs*, 29(1), 87-95.
- 86 Campbell, J. C., Ikegami, N. et Kwon, S. (2009). Policy learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea. *International Social Security Review*, 62(4), 63-80.
- 87 Link, S. (juillet 2019). Long Term Care Reform in Germany – At Long Last. *Gen Re*. <https://www.genre.com/knowledge/publications/r119-8-en.html>
- 88 Mingot, K. (2010). Care Leave Act. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*. Repéré au <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/CareLeaveAct>
- 89 Ministère fédéral de la Santé de l'Allemagne (Bundesministerium für Gesundheit). (2020). Long-Term Care Guide. *Ministère fédéral de la Santé de l'Allemagne*. Repéré au https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320_BMG_Ratgeber-Pflege_DINA5_ENG_bf.pdf
- 90 Gouvernement de l'Ontario. (2015). Ouverture à Toronto du premier hôpital entièrement numérique en Amérique du Nord [communiqué de presse]. Repéré au <https://news.ontario.ca/fr/release/34388/ouverture-a-toronto-du-premier-hopital-entierement-numerique-en-amerique-du-nord>
- 91 Kutscher, B. (2017). Inside North America's first all-digital hospital. Repéré au <https://www.modernhealthcare.com/article/20160430/MAGAZINE/304309981/inside-north-america-s-first-all-digital-hospital>
- 92 Collins, B. (2021). Use of High-Reliability Principles in the Evolution of a Hospital Command Centre. *Healthcare Quarterly*, 23(4), 46–52. <https://doi.org/10.12927/hcq.2020.26393>
- 93 Humber River Hospital Foundation. (29 mars 2021) Command Centre | Data-Driven Mission Control. Repéré au <https://www.hrhfoundation.ca/commandcentre/>
- 94 Burkoski, V., Yoon, J., Yoon, J., Hutchinson, D., Hall, T., Solomon, S. et Collins, B. (2019). Generational Differences in Hospital Technology Adoption: A Cross-Sectional Study. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 32(SP), 86–97. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2019.25812>
- 95 Humber River Hospital. (26 septembre 2019). Using Technology to Give You a New Standard of Healthcare. Repéré au <https://www.hrh.ca/2019/09/24/generation2launch/>
- 96 Kane, E. M., Scheulen, J. J., Püttgen, A., Martinez, D., Levin, S., Bush, B. A., ... T. Efron, D. (2019). Use of Systems Engineering to Design a Hospital Command Center. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(5), 370–379. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.11.006>
- 97 Epic. (6 novembre 2018) Confronting the Hospital Capacity Puzzle with Real-Time Dashboards. Repéré au <https://www.epic.com/epic/post/confronting-hospital-capacity-puzzle-real-time-dashboards>
- 98 Burkoski, V., Yoon, J., Hutchinson, D., Solomon, S. et Collins, B. (2019). Experiences of Nurses Working in a Fully Digital Hospital: A Phenomenological Study. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 32(SP), 72–85. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2019.25813>
- 99 Baltimore Alliance for Careers in Healthcare. (2022). About us. Repéré au <https://www.baltimorealliance.org/about-us/#facts>
- 100 Baltimore Workforce Funders Collaborative. (2017). Strengthening Baltimore's Workforce: Reflections and Lessons Learned. Repéré au https://www.marylandphilanthropy.org/sites/default/files/BWFC_StrengtheningBaltimoresWorkf.pdf
- 101 Baltimore Alliance for Careers in Healthcare. (2021). Our history. Repéré au <https://www.baltimorealliance.org/our-history/>
- 102 Baltimore Alliance for Careers in Healthcare. (2021a). EARN Maryland. Repéré au <https://www.baltimorealliance.org/program/earn-maryland/>
- 103 Baltimore Alliance for Careers in Healthcare. (2021b). BACH Fellows. Repéré au <https://www.baltimorealliance.org/program/bach-fellows/>
- 104 Rose, K., Lee, M. et Rubin, V. (2015). Strategies for Health-Care Workforce Development. *Policy Link*. Repéré au https://www.policylink.org/sites/default/files/pl_brief_nola_healthcare_FINAL_0_0.pdf
- 105 Thompson, C. N., Baumgartner J., Pichardo C. et coll. (2020). COVID-19 Outbreak – New York City, February 29–June 1, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2020;69:1725–1729. DOI : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6946a2>
- 106 DePierro, J., Katz, C. L., Marin, D., Feder, A., Bevilacqua, L., Sharma, V., Charney, D. (2020). Mount Sinai's Center for Stress, Resilience and Personal Growth as a model for responding to the impact of COVID-19 on health care workers. *Psychiatry Research*, 293, 113426. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113426>
- 107 Mount Sinai Health System. (2021). Pandemic Workforce Well-being: A Comprehensive Toolkit for Supporting Our Own During COVID-19. Repéré au https://icahn.mssm.edu/files/ISMMS/Assets/About%20the%20School/Office-well-being/MSHS_COVID-19_Toolkit.pdf

