



FMEQ
Fédération médicale
étudiante du Québec

SYSTÈME BRISÉ, SOIGNANTS MALADES: PERSPECTIVE DE LA RELÈVE MÉDICALE SUR LES ENJEUX DE PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ



Mémoire présenté dans le cadre de la
Journée d'action politique 2022 de la
Fédération médicale étudiante du
Québec



Publié le 14 mars 2022
Fédération médicale étudiante du Québec
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510
Montréal, Québec H3A 1E4

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : politique@fmeq.ca

Sous la direction de

Vanessa Bisson-Gervais, déléguée aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Isabelle Tapp, déléguée aux affaires financières et ressources humaines, Fédération médicale étudiante du Québec

Rédigé par

Julien Bélanger, représentant aux affaires externes du Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

Maxence Brouillette, président du Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

Justine Dagenais Curti, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke

George Gerardis, vice-président aux affaires externes Québec de l'Association des étudiants en médecine de l'Université McGill

Olivier Houle, étudiant en médecine, Université de Sherbrooke

Emanuel Louis, étudiant en médecine, Université de Montréal

Christina-Maria Maalouf, étudiante en médecine, Université de Montréal

Emeryck Plante-Belleau, étudiant en médecine, Université Laval

Geneviève Richard, Vice-présidente aux affaires externes de l'Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke au campus Saguenay

Samuel Rousseau, étudiant en médecine, Université de Montréal

Widad Safih, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke

Juliette St-Georges, étudiante en médecine, Université McGill

Révision et mise en page

Francine Auger, adjointe à l'exécutif, Fédération médicale étudiante du Québec

Vanessa Bisson-Gervais, déléguée aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Isabelle Tapp, déléguée aux affaires financières et ressources humaines, Fédération médicale étudiante du Québec

Remerciements

Dr. Carl Ardy Dubois, professeur titulaire et doyen de l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal.

PRÉSENTATION DE LA FMEQ ET D'IFMSA-QC	5
INTRODUCTION	6
SITUATION ACTUELLE DE LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ	7
Médecins	7
Infirmières	10
Préposés aux bénéficiaires	12
ÉTAT DE SANTÉ DES TRAVAILLEURS	12
Médecins	12
Infirmières	13
Préposés aux bénéficiaires	14
FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ET POLITIQUES POUVANT EXPLIQUER LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ	15
Population vieillissante et augmentation de la demande de services	15
Facteurs législatifs	16
Loi 21 en 2009	16
Loi 20 en 2015	16
Loi 10 en 2015	17
IMPACTS DE LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ	18
Accès à un médecin de famille	18
En pandémie	18
Bris de service	18
Délestage	20
Impacts sur la santé des patients	22
PERSPECTIVE ÉTUDIANTE SUR LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ	24
Santé des étudiants	24
Impact sur les conditions de travail et sur l'enseignement	24
Situations rencontrées en stages	25
Appréhensions en début de carrière	25
Événements d'actualité	25
PISTES DE SOLUTIONS	27
Médecins	27
Infirmières	28
Préposés aux bénéficiaires	29
Interdisciplinarité	30
Les pharmaciens et la loi 41	31
Infirmières praticiennes spécialisées	31
Guichet d'accès à la première ligne	32
Place du milieu communautaire et de la proche aidance	32
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	34
ANNEXE I - Méthodologie du sondage et résultats graphiques	37

PRÉSENTATION DE LA FMEQ ET D'IFMSA-QC

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et sept campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académique, social, politique et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la valorisation de la médecine familiale et de la médecine en région, la santé environnementale, la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, le don d'organes et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les sept campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19 a mené à une prise de conscience de la population et des acteurs politiques sur le phénomène de pénurie de main-d'œuvre en santé, pourtant présente depuis des années au Québec à l'échelle de plusieurs professions: médecins de famille, infirmières, préposés aux bénéficiaires, travailleurs sociaux, professionnels en santé mentale, etc. La pandémie a toutefois exacerbé cette problématique en rendant difficile le recrutement et la rétention des professionnels dans le réseau. Les témoignages de patients ayant subi les conséquences de cette pénurie se comptent à coup de centaines de milliers, pensons aux aînés en CHSLD, aux patients orphelins ou encore aux patients en attente d'une chirurgie électorale.

Dans les dernières années, la FMEQ a rédigé des mémoires et émis des recommandations sur plusieurs problématiques connexes comme la valorisation de la médecine familiale et de la médecine en région, la santé des aînés et l'augmentation du panier de services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cela témoigne de la volonté de nos étudiants à contribuer à bâtir un système de santé pérenne, accessible et où la qualité des soins est une priorité.

Les problèmes de pénurie de main-d'œuvre ont des conséquences directes non seulement sur les soins donnés aux patients, mais également sur la santé physique et mentale des travailleurs de la santé, qui sont la pierre angulaire du réseau. Les témoignages de différents professionnels de la santé sur leurs conditions de travail difficiles ont marqué l'imaginaire collectif. La FMEQ n'est pas une entité syndicale et à ce titre n'a pas la responsabilité de représenter ou de négocier en faveur des travailleurs de la santé. Toutefois, la FMEQ a à cœur le bien-être des professionnels auprès de qui nos membres seront appelés à travailler dans les prochaines années.

Par ailleurs, nos externes en médecine, c'est-à-dire les étudiants qui sont en stages à temps plein dans les hôpitaux durant leurs deux dernières années de formation, sont exposés quotidiennement à la réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et à ses impacts sur la formation médicale. Plusieurs de nos étudiants ont par ailleurs prêté main forte au plus fort de la pandémie dans les centres de vaccination, à la santé publique, de même que dans les CHSLD en tant que préposés. La FMEQ reconnaît que le problème de pénurie de main-d'œuvre est multifactoriel et qu'il n'existe pas de solution miracle. Nous souhaitons tout de même apporter notre perspective de relève à cet enjeu et le présent mémoire s'inscrit directement dans cette démarche.

Ce mémoire traite de la situation actuelle de pénurie de main-d'œuvre en santé, discute de son impact sur la santé physique et mentale des travailleurs, élabore sur les facteurs contribuant à cette problématique, analyse les conséquences de la pénurie sur l'accès et la qualité des soins et met de l'avant certaines solutions pour le réseau de la santé. Il contient également les résultats d'un sondage effectué auprès des externes en médecine sur leur perception de l'enjeu de la pénurie de main-d'œuvre en santé. Finalement, nous concluons ce mémoire avec une liste de plusieurs recommandations adressées aux élus de l'Assemblée nationale du Québec, de même qu'aux facultés de médecine du Québec.

L'emploi du masculin dans ce texte pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

SITUATION ACTUELLE DE LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ

Selon l'Institut de recherche et d'information socio-économiques (IRIS), une pénurie de main-d'œuvre existe lorsque la demande de travail excède l'offre¹. Au Québec, la pénurie de main-d'œuvre est présente dans plusieurs secteurs économiques, de même que dans le domaine de la santé et des services sociaux depuis plusieurs années déjà. Par ailleurs, la pénurie de main-d'œuvre s'est accentuée durant la pandémie. Selon le plus récent rapport de l'emploi de l'Institut du Québec, le Québec a connu une augmentation de 117% de ses besoins en main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux². Plus précisément, entre 2019 et 2021, les postes vacants ont augmenté chez le personnel en soins infirmiers (+2745 postes vacants), le personnel technique de soins de santé (+2515 postes vacants), le personnel professionnel des soins de santé (+1040 postes vacants) et le personnel de soutien des services de santé (+1685 postes vacants)³.

Médecins

En date de décembre 2021, selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), il y avait 885 postes de médecins spécialistes vacants sur les 10 491 postes disponibles⁴. La plupart des postes vacants de médecins spécialistes se trouvent en région, selon la liste des établissements avec des besoins importants d'effectifs médicaux publiée en 2021 par le MSSS⁵. La chirurgie générale, l'anesthésie, la psychiatrie et la radiologie étant les spécialités les plus en demande selon cette même liste⁶. Toutefois, il est important de noter que les spécialités médicales sont hautement prisées par les étudiants en médecine. Selon les statistiques du jumelage CaRMS 2021, processus par lequel les étudiants en médecine appliquent à la résidence en médecine pour compléter leur formation, moins de 10 places en spécialités étaient disponibles à la fin du premier tour de jumelage et seulement quelques spécialités comme l'anatomo-pathologie, la santé publique, l'anesthésie et la psychiatrie avaient des postes vacants⁷. L'attrait des étudiants pour la médecine spécialisée garantit donc que la plupart des postes seront comblés à moyen et long terme au Québec, bien que des efforts de recrutement doivent être mis en place pour attirer les spécialistes dans les régions plus éloignées du Québec.

La situation est toute autre pour la médecine de famille. Selon la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le Québec compte un déficit de 1000 médecins de famille⁸. Le gouvernement considère quant à lui que la réelle problématique n'est pas le nombre de médecins de famille présents dans le réseau mais plutôt l'efficacité de ces derniers.⁹ Plus précisément, certains sont d'avis que les médecins de famille pourraient en faire davantage au niveau de la prise en charge des patients en attente sur le

¹ Institut de recherche et d'information socio-économiques, *Qu'est-ce qu'une pénurie de main-d'œuvre?*, 28 novembre 2012, <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/travail-et-emploi/quest-ce-quune-penurie-de-main-doeuvre/>

² Institut du Québec, *Bilan 2021 de l'emploi au Québec*, Février, 2022, <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2022/02/202102-IDO-BILANEMPILOI2021.pdf>

³ Institut du Québec, *Le bond des postes vacants au Québec montre que la pénurie de main-d'œuvre s'accroît, particulièrement en santé* (Statistique Canada, tableaux 14-10-0328-01 et 14-10-0296-01, calculs de l'IDQ) <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/09/202106-IDO-Postes-vacants-T22021.pdf>

⁴ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Plan d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité en date du 2021-12-01*, 2021. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/prem/medecine-specialisee/toutes_specialites_2021-12-01.pdf

⁵ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Liste des établissements en besoins importants d'effectifs médicaux*, 1er septembre, 2021, https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/prem/liste_des_ebi.pdf

⁶ *Ibid.*

⁷ Fédération médicale étudiante du Québec, *Guide des résidences 2021*, consulté le 4 mars 2021, https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2021/11/2021_GDR.pdf

⁸ Marie-Ève Cousineau, *Près de 15% des médecins de famille ont moins de 500 patients inscrits*, Le Devoir, 26 octobre 2021, <https://www.ledevoir.com/societe/sante/642834/pres-de-15-des-medecins-de-famille-ont-moins-de-500-patients-inscrits>

⁹ La Presse, *Accès aux médecins de famille, Québec déposera un projet de loi*, 10 novembre 2021, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-11-10/acces-aux-medecins-de-famille/quebec-deposera-un-projet-de-loi.php>

Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Selon les statistiques du MSSS en 2021, 15% des médecins de famille au Québec prenaient en charge moins de 500 patients, un nombre de patients jugé insuffisant pour réduire les délais d'attente du GAMF¹⁰. Toutefois, il est important de noter que la répartition du travail des médecins de famille québécois entre l'hôpital et la clinique est unique au Canada. Selon un sondage en 2019, 53 % des médecins québécois travaillent en milieu hospitalier, contre une moyenne de 38 % au Canada (26 % en Colombie-Britannique)¹¹. Les activités médicales particulières (AMP) forcent également les médecins de famille à travailler en dehors des cliniques, puisque les médecins de famille ayant moins de 15 ans de pratique doivent faire au minimum 12h par semaine dans des milieux de soins tels que l'urgence, l'obstétrique, les CHSLD, les soins à domicile, etc.

