

Présentation au Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées

Étude sur les pénuries de main-d'œuvre, les conditions de travail et l'économie des soins

Le 1^{er} avril 2022

APERÇU

SoinsSantéCAN, la voix pancanadienne des hôpitaux de recherche et des organisations de soins de santé, vous remercie de lui donner l'occasion de déposer le présent mémoire au Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées dans le cadre de son étude sur les pénuries de main-d'œuvre, les conditions de travail et l'économie des soins.

La pénurie de main-d'œuvre et les conditions de travail dans le système de santé figurent parmi les principaux obstacles à la prestation rapide de soins de santé de qualité au Canada. Les travailleurs de la santé, qui représentent près de 10 % de la main-d'œuvre du Canada et plus de 66 % de toutes les dépenses de santé – ce qui équivaut à environ 8 % du PIB du Canada – sont non seulement la plus grande ressource de nos systèmes de santé, mais aussi un élément crucial de notre économieⁱ. Nous félicitons le Comité d'avoir entrepris cette étude cruciale et d'avoir abordé de manière globale le défi que le Canada doit relever.

Il ne s'agit pas d'un problème nouveau. Le secteur canadien de la santé est confronté à diverses pénuries de main-d'œuvre depuis des années, un problème que la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'exacerber. Les systèmes de santé de tout le pays ont donc dû faire face collectivement à des pénuries de main-d'œuvre d'une ampleur inégalée dans les dernières années et qui n'a probablement jamais été vue. Outre les conséquences sur les soins aux patients, ces pénuries ont des répercussions physiques, mentales et émotionnelles importantes sur les travailleurs de la santé à tous les niveaux et dans tout le continuum des soins.

De nombreux enseignements doivent être tirés de la pandémie, notamment sur la nécessité de changer les façons d'attirer, de former et de maintenir en poste les travailleurs, et ces enseignements devront survivre à la pandémie. Comme nous l'avons mentionné, les répercussions se font sentir partout au Canada, et les dirigeants du système de santé de tout le pays ont la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre des solutions pancanadiennes aux problèmes actuels et de veiller à ce que le Canada fasse mieux à l'avenir.

Les travailleurs de la santé, de façon claire et répétée, ont lancé des mises en garde contre les niveaux accrus de stress, d'anxiété, de dépression et d'épuisement professionnel qu'ils viventⁱⁱ. Les recherches menées dans le monde entier, y compris ici au Canada, montrent que ces problèmes, qui étaient présents avant la pandémie, n'ont fait que s'aggraver en raison du risque et de la charge de travail supplémentaires engendrés par la pandémie. Une initiative par approche participative menée par Statistique Canada à la fin de 2020 a montré que 70 % des 18 000 travailleurs de la santé interrogés ont déclaré une détérioration de leur santé mentale pendant la pandémieⁱⁱⁱ. Les travailleurs de la santé ont déclaré une détérioration de leur santé mentale, qu'ils aient été en contact direct ou indirect avec des cas confirmés ou soupçonnés de COVID-19 : 77 % de ceux qui travaillaient en contact direct avec des cas et 62 % de ceux qui n'avaient que des contacts indirects ont indiqué que leur santé mentale était moins bonne qu'avant la pandémie^{iv}. De plus, 40 % des personnes en contact direct et 29 % des personnes en contact indirect ont jugé que leur santé mentale était passable ou mauvaise^v. Ces résultats donnent un aperçu de l'impact significatif et néfaste de la pandémie sur la santé mentale et le

bien-être des travailleurs de la santé, impact qui s'est sans aucun doute aggravé au cours de l'année et demie qui s'est écoulée depuis la réalisation de l'étude^{vi}.