- 108 Ripp, J., Peccoralo, L. et Charney, D. (2020). Attending to the Emotional Well-Being of the Health Care Workforce in a New York City Health System During the COVID-19 Pandemic. *Academic Medicine*, 95(8), 1136–1139. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003414>
- 109 Golden, E. A., Zweig, M., Danieletto, M., Landell, K., Nadkarni, G., Bottinger, E., Charney, D. S. (2021). A Resilience-Building App to Support the Mental Health of Health Care Workers in the COVID-19 Era: Design Process, Distribution, and Evaluation. *JMIR Formative Research*, 5(5), e26590. <https://doi.org/10.2196/26590>
- 110 Smart, K. (2022). Reform needed now for a health system on life support. *The Hill Times*. Repéré au <https://www.hilltimes.com/2022/03/30/reform-needed-now-for-a-health-system-on-life-support/352779>
- 111 Starfield, B., Shi, L. et Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- 112 Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A. et Asmundson, G. J. (2011). Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 68(4), 419-427.
- 113 Steele, L. S., Dewa, C. S., Lin, E. et Lee, K. L. (2007). Education level, income level and mental health services use in Canada: Associations and policy implications. *Healthcare Policy*, 3(1), 96.
- 114 Collège des médecins de famille du Canada (2019). Une nouvelle vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale 2019. Mississauga (Ontario). *Collège des médecins de famille du Canada*.
- 115 Mitra, G., Grudniewicz, A., Lavergne, M. R., Fernandez, R. et Scott, I. (2021). Alternative payment models: A path forward. *Canadian Family Physician*, 67(11), 805.
- 116 Green, M. E., Hogg, W., Gray, D., Manuel, D., Koller, M., Maaten, S., ... et Shortt, S. E. (2009). Financial and work satisfaction: impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario. *Politiques de Santé*, 5(2), e161.

Communiquez avec nous



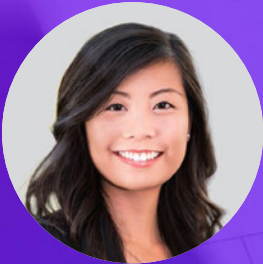
Deanna Heroux

Associée, Santé et sciences de la vie
Leader nationale, Main-d'œuvre
416-777-8378
dheroux@kpmg.ca



Olivia Allega

Directrice, Santé et sciences de la vie
416-476-2923
oallega@kpmg.ca



Janice Pong

Conseillère principale,
Santé et sciences de la vie
416-777-8342
jpong@kpmg.ca

home.kpmg/ca/fr



L'information publiée dans le présent document est de nature générale. Elle ne vise pas à tenir compte des circonstances de quelque personne ou entité particulière. Bien que nous fassions tous les efforts nécessaires pour assurer l'exactitude de cette information et pour vous la communiquer rapidement, rien ne garantit qu'elle sera exacte à la date à laquelle vous la recevrez ni qu'elle continuera d'être exacte à l'avenir. Vous ne devriez pas y donner suite à moins d'avoir d'abord obtenu un avis professionnel se fondant sur un examen approfondi des faits et de leur contexte.

© 2022 KPMG s.r.l./s.e.n.c.r.l., société à responsabilité limitée de l'Ontario et cabinet membre de l'organisation mondiale KPMG de cabinets indépendants affiliés à KPMG International Limited, société de droit anglais à responsabilité limitée par garantie. Tous droits réservés. KPMG et le logo de KPMG sont des marques de commerce utilisées sous licence par les cabinets membres indépendants de l'organisation mondiale KPMG. 17257