De plus, depuis quelques années, le nombre de postes vacants en résidence de médecine familiale ne cesse d'augmenter. Au jumelage CaRMS 2021, 75 postes en médecine familiale n'ont pas été comblés pour 36 postes en 2020 et 29 en 2019¹². Il faut remonter à 2018, où 69 postes n'ont pas été comblés pour trouver un nombre similaire. La FMEQ et plusieurs acteurs du milieu médical se sont demandés quelles étaient les raisons expliquant le choix des étudiants de tourner le dos à la médecine familiale. À cet effet, un sondage a été effectué par la FMEQ à l'été 2021 auprès de nos étudiants finissants.

Les raisons menant les étudiants à choisir la médecine de famille, telles qu'énoncées par nos répondants, sont les suivantes¹³:

- Diversité de pratique – possibilité de réorienter sa carrière et de la moduler
- Besoin sociétal – intérêt pour la première ligne
- Programmes de compétences avancées qui attirent de plus en plus d'étudiants
- Pratique multidisciplinaire
- Meilleure conciliation travail-vie personnelle
- Proximité avec le patient et continuité des soins
- Résidence de plus courte durée
- Possibilité de travailler partout au Québec et pratique en région attrayante
- Domaine vaste au niveau des connaissances

Les raisons menant les étudiants à ne pas choisir la médecine de famille, telles qu'énoncées par nos répondants, sont les suivantes :¹⁴

- Restrictions de la pratique: peur des prochaines lois du gouvernement et de l'incertitude entourant la pratique de la médecine familiale au Québec
- Organisation complexe de la pratique (PREM, AMP, etc.)
- Peu d'intérêt suscité lors du parcours médical
- « Phobie » de la pratique de bureau exclusive
- Salaire moins attrayant que les autres spécialités
- Résidence trop courte par rapport aux connaissances à acquérir
- Moins de techniques
- Moins d'opportunités de recherche et de carrière en enseignement
- Exposition de moindre qualité durant les stages

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Association médicale canadienne, *Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical, 2019. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, genre, âge, et province ou territoire*, 2019.

https://surveys.cma.ca/viewer?file=%2Fmedia%2FSurveyPDF%2FCMA_Survey_Workforce2019_Q15_Work_Setting-f.pdf#page=1

¹² BCI, MSSS, DAU, 2021-05-21.

¹³ FMEQ, *Jumelage CaRMS 2021: tendances et résultats*. Juin 2021.

¹⁴ *Ibid.*

- Préférence à prodiguer des soins à des patients malades
- Charge de travail trop importante

Un enjeu supplémentaire pour la pénurie de médecins, toutes spécialités confondues, est le vieillissement de l'effectif médical. 24,8% des médecins québécois en pratique ont plus de 60 ans (en date du 19 février 2022)¹⁵. Ce vieillissement a des conséquences qui se font sentir davantage chez les médecins de famille. Le départ massif de médecins à la retraite engendre un déficit qui n'est pas comblé par l'entrée de nouveaux médecins de famille en pratique, car ces nouveaux médecins n'arrivent pas à prendre en charge autant de patients en début de pratique¹⁶. Pour tenter de limiter le nombre de patients orphelins suite à la retraite de leur médecin de famille, l'évaluation des différentes modalités pour retenir les médecins de famille plus âgés dans le réseau pourrait être considérée, surtout au niveau de la prise en charge en cabinet.

Quant aux heures travaillées, selon un sondage de l'Association médicale canadienne (AMC), les médecins du Québec ont déclaré travailler 49 heures par semaine, soit un peu moins que la moyenne canadienne de 50,5 heures. Cet écart est toutefois comblé par les heures mensuelles de garde (52 par mois au Québec, un sommet au Canada, où la moyenne est de 38)¹⁷. En date de 2017, au Canada, les hommes médecins travaillaient en moyenne 52,2 heures par semaine, alors que les femmes médecins en travaillaient 48,1¹⁸. Les résidents, tous genres confondus, travaillaient quant à eux 58 heures par semaine en moyenne.

Malgré les heures effectuées, les médecins québécois voient moins de patients que ceux des autres provinces. Au Québec, les médecins qui offrent directement des soins disent voir 64 patients par semaine en moyenne, contre la moyenne canadienne de 78. Dr Hugo Viens, président de l'AMC de 2017 à 2019, explique que le phénomène est en partie attribuable au fait que le Québec est en retard dans l'informatisation du système en disant : « On nous dit encore souvent d'envoyer des fax, car c'est plus sûr, à défaut d'avoir un système informatique qui protège pleinement les renseignements ». Selon lui, plusieurs médecins affirment qu'ils pourraient voir davantage de patients s'ils arrivaient à diminuer le temps passé à faire des tâches administratives¹⁹.

Les préjugés envers la productivité des femmes médecins demeurent tenaces en médecine, alors même que les femmes médecins sont appelées à représenter plus de 50% de l'effectif médical d'ici 2030 selon l'Association médicale canadienne²⁰. Les femmes en médecine n'échappent pas aux défis de la conciliation travail-famille et elles doivent effectivement s'absenter en raison de congés de maternité ou pour d'autres raisons familiales. Toutefois, la féminisation de la profession implique certains avantages, notamment au niveau des aptitudes communicationnelles. En effet, la majorité des femmes médecins passent plus de temps auprès de leurs patients et communiquent mieux que leurs collègues masculins, ce qui diminue le nombre de consultations par patient de près de 6%²¹. Mieux encore, les femmes médecins font en général plus de prévention auprès de leurs patients, évitant ainsi plusieurs complications de santé coûteuses au système de santé²². Le nombre inférieur d'heures travaillées par année par les femmes

¹⁵ Collège des médecins du Québec. *Répartition des médecins selon le groupe d'âge et selon le sexe*. 2022. <http://www.cmq.org/statistiques/age-et-sexe.aspx>

¹⁶ Jocelyne Richer, *Exode massif en vue des médecins vers la retraite*, La Presse, 17 octobre 2021, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-17/exode-massif-en-vue-des-medecins-vers-la-retraite.php>

¹⁷ Francis Vailles, *Autant d'heures de travail, moins de patients*, La Presse Plus, 31 août 2017, https://plus.lapresse.ca/screens/3c2ad33c-6915-4c57-b496-9811b8dcb58__7C__0.html

¹⁸ Association médicale canadienne, *CMA Physician Workforce Survey, 2017. National Results by FP/GP or Other Specialist, Gender, Age, and Province/Territory*, 2017, https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Physician%20Data/CMA_Survey_Workforce2017_Q13_WorkHrs-e.pdf

¹⁹ Francis Vailles, *Autant d'heures de travail, moins de patients*, La Presse Plus, 31 août 2017, https://plus.lapresse.ca/screens/3c2ad33c-6915-4c57-b496-9811b8dcb58__7C__0.html

²⁰ Association médicale canadienne, *Équité et diversité en médecine*, 1er décembre 2020, <https://www.cma.ca/fr/carrefour-du-bien-etre-des-medecins/contenu/equite-diversite-pour-les-femmes-medecins>

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

médecins comparativement à leurs collègues masculins laisse croire qu'il s'agit d'un changement de valeurs à l'échelle de la société plutôt qu'une conséquence de la féminisation de la profession médicale.

Infirmières

Bien que les infirmières souffrent également de la pénurie de main-d'œuvre, leur situation s'explique par des facteurs différents de ceux des médecins.

D'emblée, on observe une grande variabilité inter-régionale dans les effectifs infirmiers. À titre de référence, le ratio moyen d'infirmières par 1000 habitants au Québec pour l'année 2020-2021 est de 7,62, soit un ratio plus favorable que la moyenne canadienne de 7,02²³. Toutefois, en comparaison avec la région de Montréal qui possède un ratio de 10,33 infirmières par 1000 habitants, la région de Lanaudière doit se débrouiller avec 4,93 pour 1000, soit environ la moitié²⁴. L'Outaouais (5,09), la Montérégie (5,18), les Laurentides (5,29) et Laval (5,49) sont également aux prises avec un faible ratio infirmière par habitant²⁵. Les unités de soins intensifs, d'urgence, de bloc opératoire et d'obstétrique figurent parmi les secteurs les plus affectés par la pénurie de main-d'œuvre²⁶.

Outre ces défis de répartition des effectifs sur le territoire, l'enjeu de la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers s'explique principalement par la difficulté à retenir les infirmières, et non à les recruter. Les infirmières font face à des conditions de travail reconnues comme difficiles, en particulier en raison du recours au temps supplémentaire obligatoire (TSO), qui est très prisé dans plusieurs établissements du réseau de la santé québécois encore à ce jour. Sous cette contrainte, les infirmières doivent souvent travailler des quarts de travail de 16 heures par jour, et ce, parfois plusieurs journées d'affilée. À titre d'exemple, le Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec signale que ses installations ont eu recours au TSO environ 377 fois entre le 15 novembre et le 5 décembre 2021²⁷. Au sein du même établissement, les infirmières ont dû travailler 183 040 heures en temps supplémentaire pendant l'année 2021, représentant 4,18% de l'ensemble des heures totales au travail²⁸. La situation va de mal en pis dans d'autres régions du Québec, où 10 à 15% des heures travaillées le sont en temps supplémentaire²⁹. On retrouve parmi ces établissements le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de Montréal où les infirmières ont travaillé 500 000 heures en temps supplémentaire en 2020, dont 22 900 de celles-ci en TSO, représentant un taux de 16% des heures travaillées totales³⁰. Non seulement cette charge de travail excessive décourage les infirmières, elle les convainc également de ne pas prêter main forte lorsque les gestionnaires manquent de personnel, renforçant ainsi le cercle vicieux du recours au TSO.

Les contextes d'imposition du TSO se sont multipliés durant la pandémie de Covid-19, avec 26% des travailleurs ayant fait des heures supplémentaires. Les membres du personnel infirmier sont parmi les plus durement touchés, passant de 6,6 heures hebdomadaires surajoutées en avril 2019 à 9,7 heures en

²³ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec* 2021. https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf

²⁴ La Presse canadienne, *Le nombre d'infirmières s'accroît au Québec malgré la pénurie et les conditions difficiles*, 1 novembre 2021. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1836303/infirmieres-nombre-accroit-malgre-penurie-conditions-difficiles>

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Gabrielle Duchaine, *Des centaines de milliers d'heures supplémentaires*, La Presse, 13 octobre 2021. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-13/tso-deguise/des-centaines-de-milliers-d-heures-supplementaires.php#>

²⁷ Louis Gagné, *Le recours aux heures supplémentaires obligatoires persiste au CHU de Québec*, Radio-Canada, 9 décembre 2021. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1846177/recours-heures-supplementaires-obligatoires-tso-infirmieres-chu-quebec-syndicat-fiq-ministre-sant-e-christian-dube>

²⁸ Gabrielle Duchaine, *Des centaines de milliers d'heures supplémentaires*, La Presse, 13 octobre 2021.

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-13/tso-deguise/des-centaines-de-milliers-d-heures-supplementaires.php#>

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*

avril 2020 et jusqu'à 10,3 heures en mai 2020³¹. Ajoutons au constat général un niveau d'absentéisme nettement supérieur comparativement à d'autres secteurs d'emploi, et ce depuis de nombreuses années. Déjà en 2010, 7,4% de toutes les infirmières qui œuvrent dans le système public canadien sont absentes chaque semaine pour cause de blessure ou de maladie. Les infirmières cliniciennes à temps plein ont un taux d'absentéisme 80% plus élevé que celui de la main-d'œuvre générale canadienne également considérée à temps plein (8.1% vs. 4.5%)³².