Il est important de reconnaître que même parmi les travailleurs de la santé, les impacts sur la santé mentale sont ressentis différemment. Par exemple, certains travailleurs de la santé – comme les infirmières, les aides-soignants, les aides-infirmières et les préposés aux bénéficiaires – fournissent le type de soins aux patients qui les exposent à des circonstances pouvant entraîner une détresse psychologique accrue, comme la violence ou les abus. Les travailleurs qui occupent ces fonctions sont aussi, de manière disproportionnée, des femmes, des immigrants, de nouveaux arrivants, des personnes racisées et, dans certains cas, des personnes qui occupent des emplois mal payés ou à temps partiel où les avantages sociaux sont limités ou inexistantes. Cela n'enlève rien aux répercussions très réelles sur la santé mentale des autres travailleurs du système de santé, notamment ceux qui occupent des postes de soutien, des postes administratifs et des postes de direction.

Les conséquences des conditions de travail plus risquées et de la détérioration de la santé mentale découlant de la pandémie se font sentir dans tout le pays : les travailleurs de la santé devancent leur départ à la retraite, s'orientent vers des fonctions moins exigeantes ou quittent carrément le système de santé. Beaucoup d'autres prévoient de partir une fois la pandémie terminée.

La COVID-19 fait payer un lourd tribut aux travailleurs de la santé, et ce sera le cas longtemps après la fin de la pandémie. Il est essentiel que les gouvernements s'attaquent à la pénurie de personnel de santé en prenant des mesures à court et à long terme. Ce type d'action concertée est essentielle pour garantir que le pays dispose du personnel de santé dont il a besoin pour continuer à lutter contre la COVID-19, effectuer des procédures et des actes médicaux non liés à la COVID-19, combler le retard accumulé dans les actes médicaux et fournir des soins de haute qualité à ceux qui en ont besoin.

Tout au long de la pandémie, on nous a rappelé que la santé de notre économie dépend de la santé de la population. Le même principe s'applique à notre système de santé. Les travailleurs de la santé sont la plus grande ressource du système, et lorsqu'ils sont bien traités, les citoyens du Canada sont aussi bien traités.

RECOMMANDATIONS

1. Améliorer le processus d'immigration afin de mieux tirer parti des compétences des immigrants et des nouveaux arrivants pour aider à répondre aux besoins actuels du système de santé à court et à moyen terme.

De nombreuses organisations de soins de santé souhaitent tirer parti des compétences des immigrants et des nouveaux arrivants déjà au Canada pour répondre aux besoins immédiats en ressources humaines dans le domaine de la santé. Cependant, en raison de certains obstacles, le recrutement de travailleurs de la santé formés à l'étranger représente un défi important.

Les membres de SoinsSantéCAN ont ciblé les principaux défis suivants dans le processus d'immigration actuel du Canada en ce qui concerne le secteur de la santé :

- Dans le contexte actuel, où il existe au Canada des personnes possédant les compétences requises pour occuper un poste, mais qui ne veulent pas travailler dans le secteur, l'obligation de réaliser une étude d'impact sur le marché du travail (EIMT) représente un défi pour l'embauche de travailleurs étrangers temporaires afin de pourvoir les postes vacants.
- Pour les organisations de soins de santé financées par l'État qui ont ciblé des postes vacants, le fait de payer Emploi et Développement social Canada pour réaliser une EIMT représente une étape supplémentaire et coûteuse que les institutions publiques, en tant qu'employeur, doivent entreprendre. Il est possible de réduire les formalités administratives entre ces institutions provinciales et territoriales financées par des fonds publics et le gouvernement fédéral qui gère le processus d'immigration.
- L'employeur doit soutenir le coût de l'EIMT, qui est de 1 000 \$ par candidat. De nombreux employeurs considèrent que ces coûts sont prohibitifs.
- Au moment de la rédaction du présent document, le délai de traitement d'un permis de travail demandé par une personne qui se trouve au Canada est d'environ 134 jours^{vii}. Cela inclut les cas de demandeurs qui souhaitent faire modifier les conditions d'un permis de travail existant. Ces délais constituent un défi pour les candidats qui cherchent à changer d'employeur, s'installer dans une autre localité ou changer de province ou de territoire.
- De nombreux candidats choisissent de s'installer au Canada seulement après avoir obtenu la résidence permanente. Bien que le fait de déménager en vertu d'un permis de travail permette aux candidats de déménager plus rapidement, les candidats ont signalé trop de risques et de complications liés au fait d'être titulaire d'un permis de travail en attendant la confirmation de la résidence permanente. Par exemple, en Colombie-Britannique, en vertu d'un permis de travail, tout étudiant à charge doit payer des frais de 75 \$ par mois pour bénéficier de la couverture du Medical Service Plan (MSP), le régime médical de la province; les conjoints de titulaires de permis de travail ne sont pas exemptés de la taxe imposée aux étrangers qui achètent une maison dans la province; et les conjoints ont des difficultés à obtenir des choses telles que leur permis de conduire. En Colombie-Britannique, les délais de traitement actuels pour ceux qui cherchent à obtenir la résidence permanente par le truchement du Programme des candidats des provinces sont d'environ huit à dix mois pour le programme Entrée express et de 18 à 24 mois pour le programme d'immigration des travailleurs qualifiés. Bien que les exemples utilisés ici soient propres à la Colombie-Britannique, des défis similaires sont signalés par les membres de partout au pays.
- Dans certains cas, différents tests de compétence en anglais sont exigés par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) et les ordres de réglementation, et ces tests ne sont pas transférables. Par exemple, le College of Physicians and Surgeons of British Columbia (CPSBC) accepte le test [IELTS Academic](#), mais ce test n'est pas accepté par IRCC. IRCC accepte le test [IELTS General](#), mais ce test n'est pas accepté par le CPSBC. Le test [CELP](#) est accepté par IRCC et le CPSBC. Ces différences entraînent souvent de la confusion et, dans de nombreux cas, les candidats doivent passer plus d'un examen d'anglais. Bien que les exemples utilisés ici soient propres à la Colombie-Britannique, des défis similaires sont signalés par les membres de partout au pays.

- Les organismes de soins de santé ne sont pas avisés lorsque des personnes arrivent au Canada en ayant les compétences nécessaires pour occuper des postes dans le domaine des soins de santé. Si les organisations de soins de santé savaient que des personnes ayant le profil requis cherchent du travail, elles les embaucheraient et les aideraient à obtenir les permis leur permettant d'exercer.
- Des aides sociales doivent être mises en place pour aider les nouveaux arrivants dès leur arrivée et pour leur permettre d'exercer des fonctions dans le domaine des soins de santé; il peut s'agir de prêts pour le logement, de services de garde d'enfants et d'autres aides pour des besoins similaires.

Au cours des derniers mois, le gouvernement fédéral a fait plusieurs annonces concernant des changements conçus pour [améliorer le processus d'immigration](#) et des investissements [visant à faciliter le recrutement et l'agrément des nouveaux arrivants dans le secteur de la santé](#). Ces évolutions sont les bienvenues et permettront de répondre à certaines des préoccupations énumérées ci-dessus. Cependant, pour avoir un véritable effet sur la lutte contre les pénuries de personnel de santé, en particulier à court et à moyen terme, le processus d'immigration devrait être encore simplifié et comporter des solutions permettant de répondre aux préoccupations énumérées ci-dessus et tirer parti des compétences des immigrants et des nouveaux arrivants qualifiés. Par exemple, il serait très utile de disposer d'un mécanisme dans le cadre du processus fédéral d'immigration qui mettrait en relation les employeurs du secteur de la santé et les immigrants et les nouveaux arrivants afin d'aider les organismes de santé à pourvoir les postes vacants. De nombreuses organisations de soins de santé disposent des ressources nécessaires pour aider ces personnes à s'orienter dans le processus d'établissement et d'accréditation, mais elles doivent d'abord savoir que ces personnes sont dans le pays et qu'elles sont qualifiées pour les rôles disponibles.

2. Soutenir la coordination entre les provinces et les territoires de l'éducation et de la délivrance des permis.

Alors que le Canada est confronté à une pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et que les soins virtuels gagnent en popularité, les conséquences des obstacles liés aux compétences des différentes administrations qui dans le domaine de l'éducation et de l'agrément dans le secteur de la santé – tant au Canada qu'à l'étranger – sont accrues. Pendant la pandémie, des mesures ont été mises en œuvre pour faciliter le déplacement des travailleurs de la santé d'une province ou d'un territoire à l'autre afin d'aider les régions les plus durement touchées. De même, les processus nécessaires ont été mis en œuvre pour soutenir les fournisseurs de soins qui ont dû passer à la prestation de soins virtuels au début de la pandémie.