L'absentéisme est donc une cause non-négligeable de réduction d'effectifs infirmiers disponibles et par le fait même, du recours grandissant au temps supplémentaire³³. Depuis la pandémie, le ratio d'heures payées en assurance salaire aurait dépassé les seuils pré-pandémiques. Bien que les absences dues à la pandémie ne puissent être isolées des totaux, il est supposé que les causes de l'absentéisme croissant soient multiples et découlent entre autres des conditions de travail difficiles³⁴.

En contrepartie, selon les données du MSSS, le nombre d'heures confiées aux agences de placement a presque doublé depuis le début de la pandémie. Ceci représenterait 13,6 millions d'heures, l'équivalent de 7500 postes infirmiers à temps plein. Le taux horaire maximal pour une infirmière d'agence est plafonné à 75\$. Certaines agences arrivent toutefois à contourner ce plafond en facturant « temps et demi » ou « temps double ».³⁵ Pourtant, le salaire horaire d'une infirmière hors-agence se situe entre 24,08\$ et 39,00\$ en fonction de son échelon salarial selon les données de la FIQ.³⁶ Ainsi, une infirmière d'agence coûte plus cher au système de santé qu'une infirmière à temps plein lorsque les établissements publics doivent y recourir. De façon concomitante, le nombre d'infirmières d'agence est en augmentation beaucoup plus rapide comparativement au recrutement de celles du réseau public de la santé et des services sociaux, occasionnant ainsi un écart grandissant entre les ressources humaines disponibles au public et au privé.³⁷

En amont des effectifs sur le terrain, on observe également que les inscriptions dans les programmes collégiaux de soins infirmiers ont chuté ces dernières années. De 2014 à 2018, les inscriptions ont baissé de 22% dans la région de Montréal et de 17% dans la région de Québec, signifiant que cette baisse était déjà observable avant la pandémie³⁸. À noter qu'on dénote toutefois une augmentation de 15 points de pourcentage au cours des 20 dernières années du nombre d'infirmières détenant un diplôme universitaire en sciences infirmières au Québec, ce qui pourrait expliquer la diminution au niveau collégial, certaines infirmières préférant passer par un programme collégial préuniversitaire suivi du baccalauréat.

³¹ Statistique Canada, *Heures supplémentaires travaillées par le personnel professionnel en soins infirmiers pendant la pandémie de Covid-19*, 1er septembre 2020, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00074-fra.htm>

³² *Ibid.*

³³ Sharla Drebit et al., *Trends and Costs of Overtime among Nurses in Canada*. dans *Health Policy* 96, no. 1 (2010): 28. DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.12.016

³⁴ Isabelle Paré, *Le taux d'absence maladie chez les infirmières atteint un sommet*, *Le Devoir*, 29 octobre, 2021.

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/643758/covid-19-le-taux-d-absence-maladie-chez-les-infirmieres-atteint-un-sommet>

³⁵ Daniel Boily et David Gentile, *Jusqu'à 150 \$ L'heure Pour Du Personnel Infirmier D'agences Au Québec*, *La Presse*, 2 décembre, 2020,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1754101/personnel-infirmier-agences-couts-pandemie-horaires>.

³⁶ Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec, *Échelles Salariales Et Nomenclature Des Titres D'emploi*, 2021. fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/fiq_salaires-et-nomenclature-2021-2023_signets_fr.pdf?download=1.

³⁷ Esther Cloutier et al., *Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main d'œuvre* (Étude de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Université de Montréal, 2006), <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RR-475.pdf?v=2022-02-19>

³⁸ Caroline St-Pierre, *Études en soins infirmiers: baisse marquée des demandes d'admission*, *La Presse*, 11 mars 2018,

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201803/11/01-5156873-etudes-en-soins-infirmiers-baisse-marquee-des-demandes-dadmission.php>

Préposés aux bénéficiaires

La pénurie de main-d'œuvre chez les préposés aux bénéficiaires (PAB) précède la pandémie de COVID-19, bien que le manque de préposés dans les CHSLD au plus fort de la première vague a marqué l'imaginaire collectif québécois. Déjà en 2019, le gouvernement du Québec souhaitait recruter plus de 32 500 préposés aux bénéficiaires en 5 ans pour faire face à la pénurie et aux besoins de main-d'œuvre grandissants en CHSLD en lien avec le vieillissement de la population³⁹. En février 2020, un mois avant la pandémie, le MSSS publiait un *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et de services sociaux*⁴⁰. Selon ce document, le Québec comptait 41 563 PAB en date du 31 mars 2019, soit une augmentation de 0,85% des effectifs en comparaison à l'année précédente. Environ 30% des PAB avaient moins de 30 ans tandis que 20% des PAB avaient atteint à l'âge de la retraite⁴¹. Par ailleurs, le taux de rétention des PAB dans le système de santé après 1 an de travail était de seulement 51% en moyenne pour les années 2014 à 2019. Toujours selon ce document gouvernemental, les taux d'absentéisme étaient en hausse depuis les 5 dernières années, avec des ratios d'absentéisme pour les arrêts de travail et les accidents de travail plus élevés chez les PAB que chez l'ensemble des salariés du réseau de la santé et des services sociaux⁴².

La pandémie a précipité l'augmentation du taux d'absentéisme chez les PAB, notamment parce que plusieurs d'entre eux étaient exténués par les conditions de travail difficiles ou avaient attrapé la COVID⁴³. À la suite de la première vague de la pandémie, le gouvernement du Québec a donc mis en place un programme de formation rapide visant un recrutement de 10 000 PAB dans le réseau public, nécessaires au bon fonctionnement des CHSLD et pour maintenir les soins aux aînés. À l'échelle du Québec, c'est toutefois 967 des quelques milliers des PAB qui ont suivi la formation accélérée qui ont déjà remis leur démission en date de la mi-septembre 2021, tandis que 8 449 étaient toujours à l'emploi⁴⁴. Les contrats d'un an de beaucoup de PAB arriveront prochainement à échéance, ce qui laisse présager qu'une autre vague de départs chez les PAB ayant suivi la formation accélérée aura lieu⁴⁵. Pour les PAB, le recrutement et la rétention sont tous les deux problématiques, notamment en raison des conditions de travail difficiles et de la mauvaise réputation de cette profession au niveau salarial.

³⁹ Hugo Duchaine, *Plus de 32 000 préposés recherchés*, Le Journal de Montréal, 9 août, 2019, <https://www.journaldemontreal.com/2019/08/09/plus-de-32000-preposes-recherches>

⁴⁰ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux*, Février 2020, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*

⁴³ Fanny Lévesque, *Au bout d'un moment c'est intenable*, La Presse, 16 octobre 2021, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-16/preposes-aux-beneficiaires/au-bout-d-un-moment-c-est-intenable.php>

⁴⁴ Cassandra Nadeau-Lamarche, *Des préposés qui avaient suivi la formation accélérée envisagent de démissionner*, Radio-Canada, 14 septembre 2021, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1824179/preposee-aux-beneficiaires-chsld-formation-accelere-un-an>

⁴⁵ *Ibid.*

ÉTAT DE SANTÉ DES TRAVAILLEURS

Médecins

La culture de performance dans laquelle les médecins évoluent a des conséquences sur leur qualité de vie et leur santé. Selon les études, la santé physique des médecins est meilleure que celle de la moyenne de la population, mais le risque de maladie mentale et de suicide chez ces professionnels est considérablement plus élevé⁴⁶. Depuis quelques années, le suicide chez les médecins attire de plus en plus l'attention. La prévalence de ce problème est 1 à 1,5 fois plus élevée chez les hommes médecins, et 2 à 4 fois plus élevée chez les femmes médecins⁴⁷. Certaines hypothèses ont été avancées à ce sujet. Entre autres, le profil des patients rend la pratique de plus en plus complexe et l'introduction rapide de nouvelles technologies et de techniques rend les conditions de travail laborieuses pour plusieurs⁴⁸. Nous savons aussi qu'une combinaison d'un environnement de travail difficile et des traits de personnalité communs aux médecins peuvent entraîner des niveaux élevés de stress et d'épuisement professionnel⁴⁹. À leur tour, le stress et l'épuisement peuvent générer un état dépressif et parfois même conduire au suicide.

Selon le sondage de l'Association médicale canadienne (AMC) réalisé en 2019, 74,9% des médecins québécois étaient satisfaits de leur vie professionnelle. Cependant, seulement 47,2% étaient satisfaits de l'équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle⁵⁰. La première vague de COVID-19 a chamboulé ces statistiques: 44% des médecins québécois disaient ressentir des symptômes témoignant d'un degré modéré ou élevé d'anxiété, selon les résultats préliminaires d'une étude menée dans quatre provinces canadiennes⁵¹. Selon une seconde étude effectuée pendant la pandémie, ce sont 60% des médecins urgentistes qui ont souffert d'épuisement professionnel élevé durant la deuxième vague de la COVID, alors qu'ils étaient 20% durant la première vague. 53% des répondants de cette étude souffraient également de dépersonnalisation, c'est-à-dire qu'ils étaient détachés ou indifférents à leurs tâches et incapables d'exercer l'empathie et l'écoute nécessaire à leur travail⁵². Les médecins en première ligne et impliqués directement dans les soins aux patients COVID n'ont donc pas été épargnés par la surcharge de travail engendrée par la pandémie. Dre Anne Magnan, directrice générale du programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ), ajoute que les médecins sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale et plusieurs tardent à aller chercher de l'aide⁵³.

Infirmières

Au sujet de l'état de santé du personnel infirmier, les sources abondent quant à l'objectivation de l'épuisement physique et professionnel auquel ils sont sujets. Selon l'enquête 5340 de Statistique Canada,

⁴⁶ Elliot, L., Tan, J. & Norris S. *The Mental Health of Doctors: A Systematic Literature Review. Beyondblue: The National Depression Initiative*, (2010) 144 p.

⁴⁷ Jodie Eckleberry-Hunt et David Lick, *Physician Depression and Suicide: A Shared Responsibility*. dans « Teaching and Learning in Medicine », (2015) 27(3), 341-345.

⁴⁸ Catherine M. Kuhn et Ellen M. Flanagan, *Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide*. dans « Canadian Journal of Anesthesiology », (2017) no64, 158-168.

⁴⁹ Elliot, L., Tan, J. & Norris S. *The Mental Health of Doctors: A Systematic Literature Review. Beyondblue: The National Depression Initiative*, (2010) 144 p.

⁵⁰ Association médicale canadienne, *Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical, 2019. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, genre, âge, et province ou territoire*, 2019.

https://surveys.cma.ca/viewer?file=%2Fmedia%2FSurveyPDF%2FCMA_Survey_Workforce2019_Q15_Work_Setting-f.pdf#page=1

⁵¹ Marie-Ève Cousineau, *Anxiété généralisée parmi les professionnels de la santé*, Le Devoir, 26 novembre 2020,

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/590464/coronavirus-anxiete-generalisee-en-sante>

⁵² Jean Haman, *COVID-19: l'épuisement professionnel a frappé 60% des médecins d'urgence*, Université Laval - Nouvelles, 22 février 2022,

<https://nouvelles.ulaval.ca/2022/02/22/covid-19-lepuisement-professionnel-a-frappe-60-des-medecins-durgence-32316f1f3e60d2490319fd86ec3108a6>

⁵³ La Presse canadienne, *La pandémie met à rude épreuve la santé mentale des médecins, selon une étude*, Radio-Canada, 22 janvier 2022,

<https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/le-15-18/segments/entrevue/338778/suicide-travailleurs-sante-covid-19-coronavirus>

75% du personnel infirmier canadien ont noté une détérioration de leur santé mentale depuis mars 2020⁵⁴. Parmi ceux qui ont répondu au questionnaire, 37% ont également déclaré leur santé mentale comme étant « passable/mauvaise »⁵⁵. De façon concomitante, la principale source de stress extrême identifiée par les infirmières est le manque de personnel⁵⁶.