Ces approches ont bien fonctionné, et le Canada, après la pandémie, ne pourra se permettre de revenir au statu quo qui prévalait avant la pandémie. Nous devons rendre permanentes des solutions qui, à l'époque, étaient considérées comme des solutions temporaires pour consolider un système en difficulté, notamment des mesures visant à soutenir la mobilité du personnel de

santé et la prestation virtuelle de services de santé au-delà des frontières provinciales et territoriales.

Les gouvernements, les organismes de réglementation, les établissements d'enseignement, les associations professionnelles, les employeurs et les syndicats doivent collaborer pour réduire les obstacles liés aux compétences afin de s'adapter à l'évolution du système de santé et des besoins des patients, notamment par une meilleure coordination de l'enseignement des soins de santé et de l'agrément. Le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative et réunir les parties prenantes et faciliter la mise en œuvre de solutions dans ce domaine.

3. Soutenir la santé, le bien-être, la sécurité et la résilience du personnel de santé en développant la recherche, les programmes et les ressources en matière de santé mentale et de bien-être propres aux travailleurs de la santé.

Les problèmes de santé mentale et de bien-être vécus par les travailleurs de la santé étaient bien connus avant la pandémie et n'ont fait que s'aggraver au cours des deux dernières années. La nécessité de prendre davantage de mesures pour soutenir la santé mentale et le bien-être en raison des défis liés à la pandémie concerne également les travailleurs de la santé. Ces personnes dévouées sont en première ligne de la lutte, et il est nécessaire que tous les gouvernements investissent davantage pour soutenir la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé.

Le gouvernement fédéral doit contribuer à améliorer la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé en fournissant un financement dédié à la recherche sur la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé. On commence à peine à comprendre les effets de la pandémie sur le personnel de santé, et il est probable qu'il y aura des conséquences à long terme qui se feront sentir après la fin de la pandémie. Mieux comprendre comment le personnel de santé a été touché et ce qui peut être fait pour mieux soutenir la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé, car le Canada est confronté à une pénurie continue de personnel de santé et que son système devra répondre à une demande croissante au cours des prochaines années.

Le gouvernement fédéral doit également investir davantage dans des programmes et des ressources visant à améliorer la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé. La création du portail « Espace mieux-être » et les investissements supplémentaires dans la recherche sur la santé mentale sont de bonnes premières étapes. Le gouvernement fédéral doit soutenir ces efforts tout en enrichissant les programmes destinés précisément à aider les travailleurs de la santé. La psychothérapie, l'évaluation des besoins, le soutien par les pairs et les services de formation et d'intervention en matière de santé mentale au travail ne sont que quelques-unes des ressources qui aideraient les travailleurs de la santé à préserver leur santé mentale et leur bien-être.

4. La mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne de planification des effectifs de santé dans le but de recueillir et d'analyser des données sur les effectifs, d'élaborer des solutions pour remédier à la pénurie de travailleurs de la santé et s'attaquer aux facteurs qui nuisent au recrutement et au maintien en poste.

Le Canada ne planifie pas bien son personnel de santé, et compte tenu de l'absence d'une stratégie pancanadienne, il est difficile de garantir que le bon nombre et le bon type de travailleurs se trouvent au bon endroit et au bon moment. Cette situation se répercute sur les soins aux patients, entraîne de mauvaises conditions de travail pour les travailleurs de la santé, a des ramifications économiques pour le Canada et perpétue les inégalités actuelles dans le système de santé, d'autant plus que le secteur compte un pourcentage élevé de travailleurs qui sont des femmes, des immigrants, de nouveaux arrivants et des personnes racisées.