Le constat est sans équivoque : 36,4% des infirmières ont reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur au Canada dans les deux années précédant les débuts de la pandémie en mars 2020. Le taux s'élevait à 29,3% pour la proportion d'infirmières ayant reçu un diagnostic d'épuisement professionnel et à 26,1% pour la proportion du personnel infirmier diagnostiquée avec un trouble d'anxiété généralisé⁵⁷. Ces données sont d'autant plus alarmantes qu'elles se distinguent en gravité des taux observés dans la population générale, mais également par rapport à d'autres professionnels des systèmes publics qui sont en contact avec la population tels que les ambulanciers paramédicaux, les agents correctionnels ou le personnel de sécurité dans les hôpitaux. On constate donc que la santé mentale est un enjeu de longue date chez les infirmières et infirmiers au pays et que la pandémie a été un facteur aggravant pour cette catégorie de soignants.

Préposés aux bénéficiaires

Suite à nos recherches sur la question, il n'existe pas de données nationales sur la santé physique et mentale des préposés aux bénéficiaires (PAB). Nous avons trouvé plusieurs articles qui rapportent de manière anecdotique des témoignages de PAB en épuisement professionnel ou en arrêts de travail en raison des conditions de travail difficiles. Tel qu'illustré ci-dessus, les PAB ont des taux d'absentéisme plus élevés pour des raisons de santé que toute autre profession en santé confondue, ce qui laisse sous-entendre que leur santé physique et mentale est déficiente, sans compter les effets néfastes que la pandémie a pu avoir également. Les institutions syndicales ou gouvernementales devraient s'intéresser davantage à la question de la santé des PAB, notamment afin de comprendre pourquoi les taux d'absentéisme sont si élevés et trouver des solutions pour y remédier.

⁵⁴ Statistique Canada, *La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19*, 2 février, 2021, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.pdf?st=5bhUCLYy>

⁵⁵ Statistique Canada, *La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19*, 2 février 2021, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.pdf?st=5bhUCLYy>

⁵⁶ Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, *Anxiété, dépression, idées suicidaires : une nouvelle étude révèle des degrés pré-pandémiques troublants de maladie mentale chez le personnel infirmier du Canada*, 16 juin 2020.

<https://fcsii.ca/une-nouvelle-etude-revele-des-degrees-troublants-de-maladie-mentale-chez-le-personnel-infirmier-du-canada/>

⁵⁷ Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, *Anxiété, dépression, idées suicidaires : une nouvelle étude révèle des degrés pré-pandémiques troublants de maladie mentale chez le personnel infirmier du Canada*, 16 juin 2020. <https://fcsii.ca/une-nouvelle-etude-revele-des-degrees-troublants-de-maladie-mentale-chez-le-personnel-infirmier-du-canada/>

FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ET POLITIQUES POUVANT EXPLIQUER LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ

Population vieillissante et augmentation de la demande de services

Depuis les dernières années, le Québec est confronté à un vieillissement de sa population et, de façon parallèle, à une augmentation de l'espérance de vie. Selon les données du plus récent rapport démographique de Statistique Canada,⁵⁸ 17,2 % de la population a plus de 65 ans. En comparaison, 16,1% des Canadiens ont entre 0 et 14 ans. Les données de 2018 confirment que la masse démographique des 65 ans et plus est la plus élevée dans l'histoire du Canada.⁵⁹ Ici au Québec, l'Institut de la statistique du Québec a publié en 2019 un rapport prévoyant l'ajout de plus de 1,3 million de personnes au groupe d'âge des 65 ans et plus d'ici les 50 prochaines années.⁶⁰

Le rapprochement entre le vieillissement de la population et la prévalence de la maladie ne sont plus à prouver. Chez les aînés, on note une forte prévalence de multi morbidités, définie par le fait d'avoir au moins 2 maladies chroniques. Cet état se traduit d'ailleurs par « une diminution de la qualité de vie, une augmentation de l'utilisation des services de santé ainsi qu'à un excès de mortalité ».⁶¹ Ces contextes de maladies multiples engendrent de façon concomitante une consommation accrue de traitements pharmacologiques. À cet effet, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a fait paraître en 2020 un portrait de la situation sur la polypharmacie, qui se définit comme l'usage de plus de 5 médicaments différents en une année. La prévalence du phénomène a augmenté de manière significative dans les dernières années chez les 65 ans et plus, passant de 62,0% en 2000 à près de 73% en 2016.⁶² Cette augmentation de l'usage de médicaments va de pair avec la croissance du nombre de patients atteints de maladies chroniques, tel qu'illustré par l'INSPQ : en 2016-2017, 45,0% des Québécois de plus de 65 ans avaient au moins deux maladies chroniques et 27,8% avaient plus de 3 maladies chroniques.⁶³

En parallèle, l'avancement en âge tend à augmenter la demande pour les soins de santé. Selon un rapport du Commissaire à la santé et au bien-être publié en 2014, on observe une baisse du nombre de visites à l'urgence chez la population adulte, à l'exception du groupe des 65 ans et plus pour qui le nombre de visites à l'urgence augmente.⁶⁴ En 2003-2004, une visite sur civière sur cinq (21,3%) était occupée par une personne de 75 ans et plus. En 2012-2013, cette statistique grimpe à une sur quatre (26,5%).⁶⁵ Le rapport prédisait même que 34,1% des visites sur civière seraient imputables aux 75 ans et plus en 2023.

Le vieillissement de la population aura un impact sur la main-d'œuvre disponible dans tous les domaines de travail dont le domaine de la santé, en raison de la disproportion entre la tranche des 20 à 64 ans, majoritaire sur le marché du travail, et les 65 ans et plus, majoritairement à la retraite. Selon le *Bilan 2021 de l'emploi au Québec*, publié par l'Institut du Québec, « le vieillissement de la population continue - et continuera - à restreindre l'offre potentielle de main-d'œuvre alors même que les besoins demeurent

⁵⁸ Statistique Canada, 2019. *Projection démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043)* Canada : Statistique Canada <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2019001-fra.htm>

⁵⁹ Statistique Canada, 2019. *Projection démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043)*.

⁶⁰ Institut de la statistique du Québec. 2019. *Perspective démographique du Québec et des régions, 2016-2066* Québec : Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf>

⁶¹ Alessandra Marengoni et al, *Ageing with multimorbidity: a systematic review of the literature* dans *Ageing research Reviews*. (2011);10(4):430-439.

⁶² Institut national de la santé publique du Québec, *Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016*. (Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2020).

⁶³ Institut national de la santé publique du Québec, *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait de l'année 2016-2017*. (Québec : Institut national de la santé publique du Québec, 2019).

⁶⁴ Commissaire à la santé et au bien-être, *Les urgences au Québec : Évolution de 2003-2004 à 2013-2013*. (Québec : Gouvernement du Québec, 2014).

⁶⁵ *Ibid.*

croissants, entre autres, dans le domaine de la santé »⁶⁶. Selon le même document, « les besoins en main-d'œuvre dans les soins de santé et l'assistance sociale, les services d'enseignement, les technologies de l'information et la construction continueront également de s'intensifier »⁶⁷. Le vieillissement de la population, associé à la hausse du nombre de patients comorbides, contribue donc forcément à l'augmentation de la demande de soins à l'échelle du Québec et à la diminution de la main-d'œuvre disponible.

Facteurs législatifs

Loi 21 en 2009

Intitulée *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, la loi 21 adoptée en juin 2009 redéfinit les champs de compétence des travailleurs de divers domaines sociaux et de santé, allégeant les tâches des uns et confiant de nouvelles responsabilités aux autres, dans le but de moderniser la pratique en santé mentale de chacun. La loi vise plus spécifiquement les psychologues, les travailleurs sociaux, les thérapeutes conjugaux et familiaux, les conseillers d'orientation, les psychoéducateurs, les infirmières, les médecins, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes⁶⁸. Les nouvelles répartitions amenées par le présent projet permettent alors d'allier qualité des soins et efficacité⁶⁹. Cette loi jette les bases de la pratique en interdisciplinarité dans le domaine de la santé mentale, en permettant à divers professionnels de prendre en charge des soins et des actes auparavant exclusifs aux médecins.

Loi 20 en 2015

L'année 2015 marque pour sa part l'adoption de la loi 20, soit la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*. L'objectif de cette loi est de poser des balises afin d'user à bon escient des ressources humaines et financières et d'optimiser l'accès aux médecins de famille ainsi qu'aux médecins spécialistes. Parmi les moyens déployés, on note l'imposition aux omnipraticiens d'un nombre minimum de patients à suivre et aux spécialistes d'une obligation de recevoir en consultation des patients autres qu'à l'urgence. La loi met aussi sur pied un système de prise de rendez-vous. Des amendes et une baisse de rémunération sont prévues par la loi pour tout médecin qui ne se conforme pas aux exigences imposées par celle-ci⁷⁰.

La loi 20 a été amplement critiquée par nombre d'experts, d'organisations de la santé, de travailleurs de la santé et de citoyens. Ces derniers ont remis en question l'impact des restrictions imposées aux médecins sur la qualité des soins offerts, de même que l'effet de vouloir augmenter la productivité des médecins et des autres acteurs du réseau sur la santé physique et mentale des travailleurs. La FMEQ a également soulevé les conséquences des restrictions de pratique sur le recrutement et l'intérêt des étudiants à poursuivre une carrière en médecine de famille.

⁶⁶ Institut du Québec, *Bilan 2021 de l'emploi au Québec*, Février, 2022, <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2022/02/202102-IDO-BILANEMPLOI2021.pdf>

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ Québec. Assemblée nationale. Projet de loi numéro 21, *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, 1ère sess., 39ème législature (2009), <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C28F.PDF>

⁶⁹ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Les impacts de la loi 21*, 2012, <https://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/ot-1212-impacts-de-la-loi-21-fr.pdf?download=1>

⁷⁰ Québec. Assemblée nationale. Projet de loi numéro 20, *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, 1ère sess., 41ème législature (2015), <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C25F.PDF>

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* prévoit la « création, pour chaque région sociosanitaire, d'un établissement régional issu de la fusion des agences de la santé et des services sociaux et de l'ensemble des établissements publics de la région, sauf pour la région de Montréal »⁷¹. Cette loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé en centralisant les pouvoirs administratifs afin d'augmenter « l'efficacité et l'efficacités » du réseau⁷². Cette loi, hautement critiquée au moment de son adoption sous bâillon, continue de l'être 5 ans plus tard⁷³. Certains critiquent notamment la centralisation extrême des moyens de gestion au détriment de l'expertise des travailleurs du réseau qui soutiennent mieux connaître leur établissement et la population qu'ils desservent et par le fait même, être en mesure de mieux répondre aux besoins des patients. L'accès aux données de performance est par ailleurs devenu plus compliqué pour les chercheurs suite à l'adoption de cette loi, notamment avec l'abolition du poste de commissaire à la santé et au bien-être en 2016, poste depuis rétabli en 2020⁷⁴. Pour plusieurs chercheurs et observateurs, cette réforme a favorisé une omerta parmi les travailleurs de la santé qui osent à peine critiquer publiquement les problèmes du système par peur de représailles. Cette omerta est contre-productive au système puisque les travailleurs sont moins portés à prendre des initiatives pour améliorer les soins⁷⁵. En résumé, la loi 10 a eu un impact direct sur la gestion des services de santé en centralisant les soins, au détriment de l'accès et de la qualité de ces derniers pour les patients.

Les travailleurs de la santé sont à la merci des réformes successives du réseau de la santé qui chamboulent leur pratique auprès des patients. La question se pose à savoir si les plans stratégiques du gouvernement, rédigés au 4 ans, manquent de vision à long terme pour le Québec.

⁷¹ Québec, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, adopté le 7 février 2015. Légis Québec,

⁷² Québec, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, adopté le 7 février 2015. Légis Québec,

⁷³ Annabelle Caillou, *La pire réforme de la santé*, Le Devoir, 8 février, 2020,

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/572542/la-pire-reforme-de-la-sante#:~:text=Avec%20son%20projet%20de%20loi,services%20sociaux%20ont%20%C3%A9t%C3%A9%20abolies.>

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Joelle Girard et al., *Québec s'attaquera à l'omertà dans le réseau de la santé*, Radio-Canada, 15 mai, 2020,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1703531/coronavirus-infirmieres-preposes-omerta-sante-quebec-danielle-mccann>

IMPACTS DE LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ

La pénurie de main-d'œuvre en santé, bien qu'exacerbée par la pandémie de COVID-19, occasionne des conséquences dans l'organisation des soins de santé au Québec depuis plusieurs années. Au printemps 2019 par exemple, l'unité d'obstétrique de l'hôpital de La Sarre en Abitibi-Témiscamingue a dû fermer ses portes pendant plus de sept semaines en raison de problèmes d'effectifs⁷⁶. En juin de cette même année, le MSSS a reçu un rapport sur l'accessibilité des services d'obstétriques et de natalité au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue dont « [l]'examen [...] témoigne d'une grande précarité en regard de la disponibilité de main-d'œuvre sur le terrain⁷⁷ ». Des bris de services dans les services obstétriques ont aussi été observés dans les dernières années dans la région du Bas-Saint-Laurent (La Pocatière et Amqui), en Outaouais (à Maniwaki et Shawville), en Gaspésie (à Gaspé et Sainte-Anne-des-Monts) et dans Charlevoix, pour ne nommer que celles-là⁷⁸. Les CHSLD sont aussi affectés par un manque chronique de personnel, comme l'a mentionné la Protectrice du citoyen lors d'une conférence de presse lors du dépôt de son rapport sur la COVID-19 dans les CHSLD⁷⁹.

Accès à un médecin de famille

Présentement, environ 81% des Québécois ont un médecin de famille⁸⁰. Le pourcentage de patients orphelins atteint 36,1% au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.⁸¹ Selon les données de décembre 2019 provenant du Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021, les délais pour avoir accès à un médecin de famille s'allongent, atteignant en moyenne 367 jours pour les personnes vulnérables et 477 jours pour les autres. 800 000 patients figuraient alors sur la liste d'attente du Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), un nombre qui sous-estime le nombre réel de patients orphelins.

Le manque de médecins de famille et de professionnels de première ligne pourrait allonger davantage les listes d'attentes pour avoir accès à un médecin. En effet, si on doit avoir recours à des médecins d'autres spécialités pour faire des suivis chroniques de patients, le délai pour rencontrer ces médecins sera encore augmenté, tel qu'exprimé par Dre Marie-France Raynault, chef du département de médecine sociale et préventive du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)⁸².

En pandémie

Bris de service

Dans son rapport portant sur la COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie,

⁷⁶ Tanya Neveu, *130 km pour accoucher à Rouyn-Noranda : "Est-ce que je vais arriver au bon moment?"*, ICI.Radio-Canada.ca, 17 juin 2021, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1802333/accouchement-rupture-de-services-ville-marie>.

⁷⁷ Sylvain Gagnon, *Mandat de soutien auprès de la direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue portant sur l'accessibilité aux services d'obstétrique et de natalité*, (Juin 2019), https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/accés_info/demandes-accés/2019-2020/2019-2020-366-Document.pdf

⁷⁸ Jocelyne Richer, *Femmes enceintes : bris de service observé dans plusieurs régions*, La Presse, 25 octobre 2019, sect. Santé, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-10-25/femmes-enceintes-bris-de-service-observe-dans-plusieurs-regions>.

⁷⁹ Assemblée nationale du Québec, *Conférence de presse de Mme Marie Rinfret, protectrice du citoyen - dépôt du rapport spécial du protecteur du citoyen: la COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie - Version finale*, 23 novembre 2021, <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-79025.html>.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Accès aux services médicaux de première ligne*, 2020.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/accés-premiere-ligne>,

⁸² Ariane Lacoursière et Henri Ouellette-Vézina, *Étudiants finissants: La médecine familiale boudée*, La Presse, 2 juin 2021, sect. Santé, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-06-02/etudiants-finissants/la-medecine-familiale-boudee.php>.

« le Protecteur du citoyen insiste sur le caractère primordial de la main-d'œuvre comme pierre angulaire de la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à offrir des soins et des services de qualités⁸³ ». La pénurie de main-d'œuvre dont souffre le réseau est la cause de bris de services directs pour la population. Ce qui a changé avec la crise sanitaire, c'est qu'un phénomène jusqu'alors majoritairement présent en régions s'est accentué et répandu à travers la plupart des établissements de santé du Québec⁸⁴. Cette situation a d'ailleurs mené plusieurs hôpitaux à devoir réduire leurs heures d'ouverture ou même complètement délaissé des services par manque de personnel infirmier⁸⁵.

Les milieux ruraux, déjà éprouvés avant la pandémie, n'ont pas fait exception dans les derniers mois. Il y a eu des réductions de services dans de nombreuses régions, notamment sur la Côte-Nord, à Sept-Îles, ou encore au Saguenay-Lac-Saint-Jean à Roberval et à La Baie⁸⁶. Aux Îles-de-la-Madeleine, les coûts anticipés pour l'embauche de main-d'œuvre indépendante pour la prochaine année afin de maintenir leur offre de services s'élèvent à 4,3 M\$, ce qui est 40 fois plus élevé qu'il y a cinq ans⁸⁷.

La crise tend aussi à se rapprocher des grands centres et met à risque plusieurs départements⁸⁸. Les services les plus souvent touchés sont l'urgence, les soins intensifs, les blocs opératoires, l'obstétrique, la néonatalogie et la pédiatrie⁸⁹. Encore une fois, les exemples sont nombreux pour illustrer les bris de services au cours de l'automne 2021. Dans les Laurentides, les urgences ont débordé, les soins intensifs du Centre de services de Rivières-Rouge ont dû fermer ainsi que le service de pédiatrie de l'hôpital de Mont-Laurier⁹⁰. La Mauricie-Centre-du-Québec a dû composer avec la fermeture de salles d'opération, des heures d'échographie et de radiographies diminuées, ainsi que des lits en surveillance cardiaque en moins⁹¹. Il y a également des exemples semblables sur la Rive-Sud, en Montérégie, sur l'île de Montréal et à Québec⁹². Dans tous les cas mentionnés ci-dessus, le manque de personnel explique ou a empiré la situation⁹³.

Tel que mentionné, un peu partout à travers la province, les soins intensifs, les urgences et les départements d'obstétriques sont en situations précaires, voire critiques, mais aussi les CHSLD. Ils ont été les milieux les plus affectés de la pandémie au Québec avec l'hécatombe qui s'y est produite, pour reprendre l'expression communément utilisée dans les médias⁹⁴. Il y a eu près de 4000 morts dans ces milieux de vie lors de la première vague, affectant jusqu'à 40% des résidents dans certains centres⁹⁵⁹⁶. Selon le Protecteur du citoyen dans son rapport sur la COVID-19, dans les CHSLD durant la première

⁸³ Protecteur du citoyen, *Rapport spécial du Protecteur du citoyen | La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie : cibler les causes de la crise, agir, se souvenir* (Québec: Protecteur du citoyen, 23 novembre 2021),

<https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/rapport-special-chsld-premiere-vague-covid-19.pdf>.

⁸⁴ Émilie Bilodeau et Katie Gagnon, *Ruptures de services: C'est pire que jamais*, La Presse, 22 septembre 2021,

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-22/ruptures-de-services/c-est-pire-que-jamais.php>.

⁸⁵ Émilie Bilodeau et Ariane Lacoursière, *Deux hôpitaux détournent les ambulances de leurs urgences*, La Presse, 16 septembre 2021,

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-16/manque-de-personnel/deux-hopitaux-detournent-les-ambulances-de-leurs-urgences.php>

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ Isabelle Rose, *Un plan de redressement budgétaire de 2,5 M\$ au CISSS des Îles*, Radio-Canada.ca, 26 octobre 2021,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1834732/plan-redressement-equilibre-budgetaire-ciass-des-iles-nouvellepdg-sophie-doucet>.

⁸⁸ Émilie Bilodeau et Katie Gagnon, *Ruptures de services: C'est pire que jamais*, La Presse, 22 septembre 2021,

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-22/ruptures-de-services/c-est-pire-que-jamais.php>.

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ *Ibid.*

⁹² *Ibid.*

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ Ariane Lacoursière et Francis Vailles, *Les CHSLD de l'hécatombe*, La Presse, 28 juin 2020,

<https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-28/les-chsld-de-l-hecatombe.php>.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Protecteur du citoyen, *Rapport spécial du Protecteur du citoyen | La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie : cibler les causes de la crise, agir, se souvenir*, (Québec: Protecteur du citoyen, 23 novembre 2021),

<https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/rapport-special-chsld-premiere-vague-covid-19.pdf>.

vague de la pandémie, cette situation a été notamment causée par le manque d'équipements, la préparation à la pandémie centrée sur les hôpitaux et les bris de services dûs à la pénurie de main-d'œuvre⁹⁷.

À l'automne 2021, le gouvernement du Québec voulait instaurer une obligation vaccinale contre la COVID-19 pour le personnel de la santé. Face à la réalité que cela entraînerait 127 bris de services supplémentaires, le gouvernement du Québec a dû faire marche arrière⁹⁸.

Délestage

Afin d'éviter les bris de services imprévus et l'épuisement du personnel soignant engendré par la pandémie de COVID-19 entre autres, les hôpitaux ont eu l'obligation de délester certains services de santé pour prioriser les traitements vitaux et urgents⁹⁹. Des chirurgies ont donc été annulées ou repoussées et les listes d'attentes se sont allongées¹⁰⁰.

Au Québec, le plan de délestage comprend 4 niveaux d'alerte qui ont varié tout au long de la pandémie selon la situation épidémiologique¹⁰¹. Le 22 décembre 2021, le niveau est passé à 3 sur 4 dans les hôpitaux du Québec, signifiant que les opérations non urgentes ont été reportées¹⁰². Ceci représente une diminution d'environ 50% des chirurgies, en ne comptant pas les chirurgies urgentes d'oncologie ou de cardiologie, par exemple¹⁰³. Afin de minimiser les conséquences du délestage, le gouvernement du Québec a d'ailleurs annoncé le 28 décembre 2021 que certains travailleurs de la santé ayant contracté la COVID-19, mais qui ne présentent pas de symptômes, peuvent retourner au travail¹⁰⁴. En plus des chirurgies, plusieurs CIUSSS ou CIUSSS ont délesté d'autres services au cours de la crise sanitaire, tels que les activités de néonatalogie à l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie ou encore les services d'urgence un peu partout au Québec.^{105, 106}

En janvier 2021, le Ministère a publié un Guide d'aide à la décision pour le délestage d'activités cliniques afin d'aider les dirigeants des établissements¹⁰⁷. Dans ce guide, il est mentionné que « les conséquences du délestage d'activités sont plus difficiles à quantifier que les conséquences de la COVID-19, bien qu'elles soient tout aussi réelles¹⁰⁸ ». Il était aussi écrit que « les patients NON-COVID-19 peuvent à moyen long

⁹⁷ Ariane Lacoursière et Francis Vailles, *Les CHSLD de l'hécatombe*, La Presse, 28 juin 2020, <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-28/les-chsld-de-l-hecatombe.php>.