Le fait de ne pas comprendre pleinement la composition du personnel de santé au Canada a entraîné une concurrence entre les provinces et les territoires pour attirer les talents. La concurrence est si forte que les employeurs doivent augmenter les rémunérations pour attirer et retenir les professionnels de la santé, ce qui se traduit par une augmentation des coûts pour le système de santé. De même, les nouveaux travailleurs de la santé recherchent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et choisissent donc de travailler à temps partiel. Ce changement augmente le nombre de travailleurs de la santé nécessaires, et comme ce changement n'a pas été prévu, la formation de professionnels supplémentaires pour répondre à cette demande n'a pas eu lieu. Il est raisonnable de supposer que les travailleurs de la santé de tous âges chercheront à trouver un meilleur équilibre une fois la pandémie terminée, ce qui aggravera les pénuries actuelles. Ce ne sont là que quelques exemples des conséquences d'un manque de planification du personnel de la santé sur les travailleurs, les patients, les systèmes de santé et l'économie.

Le Canada accuse un retard par rapport aux autres pays de l'OCDE en matière de collecte de données sur les effectifs de santé, d'infrastructure et d'analyse^{viii}. De nombreux pays entreprennent la planification des effectifs de santé au niveau national et ont créé des organismes spécialisés chargés de recueillir et d'analyser les données sur les effectifs de santé, de mener des recherches, de prévoir les besoins du système de santé et de contribuer à l'élaboration de politiques visant à renforcer les effectifs et le système de santé.

Par exemple, l'Australie procède à la planification de ses effectifs de santé à l'échelle nationale depuis au moins 2008 et a mis sur pied un organisme centralisé chargé de la planification et de la réforme des effectifs de santé afin de relever les défis que représente la mise sur pied d'un effectif de santé compétent, novateur et flexible dans tout le pays^{ix}. L'étude initiale de l'organisme portait sur les besoins en personnel de santé entre 2012 et 2025.

L'organisme a d'abord établi des projections sur le nombre et le type de travailleurs de la santé requis pour répondre aux besoins futurs, puis il a modélisé les filières de formation nécessaires pour former le nombre et le type de travailleurs de la santé requis^x. La stratégie nationale de planification du personnel de la santé est constamment mise à jour, et la [stratégie nationale relative au personnel de santé](#) est valable jusqu'en 2031.

Aux États-Unis, le [National Centre for Health Workforce Analysis \(NCHWA\)](#) élabore des rapports sur le personnel de la santé des États-Unis, notamment en faisant des projections sur l'offre et la demande de professionnels de la santé par discipline^{xi}. Le NCHWA fait partie de la Health Resources and Services Administration, une agence du département américain de la Santé chargée d'améliorer les résultats en matière de santé et l'équité en santé^{xii}.

Il existe également des exemples de planification des effectifs dans d'autres secteurs, ici même au Canada, qui pourraient servir de base à l'élaboration d'une approche de planification du personnel de la santé. Depuis plus de 20 ans, [ConstruForce Canada](#), un organisme national dirigé par l'industrie, aide l'industrie de la construction à gérer les besoins en main-d'œuvre en fournissant de l'information sur le marché du travail, des outils et des ressources, y compris des prévisions fondées sur des scénarios à forte concentration de données pour prévoir les besoins du marché du travail dans 34 métiers^{xiii}.

Une stratégie pancanadienne de planification du personnel de la santé permettra de mieux comprendre les pénuries de main-d'œuvre et les facteurs qui y contribuent et favorisera l'élaboration de solutions à ces problèmes. Cette stratégie donnerait également un aperçu des besoins futurs et contribuerait à l'élaboration de stratégies visant à garantir que le Canada dispose du personnel de la santé dont il a besoin pour répondre à la demande future. Cette stratégie doit être ancrée dans une solide vision pancanadienne des soins de santé.

Un système de santé bien doté d'un personnel suffisant et composé de travailleurs de la santé qui se sentent bien mentalement et physiquement est essentiel au bon fonctionnement du système de santé et à la prestation de soins de qualité aux patients.

a. Collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à la création d'un organisme permettant la collecte de données stratégiques pancanadiennes sur le personnel de la santé ainsi que la recherche, la planification et les prévisions concernant le personnel de la santé.