⁹⁸ Marie-Michèle Sioui, *Québec recule pour de bon sur la vaccination obligatoire en santé*, Le Devoir, 4 novembre 2021, <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/644769/point-de-presse-dube-vaccination>.

⁹⁹ Fanny Lévesque, *Pénurie de main-d'œuvre en santé: Ruptures de services et délestage en vue cet automne*, La Presse, 14 septembre 2021, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-14/penurie-de-main-d-oeuvre-en-sante/ruptures-de-services-et-delestage-en-vue-cet-automne.php>.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Coralie Laplante, *Délestage dans les hôpitaux: « On est dans l'angoisse »*, La Presse, 26 décembre 2021, <https://www.lapresse.ca/actualites/2021-12-26/delestage-dans-les-hopitaux/on-est-dans-l-angoisse.php>.

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ Thomas Gerbet et al., *Chirurgies réduites de 50 %, Québec passe au niveau supérieur du délestage: Toutes les régions sont concernées par le nouveau plan. Sur le terrain, les annulations d'opérations ont débuté*, Radio-Canada, 21 décembre 2021, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1849307/covid-omicron-chirurgies-urgences-hopitaux-lits>.

¹⁰⁴ Florence Morin-Martel, *Des travailleurs de la santé positifs, mais asymptomatiques, au travail*, La Presse, 28 décembre 2021, <https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-12-28/des-travailleurs-de-la-sante-positifs-mais-asymptomatiques-au-travail.php#>.

¹⁰⁵ Fanny Lévesque, *Pénurie de main-d'œuvre en santé: Ruptures de services et délestage en vue cet automne*, La Presse, 14 septembre 2021, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-14/penurie-de-main-d-oeuvre-en-sante/ruptures-de-services-et-delestage-en-vue-cet-automne.php>.

¹⁰⁶ CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, *Plan de délestage des activités de néonatalogie de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie*, 26 avril 2021, https://ciussmccq.ca/Content/Client/Librairie/Documents/COVID-19/Personnel/Reorganisation/2021-04-26_NS_delestage_activites_neonat_HCM.pdf

¹⁰⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide d'aide à la décision pour le délestage d'activités cliniques - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Directives COVID-19, 12 janvier 2021, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002858/?&index=directives-covid-19&date=DESC&sujet=delestage&critere=sujet>.

¹⁰⁸ *Ibid.*

terme en venir à subir des préjudices similaires ou supérieurs à ceux des personnes atteintes de la COVID-19¹⁰⁹ ».

Selon l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux, plus de 24 000 examens médicaux étaient en attente d'être effectués en septembre 2021¹¹⁰. Selon les données du début de décembre 2021, environ 19 000 personnes patientent sur la liste d'attente pour une chirurgie depuis plus d'un an alors que le taux d'activités chirurgicales moyen plafonne à 85-90% depuis plusieurs mois¹¹¹. Avant la pandémie, ce nombre était de 2600 patients¹¹². Actuellement, il y a près de 150 000 personnes sur la liste d'attente pour une opération¹¹³. Ce sont donc 12% de ces derniers qui attendent depuis plus d'un an, chiffre qui monte même à 22% dans certaines régions comme Lanaudière et l'Outaouais¹¹⁴.

Le gouvernement du Québec s'est engagé à ce que 90% des opérations se réalisent à l'intérieur de 6 mois et 90% des chirurgies oncologiques à l'intérieur de 4 semaines¹¹⁵. Il y a toutefois présentement plus de 52 000 patients qui attendent depuis plus de 6 mois, soit le tiers de tous les patients¹¹⁶. Les délais recommandés sont significativement dépassés. Une analyse des données au Canada entre avril et septembre 2020 a toutefois montré que les interventions urgentes telles que la radiothérapie ou la réparation d'une fracture de la hanche sont effectuées dans des délais raisonnables¹¹⁷. Le temps d'attente pour les chirurgies de cancer s'est légèrement amélioré, mais le nombre d'interventions a diminué¹¹⁸.

Le gouvernement du Québec s'était donné des objectifs pour rattraper les retards en chirurgie, mais ceux-ci n'ont pu être atteints à cause de la montée des cas de COVID-19 et de la pénurie de main-d'œuvre¹¹⁹. Le ministre des Finances du Québec a par contre dévoilé en novembre 2021 qu'un montant de 804 millions de dollars sera alloué à un plan échelonné jusqu'en 2024 visant à réduire la liste d'attente des chirurgies¹²⁰. Des mesures d'épuration de ces listes sont également effectives depuis le 2 novembre dernier¹²¹. En effet, les patients qui refusent deux fois l'intervention sont maintenant enlevés de cette liste d'attente¹²². La pertinence de cette mesure est toutefois remise en doute puisqu'au Québec, ce serait surtout le manque de personnel, de lits disponibles aux soins intensifs et de personnels soignants disponibles qui sont responsables des délais¹²³.

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ Émilie Bilodeau et Katie Gagnon, *Ruptures de services: C'est pire que jamais*, La Presse, 22 septembre 2021,

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-22/ruptures-de-services/c-est-pire-que-jamais.php>.

¹¹¹ David Gentile et Daniel Boily, *Québec presse ses hôpitaux de réduire les listes d'attente en chirurgie*, Radio-Canada, 1 décembre 2021,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1843956/ministere-sante-hopitaux-reduction-liste-19-000-patients-attente>.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ Gouvernement du Québec, *Accès aux chirurgies par région et pour l'ensemble du Québec - En attente*, 4 décembre 2021,

<https://g74web.pub.msss.rtss.qc.ca/SommaireAttente.asp>

¹¹⁴ David Gentile et Daniel Boily, *Québec presse ses hôpitaux de réduire les listes d'attente en chirurgie*, Radio-Canada, 1 décembre 2021,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1843956/ministere-sante-hopitaux-reduction-liste-19-000-patients-attente>.

¹¹⁵ Gouvernement du Québec, *Accès aux services médicaux spécialisés - Volet chirurgie*, Ministère de la Santé et Services sociaux, 4 décembre 2021,

<https://g74web.pub.msss.rtss.qc.ca/>.

¹¹⁶ Tommy Chouinard et al., *Liste d'attente pour une opération: Malgré les efforts, les retards s'accroissent*, La Presse, 30 octobre 2021,

<https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-10-30/liste-d-attente-pour-une-operation/malgre-les-efforts-les-retards-s-accumulent.php>

¹¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé, *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2021 : regard sur les 6 premiers mois de la pandémie de COVID-19*. (Ottawa, ON, juin 2021),

<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/wait-times-chartbook-priority-procedures-in-canada-2016-2020-fr.pdf>.

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ Tommy Chouinard et al., *Liste d'attente pour une opération: Malgré les efforts, les retards s'accroissent*, La Presse, 30 octobre 2021,

<https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-10-30/liste-d-attente-pour-une-operation/malgre-les-efforts-les-retards-s-accumulent.php>

¹²⁰ David Gentile et Daniel Boily, *Québec presse ses hôpitaux de réduire les listes d'attente en chirurgie*, Radio-Canada, 1 décembre 2021,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1843956/ministere-sante-hopitaux-reduction-liste-19-000-patients-attente>.

¹²¹ Isabelle Paré et Marie-Ève Cousineau, *Québec épure les listes d'attente en chirurgie*, Le Devoir, 17 novembre 2021,

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/647895/sante-quebec-epure-les-listes-d-attente-en-chirurgie>

¹²² *Ibid.*

¹²³ *Ibid.*

La qualité des soins aux patients est malheureusement l'un des aspects les plus affecté par le manque de personnel clinique dans les milieux de soins. On observe d'ailleurs un lien direct entre l'utilisation systématique du temps supplémentaire travaillé par les soignants, hautement prévalent dans les dernières années, et le taux de mortalité des patients. Pour chaque augmentation de 5% de la proportion d'heures supplémentaires travaillées, le risque de mortalité des patients s'accroît de 3%¹²⁴. Également, à chaque augmentation du pourcentage d'heures travaillées par du personnel moins qualifié, on augmente le risque de mortalité de 5%.¹²⁵

Les anecdotes sont nombreuses concernant les conséquences fatales du manque d'effectifs médicaux et infirmiers dans les milieux cliniques. Par exemple, au début 2020, un homme qui n'a pas été réanimé en temps opportun est décédé, suite à quoi l'enquête du Protecteur du citoyen a révélé que « le manque de médecins et la pénurie de personnel infirmier doivent être pris en compte dans la recherche de solutions »¹²⁶. Par ailleurs, d'après un sondage national mené par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 82% des professionnels de la santé répondants estiment que la dégradation de l'état de leurs patients est attribuable au retard dans les diagnostics et les traitements. En effet, « deux tiers des patients atteints d'une maladie du cœur ou des séquelles d'un AVC » ont eu un report ou une annulation de rendez-vous durant la pandémie¹²⁷. De manière plus générale, entre août et décembre 2020, plus de 4000 décès non liés à la COVID-19 sont dus au report d'interventions¹²⁸.

La pénurie de main-d'œuvre qui sévit dans le réseau de la santé a aussi un impact non négligeable sur la santé mentale des citoyens, notamment des aînés en CHSLD. Certains résidents des CHSLD rapportent se sentir abandonnés par les soignants¹²⁹, un sentiment exacerbé par l'impossibilité pour les proches aidants et des familles de venir au chevet des aînés lors de la pandémie avec l'adoption de l'arrêté ministériel. Cette augmentation de la détresse psychologique des aînés survient dans un contexte où le manque de personnel, incluant les médecins en CHSLD ou en RPA, est criant. Du côté des soins à domicile, les investissements insuffisants en services médicaux et infirmiers nuisent également à la santé mentale des personnes proches aidantes épuisées, « faute de personnel pour les secourir »¹³⁰.

La santé mentale des jeunes a également été frappée de plein fouet par la pandémie. Selon l'étude menée en septembre 2020 par Dre Mélissa Généreux, c'est 1 adulte sur 5 qui aurait présenté des symptômes d'anxiété ou de dépression majeure durant la pandémie, des chiffres notablement plus élevés qu'en période prépandémique¹³¹. Dans certains cas, les jeunes ont également été orientés vers des infirmières ou travailleurs sociaux pour prendre en charge leur détresse alors que « les ressources en santé mentale sont déjà saturées »¹³². De plus, faute d'un manque de personnel, la fermeture de nombreuses ressources

¹²⁴ Caroline Dubois., *La pénurie d'infirmières augmente le risque de mortalité des patients*, Université de Sherbrooke, 9 mai 2016, <https://www.usherbrooke.ca/actualites/nouvelles/details/31735>

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ Protecteur du citoyen, *Rapport annuel d'activités 2020-2021*, septembre, 2021, https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2020-2021-protecteur-rapport-annuel.pdf.

¹²⁷ Gabrielle Drumond, *Les personnes atteintes de maladie du cœur plus à risque à cause de la pandémie*, ICI Radio-Canada, 1^{er} novembre, 2021, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1836172/diagnostic-traitement-maladie-cardiaque-sondage>.

¹²⁸ Association médicale canadienne, *Un système en difficulté : comprendre les répercussions de la pandémie sur les soins de santé*, novembre, 2021, <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/health-advocacy/Deloitte-report-nov2021-FR.pdf>.

¹²⁹ Gabrielle Duchaine et al., *Est-ce qu'on va avoir assez de monde?* », La Presse, 5 octobre, 2021, <https://www.lapresse.ca/actualites/enquetes/2020-10-05/covid-19/est-ce-qu-on-va-avoir-assez-de-monde.php>.

¹³⁰ "Protecteur du citoyen, *Rapport spécial du Protecteur du citoyen | La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie : cibler les causes de la crise, agir, se souvenir* (Québec: Protecteur du citoyen, 23 novembre 2021), <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/rapport-special-chsld-premiere-vague-covid-19.pdf>.

¹³¹ Radio-Canada, *Les Québécois frappés de plein fouet par l'anxiété et la dépression pendant la pandémie*, Radio-Canada, 29 septembre, 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1737527/depression-anxiete-pandemie-etude-universite-sherbrooke>

¹³² Véronique Lauzon, *Les jeunes broient du noir*, La Presse, 22 octobre, 2020, https://plus.lapresse.ca/screens/68ce91e8-f68e-4d33-9609-35a54b865a62_7C_0.html.

d'hébergement pour la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale grave comme la schizophrénie a apporté un stress majeur pour les proches de ces patients vulnérables¹³³.

Avec les 75 postes vacants à la résidence en médecine familiale au jumelage 2021, le manque de médecins de famille au Québec ne sera certainement pas sans conséquences. Comme les médecins de famille ne travaillent pas seulement en cabinet, mais aussi en CHSLD, dans les CLSC, dans les urgences, les unités d'hospitalisation, en maintien à domicile, en obstétrique et en gériatrie, ce sont tous les patients de tous ces secteurs qui en pâtissent.

¹³³ Fannie Bussières McNicoll, *Manque de fonds en santé mentale : le milieu communautaire lance un cri du c eur*, ICI Radio-Canada, 13 décembre, 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1756503/crise-fonds-sante-mentale-communautaire>

PERSPECTIVE ÉTUDIANTE SUR LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ

La pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de santé au Québec touche directement les étudiants en médecine actuellement à l'externat, c'est-à-dire, dans leur portion de formation dédiée à l'immersion clinique. Un sondage a été partagé aux externes des quatre facultés de médecine québécoises pour sonder l'impact réel de la pénurie sur le quotidien des étudiants. Au total, 108 étudiants ont participé au sondage, avec une majorité de répondants provenant de l'Université de Montréal. Les étudiantes de sexe féminin ont également davantage répondu soit à 76%¹³⁴. Nous ne pouvons pas exclure la possibilité que les résultats sur la santé physique et mentale soient teintés par les effets de la pandémie. Cependant, les données sur la santé mentale des sondages antérieurs de la FMEQ tendent à corroborer les données présentées ci-dessous.

Santé des étudiants

La santé des étudiants a été sondée pour évaluer de manière globale le bien-être des stagiaires en médecine. Le premier volet évalué est celui de la santé physique. Le sondage révèle qu'un étudiant sur cinq ne fait jamais d'exercice physique. Lorsque questionnés sur les facteurs qui empêchent ou limitent leur activité physique, les externes mentionnent que le facteur principal est le manque de temps (87%) suivi du manque d'énergie (76%). Le manque de temps est également le facteur principal qui limite l'alimentation saine chez les étudiants. Bien que les étudiants mentionnent que leur sommeil est adéquat (moyenne de 6,8 h/nuit), les horaires et la charge de travail associée ont un impact majeur sur celui-ci ainsi que sur leur capacité à bien fonctionner lors de leur stage. Dans cette optique, 58% des étudiants mentionnent s'être déjà présentés en stage en étant malades ou en détresse alors qu'ils auraient recommandé à un patient ou à un collègue de rester à la maison dans les mêmes circonstances. D'ailleurs, près de la moitié des répondants indiquent qu'ils se sentent épuisés par leur stage minimalement une fois par semaine.

Le deuxième volet consiste à évaluer la santé mentale des externes en formation clinique. 18% des répondants rapportent être devenus moins sensibles à leur entourage ainsi qu'aux patients depuis leur entrée dans les milieux hospitaliers. Également, les étudiants se sentent déprimés (37,8%) et ont perdu leur intérêt pour les activités de stage ou autres passe-temps personnels pendant plus de deux semaines (37,8%), deux des signes d'alarme d'un épisode dépressif. De plus, un étudiant sur dix a déjà eu des pensées suicidaires, ce qui équivaut à près de trois fois le pourcentage observé dans la population québécoise pour le même groupe d'âge¹³⁵. Bien que ces statistiques soient alarmantes, nous observons que la consommation de drogues et d'alcool ne semble pas être augmentée.

Impact sur les conditions de travail et sur l'enseignement

En moyenne, les étudiants ont mentionné passer 53 heures par semaine à donner des soins directs et indirects aux patients, y compris les tâches connexes (administration, recherche). Les étudiants sont généralement satisfaits de la charge de travail et de la flexibilité de leur milieu de stage. La coopération, le travail d'équipe et le respect au sein des équipes traitantes ne semblent pas avoir été affectés par la pénurie de main-d'œuvre car plus de 80% des étudiants ne pensent pas que ces aspects soient problématiques. Les

¹³⁴ Julien Bélanger et Maxence Brouillette. *Santé des étudiants en médecine et impact de la pénurie de main-d'œuvre en santé*, SurveyMonkey, 27 décembre 2021,

<https://fr.surveymonkey.com/r/JAPFMEQ2021>

¹³⁵ Institut de la statistique du Québec, *L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2016

réponses concernant l'évaluation de la conciliation stage et vie personnelle sont plus mitigées, où environ 30% sont insatisfaits ou très insatisfaits, la charge de travail pouvant expliquer cette difficulté.

Dans un autre ordre d'idées, ce sont 95% des externes en médecine qui ont déjà observé un ou des impacts de la pénurie de main-d'œuvre lors de leurs stages. Cette statistique est d'autant plus frappante sachant que ces externes ont intégré le réseau de la santé il y a deux ans au plus tard. 75% des répondants indiquent que la pénurie de main-d'œuvre rend moins efficace la collaboration interprofessionnelle avec les autres intervenants du réseau de la santé et 65% pensent que la situation actuelle réduit leur propre efficacité en stage.

Nous observons que l'enseignement des externes en médecine est de moins bonne qualité en raison de la pénurie de main-d'œuvre. Les médecins-enseignants en pratique ont davantage de charge de travail ce qui limite leur temps accordé à la formation des stagiaires. De ce fait, environ la moitié des externes disent avoir moins d'encadrement et d'enseignement de la part des médecins et des médecins-résidents. De plus, 39% des externes pensent que leur exposition directe au chevet des patients ainsi que leur exposition à différentes conditions médicales nécessaires à leur apprentissage est diminuée.

Situations rencontrées en stages

Les externes en médecine ont parfois un rôle d'observation dans les milieux cliniques du Québec. Nous avons demandé aux répondants de nous envoyer des témoignages de situation en lien avec la pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé. Nous avons reçu près de quarante témoignages choquants qui mentionnent des erreurs médicales dans la prise en charge des patients, des délais exagérés notamment en chirurgie, en obstétrique et à l'urgence, ainsi qu'un manque de présence dans les milieux à haut risque tels que la gériatrie et la psychiatrie. Les étudiants témoignant de ces situations soulignent que les préjudices auraient pu être évités s'il y avait eu davantage de personnel ou encore du personnel plus reposé.

Appréhensions en début de carrière

L'inquiétude des externes face à l'avenir de cette pénurie est significative. En effet, 72% des répondants indiquent qu'ils ont des inquiétudes que la pénurie de main-d'œuvre ait des impacts négatifs sur la conciliation travail-famille et 69% craignent leur début de carrière comme nouveau médecin, en particulier concernant la médecine familiale. Dans les autres sources d'inquiétudes figurent la santé mentale à long terme, la qualité des soins et l'humanité du réseau de la santé.

Événements d'actualité

Au cours du mois de janvier et de février, plusieurs étudiants en médecine ont pris la parole dans les médias sociaux, dans les journaux et à la radio pour dénoncer les conditions de stage auxquelles ils sont exposés¹³⁶ ¹³⁷ ¹³⁸. Leurs interventions visaient à mettre en lumière la culture du travail en médecine qui oblige les étudiants, de manière directe ou indirecte, à toujours en faire plus, et ce, au détriment de leur santé mentale et physique. Les conditions de stage pour les externes en médecine varient d'une université à l'autre. En effet, les facultés de médecine ont le plein droit de décider du nombre d'heures maximum

¹³⁶ Florence Morin-Martel, *La médecine est un gouffre*, La Presse, 16 février, 2022, <https://www.lapresse.ca/actualites/2022-02-16/etudiants-en-detresse/la-medecine-est-un-gouffre.php>

¹³⁷ Louise Toutée, *Derrière la façade de l'excellence*, Le Délit, 16 février, 2022, <https://www.delitfrancais.com/2022/02/16/derriere-la-facade-dexcellence/?fbclid=IwAR2yypF9NXX9W-B5qyrOSY0h21j5gowWoVciyTdIpbzYkZUUVIPZi6KMYIrc>

¹³⁸ Geneviève Petterson, *Une détresse alarmante chez les étudiants en médecine*, 16 février, 2022, Qub radio, <https://www.qub.ca/radio/balado/genevieve-pettersen?audio=1066428920&fbclid=IwAR1mo2ur79XQxV8jrAX-z0rdLXJnHW6YIrZtHOcE4e7zIlg0PpC19Zc0RBs>

qu'un externe peut effectuer par jour ou par semaine (respectivement 16h et 72h pour certaines facultés), de même que les congés et les vacances auxquels les externes ont droit (3 semaines par année pour certaines facultés). Ces étudiants remettent en question la pertinence de passer près de 16h par jour en stage, un nombre d'heures qu'ils considèrent trop élevé pour favoriser l'apprentissage. À noter que ce nombre d'heures n'inclut pas l'étude et la préparation aux examens. Les inquiétudes des étudiants qui ont pris la parole sont partagées par beaucoup d'autres externes en médecine à travers le Québec qui souhaitent tous voir un changement de culture au sein des facultés de médecine et du système de santé.

PISTES DE SOLUTIONS

La problématique de pénurie de main-d'œuvre dans le système de santé s'avère extrêmement complexe puisque le manque de main-d'œuvre est généralisé et touche plusieurs professions¹³⁹. La santé est assurément l'un des secteurs où les conséquences d'un tel problème se font sentir au quotidien.

Médecins

La médecine est une profession extrêmement valorisée au sein de la population et de nombreux aspects en font une carrière très prisée. Toutefois, plusieurs étudiants en médecine hésitent à poursuivre une carrière dans le domaine de la médecine de famille. Des solutions urgentes sont nécessaires afin d'augmenter le nombre de nouveaux médecins de famille et offrir un meilleur accès à un médecin de famille pour chaque Québécois. Dans son mémoire sur la valorisation de la médecine familiale, la FMEQ avait souligné l'importance de valoriser la profession de médecin de famille dans le discours politique et universitaire, de miser sur la diversité de la pratique notamment avec les activités médicales particulières (AMP) et les programmes de compétences avancées et de bonifier l'exposition clinique et l'enseignement en médecine de famille lors des études en médecine. La FMEQ souhaiterait également la mise en place d'une table de concertation sur la valorisation de la médecine familiale à laquelle les différents acteurs pourraient participer.