Un élément crucial de toute stratégie pancanadienne de planification du personnel de la santé consistera à créer un organisme qui sera chargé de collaborer avec les provinces et les territoires pour recueillir des données sur le personnel de la santé et mener des recherches sur les ressources humaines en santé afin de mieux évaluer et planifier les besoins du Canada en la matière.

Une collaboration entre tous les ordres de gouvernement est nécessaire, car une grande partie de la collecte de données et des décisions en matière de réglementation et de financement des ressources humaines en santé relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Avant tout, cet organisme doit combler les lacunes existantes en matière de données. Bien que de nombreux établissements et les gouvernements provinciaux et territoriaux recueillent certaines données sur le personnel de la santé, les données recueillies ne sont pas nécessairement assez exhaustives pour permettre une compréhension complète des effectifs actuels de la santé et de leurs caractéristiques, et elles ne comprennent pas non plus tous les renseignements qui seraient nécessaires pour prévoir et planifier le personnel de la santé de demain. Il est impératif de dresser un portrait général du personnel de la santé dans tout le pays étant donné la mobilité croissante des travailleurs et des diplômés de la santé au Canada et à l'étranger.

Une fois que l'on aura établi un portrait de base du personnel de la santé à l'échelle du pays, cet organisme entreprendra des recherches et des analyses et élaborera des politiques pour combler les lacunes existantes en matière de personnel ainsi que des stratégies pour répondre aux besoins à plus long terme. Pour ce faire, il pourrait être nécessaire d'élaborer différents outils et ressources tels que des études, des prévisions et des tendances sur le marché du travail dans le secteur de la santé, ainsi que des guides et des pratiques exemplaires en matière de recrutement et de maintien en poste.

Cet organisme pancanadien devra également examiner les possibilités de remédier aux pénuries de personnel de santé au moyen de l'éducation, de l'accréditation et des champs d'exercice. Il devra également veiller à créer une main-d'œuvre plus équitable et plus représentative de la population canadienne, et qui soit inclusive pour toutes les personnes qui cherchent à obtenir des soins.

Compte tenu du niveau de collaboration nécessaire entre tous les ordres de gouvernement, les organisations et les intervenants du système de santé, les employeurs, les syndicats, les organismes de réglementation, les établissements d'enseignement et autres, nous recommandons que cet organisme soit indépendant de tout gouvernement, y compris du gouvernement fédéral. Cela favorisera l'adhésion de toutes les parties qui doivent contribuer à la réussite de cette approche et contribuera à garantir que le travail et les objectifs de cet organisme seront atteints et ne seront pas soumis à des orientations politiques.

5. Collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation et les établissements d'enseignement afin de former un plus grand nombre de travailleurs de la santé canadiens – en particulier des travailleurs issus des communautés autochtones – dans les professions et les domaines nécessaires pour répondre aux besoins à long terme du système de santé.

À long terme, le Canada doit former davantage de professionnels de la santé. Pour ce faire, il faut augmenter le nombre de places disponibles dans les programmes universitaires et collégiaux pour toutes les professions de la santé, élargir l'accès aux groupes marginalisés, autochtones et autres groupes racisés, et améliorer le soutien pour maximiser les possibilités de formation de cycle supérieur et de stage.

L'élaboration de programmes comme des campagnes visant à faire connaître aux jeunes de tout le Canada – et aux jeunes Autochtones en particulier – les emplois du secteur de la santé et la création d'incitatifs financiers et autres à ceux qui envisagent de faire carrière dans le

domaine de la santé peuvent contribuer à attirer les gens vers les professions de la santé. La mise en place d'une aide supplémentaire aux étudiants tout au long du processus d'éducation et de formation, qui peut se faire par le truchement d'incitatifs financiers, de subventions et de programmes d'allègement des droits de scolarité, est une autre mesure susceptible d'encourager davantage de gens à faire carrière dans le secteur des soins de santé. Ces programmes de sensibilisation et de soutien pourraient contribuer à donner suite à l'appel à l'action 23 i) de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada, qui recommande : « de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé ».

CONCLUSION

La pénurie de main-d'œuvre et les conditions de travail dans le système de soins de santé figurent parmi les plus grands défis que doit relever le Canada. Alors que la crise se préparait depuis des décennies, la pandémie de COVID-19 a considérablement exacerbé la situation. Le gouvernement fédéral doit assumer un rôle de leadership pour gérer la crise en réunissant, en mobilisant et en soutenant tous les ordres de gouvernement et les principaux intervenants, y compris les organisations de soins de santé, dans une approche collaborative qui ciblera, élaborera et mettra en œuvre des solutions, en mettant l'accent sur les solutions décrites dans le présent mémoire.

ⁱ Bourgeault, I.L. « A path to improved health workforce planning, policy and management in Canada: The critical co-ordinating and convening roles for the federal government to play in addressing eight per cent of its GDP ». *The School of Public Policy Publications*, volume 14:1, le 17 décembre 2021. Récupéré de : <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/sppp/article/view/74064>.

ⁱⁱ Wong, M. « “We are not superhuman”: Health-care workers plead for more mental health support », *Global News*, le 16 janvier 2021. Récupéré de : <https://globalnews.ca/news/7578827/health-care-workers-mental-health/>; Favaro, A. et coll. « Health-care and front-line workers describe dealing with anxiety, PTSD due to COVID-19 », *CTV News*, le 28 janvier 2021. Récupéré de : <https://www.ctvnews.ca/health/health-care-and-front-line-workers-describe-dealing-with-anxiety-ptsd-due-to-covid-19-1.5287174>. Steward, A. « Canada headed for nursing shortage “beyond anything we’ve experienced”: experts », *Global News*, le 6 janvier 2022. Récupéré de : <https://globalnews.ca/news/8487144/canada-covid-nursing-shortage-alarm/>. Lake Berz, K. « Psychiatrist burnout: Why COVID-weary doctors are taking a mental-health break ». *Toronto Star*, le 15 janvier 2022. Récupéré de : <https://www.thestar.com/news/canada/2022/01/15/psychiatrist-burnout-why-covid-weary-doctors-are-taking-a-mental-health-break.html>.

ⁱⁱⁱ Statistique Canada. *La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19*, 2021. Récupéré de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.htm>.

^{iv} Statistique Canada. *La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19*, 2021. Récupéré de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.htm>.

^v Statistique Canada. *La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19*, 2021. Récupéré de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.htm>.

^{vi} Myran DT, Cantor N, Rhodes E, et coll. « Physician Health Care Visits for Mental Health and Substance Use During the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada », *JAMA Netw Open*. 2022;5(1):e2143160. Récupéré de : <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788289#:~:>

^{vii} Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. *Vérifier les délais de traitement*, gouvernement du Canada, 2022. Récupéré de : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/demande/verifier-delais-traitement.html>.

- viii Ivy Bourgeault, Sarah Simkin et Caroline Chamberland-Rowe. « Poor Health Workforce Planning is Costly, Risky and Inequitable », *CMAJ*, 191 (42) E1147-E1148, le 21 octobre 2019. Récupéré de : <https://www.cmaj.ca/content/191/42/E1147/tab-article-info>.
- ix Crettenden, I. F., McCarty, M. V., Fenech, B. J., Heywood, T., Taitz, M. C., et Tudman, S. « How evidence-based workforce planning in Australia is informing policy development in the retention and distribution of the health workforce », *Human resources for health*, 12, 7, 2014. Récupéré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3922608/>.
- x *Ibid.*
- xi The Health Resources & Services Administration Bureau of Health Workforce. *Review Health Workforce Research*, février 2021. Récupéré de : <https://bhw.hrsa.gov/data-research/review-health-workforce-research>.
- xii The Health Resources & Services Administration. *About HRSA*, novembre 2021. Récupéré de : <https://www.hrsa.gov/about/index.html>.
- xiii ConstruForce Canada. *Bienvenue chez ConstruForce Canada*, 2019. Récupéré de : <https://www.buildforce.ca/en>; Bourgeault, *A path to improved health workforce planning*.

PRÉPARÉ PAR :

Bianca Carlone, Relations gouvernementales et analyste des politiques, SoinsSantéCAN
govrelationsgouv@healthcarecan.ca