Également, la rémunération des médecins de famille est nettement inférieure à celle des médecins spécialistes. Par exemple, en Abitibi-Témiscamingue, en 2018, le salaire moyen des médecins omnipraticiens était de 369 000 \$ alors que celui des médecins spécialistes était de 619 000 \$, soit 249 000 \$ de plus¹⁴⁰. La hiérarchisation des médecins en raison du salaire ou du prestige est un autre élément qui nuit au recrutement des étudiants vers la médecine de famille.

La valorisation de la médecine en région est également un aspect important pour assurer les soins dans les régions où la pénurie de médecins (omnipraticiens et spécialistes) est la plus problématique. Plusieurs études ont démontré que l'exposition à la pratique en région de même que d'être originaire d'une région rurale augmente la probabilité qu'un étudiant choisisse pratiquer en région rurale et en médecine de famille^{141,142}. Selon un sondage de la FMEQ effectué auprès des étudiants en médecine en 2019, 48% des étudiants provenant des régions étaient intéressés par la médecine de famille, comparativement à 34% des étudiants originaires des centres urbains¹⁴³. Parmi les facultés de médecine au Québec, seul l'Université McGill possède une catégorie visant à favoriser l'admission d'étudiants provenant de communautés rurales, réservant 5 places spécifiquement pour des étudiants appartenant à ce profil¹⁴⁴. Il existe présentement au Québec quatre campus délocalisés offrant une formation médicale en région, soit en Outaouais, en Mauricie, au Saguenay et à Moncton, ainsi que deux nouveaux campus de l'université Laval

¹³⁹ Ximena Sampson, *Cinq choses à savoir sur la pénurie de main-d'œuvre*, Radio-Canada, 3 octobre 2021,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1827628/manque-personnel-recrutement-entreprises-solutions>

¹⁴⁰ Jean-Marc Belzile, *La différence de salaire entre les médecins de famille et les spécialistes inquiète les omnipraticiens*, Radio-Canada, 10 octobre 2018,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1129005/difference-salaire-medecins-famille-specialistes-jean-yves-boutet>

¹⁴¹ Harbir Gill et al., *Factors influencing medical students' choice of family medicine: effects of rural versus urban background* dans *Canadian Family Physician* 58, no. 11 (2012): e649-e657,

¹⁴² Alain Vanasse et al., *Attractiveness of family medicine for medical students: influence of research and debt* dans *Canadian Family Physician* 57, no. 6 (2011): e216-e227,

¹⁴³ FMEQ, *La médecine de famille au cœur de la première ligne et sa valorisation auprès des étudiants en médecine* 2021,

<https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire-Valorisation-Medecine-Familiale.pdf>

¹⁴⁴ McGill Faculty of Medicine and Health Sciences, *Applicant Categories* Consulté le 2 mars 2022

<https://www.mcgill.ca/medadmissions/applying/categories>

prêts à accueillir des étudiants à Rimouski¹⁴⁵ et à Lévis¹⁴⁶ dès 2022. Les campus de médecine délocalisés ont déjà permis l'amélioration du recrutement de médecins en Mauricie et au Saguenay¹⁴⁷, une meilleure rétention des résidents en médecine familiale en Mauricie¹⁴⁸, ainsi que la création de nouveaux groupes de médecine familiale en région¹⁴⁹. Également, la bonification de la Cote R des étudiants provenant des régions où le manque de médecins est criant lors de leur demande d'admission en médecine est l'une des mesures phares proposée par la FMEQ depuis des années mais qui tarde à être adoptée par les parties concernées. Le programme de stages SARROS qui permet d'exposer les étudiants en médecine à la pratique en région pourrait également être bonifié afin d'accueillir davantage d'étudiants dans les différents programmes de stages offerts.

Tel que mentionné précédemment, près d'un (1) médecin sur 4 est à l'âge de la retraite, alors que des centaines de médecins ont plus de 70 ans voire 80 ans. La profession doit se renouveler avec la formation de nouveaux médecins. Toutefois, il serait important d'envisager la mise en place de mesures de rétention des médecins à l'âge de la retraite, plus particulièrement des médecins de famille, puisque ces derniers peuvent contribuer au minimum à maintenir la liste d'attente du GAMF sous la barre des 1 million de patients.

Le gouvernement avait annoncé à l'été 2020 une augmentation du nombre d'étudiants en médecine au cours des trois prochaines années. Au total, le nombre d'étudiants en médecine qui seront formés au sein de ces trois cohortes augmentera de 139^{150,151}. L'exposition clinique de ces futurs médecins doit être adéquate et les milieux de stages doivent avoir les ressources pour accueillir et former cette relève. Par ailleurs, bien que le nombre d'étudiant en médecine ait augmenté dans les dernières années, il faudra encore près de 7 à 10 ans avant que ces cohortes intègrent la pratique médicale et puissent prendre en charge des patients sur la liste d'attente d'accès à un médecin de famille ou puissent contribuer au système de santé en tant que médecin spécialiste.

Finalement, afin de soutenir les professionnels de la santé, dont les médecins, dans leurs tâches administratives, le gouvernement du Québec a également mis en place des bourses d'études de 4000 \$ pour les candidats souhaitant poursuivre une formation d'agent administratif dans le réseau de la santé¹⁵². Le manque de main-d'œuvre administrative avait effectivement été cité comme étant un obstacle à l'efficacité des médecins et du réseau en général.

Infirmières

Pour espérer retenir le personnel infirmier et maintenir les services à la population, l'initiative de l'urgence de l'hôpital de Baie St-Paul pourrait être un exemple à suivre pour les autres établissements de santé du Québec. Cette urgence a accordé aux infirmières un pouvoir décisionnel pour gérer leurs quarts de travail. On leur a notamment offert de travailler 12h par jour pendant 7 jours consécutifs, suivi d'une

¹⁴⁵ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Début des travaux de construction du pavillon d'enseignement préclinique à l'Hôpital régional de Rimouski*, 15 novembre, 2021, <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-3281/>

¹⁴⁶ Émilie Pelletier, *Un pas de plus pour le pavillon d'enseignement de la médecine à l'Hôtel-Dieu de Lévis*, Le Soleil, 12 mai, 2021, <https://www.lesoleil.com/2021/05/12/un-pas-de-plus-pour-le-pavillon-denseignement-de-la-medecine-a-lhotel-dieu-de-levis-182044d6a7c3d0158905001f4fc3261c>.

¹⁴⁷ Louise Leduc, *Des régions éloignées moins touchées*, La Presse, 20 octobre, 2014, https://plus.lapresse.ca/screens/532f3923-5563-41dd-b822-d851b90cea22_7C_v5FH901JufjN.html.

¹⁴⁸ Louise Leduc, *Formés en région, ils s'établissent en région*, La Presse, 20 octobre (2014) : A3.

¹⁴⁹ Sylvie Branch, *À Trois-Rivières, Saguenay et Moncton, les répercussions sont positives*, La Presse, 8 mars (2014) : 5.

¹⁵⁰ Vincent Larin, *Québec augmente les admissions en médecine*, 22 mai, 2020, <https://www.tvanouvelles.ca/2020/05/22/quebec-augmente-les-admissions-en-medecine>.

¹⁵¹ Mercier Marie-Pier, *Pourquoi ne pas former davantage de médecins de famille*, Radio-Canada, 30 octobre, 2021,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1835791/medecin-famille-formation-avantage-plus-valorisation-omnipraticien-former-nombre>

¹⁵² Ministère de la santé et des services sociaux, *Formation accélérée pour devenir agente administrative ou agent administratif*, 2 décembre, 2021, <https://www.quebec.ca/education/formations-sante/formation-acceleree-pour-devenir-agente-administrative-ou-agent-administratif>

semaine de repos. Suite à cette mesure, l'urgence a connu une diminution des 60 à 70% des quarts de travail non comblés (30 quarts par semaine comparativement à 10). Cette démarche démontre que l'absentéisme peut être diminué, notamment en donnant aux infirmières un pouvoir décisionnel sur leur horaire¹⁵³. Déjà, avant la pandémie, les quarts de travail de 12h par jour avaient démontré leur efficacité à réduire l'absentéisme et à augmenter la rétention de personnel dans certains établissements¹⁵⁴.

Des mesures exceptionnelles ont été mises en place pour l'attraction et la rétention du personnel de la santé et des services sociaux. Un montant forfaitaire de 2000 \$ avec un montant supplémentaire de 10 000 \$ après 12 mois de travail à temps complet ont été offerts aux infirmières des régions suivantes : Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie–Centre-du-Québec, Estrie, Montréal, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Les infirmières des régions ayant les besoins les plus criants, soit l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, l'Outaouais, le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, se sont vu offrir un montant forfaitaire de 5000 \$ et un montant supplémentaire de 10 000 \$ supplémentaire après 12 mois de travail à temps complet¹⁵⁵. Le gouvernement du Québec a donc réservé 950 millions de dollars pour la mise en œuvre de ces incitatifs¹⁵⁶. Ces mesures ont été mises en place durant la pandémie de COVID-19 alors que le manque d'effectifs était à son plus haut. Le gouvernement du Québec a aussi mis en place un programme de bourses d'études spécifiques aux infirmières auxiliaires, l'objectif du gouvernement étant de former 2000 infirmières auxiliaires d'ici 2023. Des bourses atteignant 20 000 \$ seront octroyées aux candidats¹⁵⁷. Ceci est l'exemple le plus récent parmi une série de mesures coûteuses pour l'État québécois ayant pour objectif de recruter du personnel soignant dans le réseau public.

Miser sur l'amélioration des conditions salariales et des bonis est une solution rapide qui doit être considérée à court terme pour répondre aux besoins en main-d'œuvre des établissements. Toutefois, il faut reconnaître la limite des incitatifs financiers à long terme sur la rétention des infirmières du réseau et miser sur l'amélioration des conditions de travail (formation d'accueil dans les milieux de travail, formation continue, soutien clinique aux infirmières, horaires stables, postes à temps plein, etc), tel que suggéré dans le *Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021*¹⁵⁸.

Préposés aux bénéficiaires

Le pandémie a montré aux Québécois le travail essentiel que les préposés aux bénéficiaires (PAB) accomplissent quotidiennement auprès des patients. L'embauche massive de PAB ainsi que l'amélioration des conditions salariales de ceux-ci ont permis de maintenir plusieurs services en hôpital et en CHSLD durant la pandémie. Le recrutement et la rétention des PAB restent toutefois difficiles tel que mentionné ci-dessus. Avant la pandémie, le gouvernement a publié un plan d'action en 3 axes pour faire face à ces difficultés¹⁵⁹.

¹⁵³ Isabelle Paré, *Quand l'urgence se gère toute seule*, Le Devoir, 16 novembre 2021,

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/647676/penurie-d-infirmieres-quand-l-urgence-se-gere-toute-seule>

¹⁵⁴ Anne-Louise Despaties, *Des quarts de 12h pour les infirmières, la solution?* Radio-Canada, 7 février 2018,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1082737/proposition-fiq-gaetan-barrette-sante-infirmier-infirmiere-hopitaux>

¹⁵⁵ Gouvernement du Québec. *Mesures exceptionnelles pour l'attraction et la rétention du personnel de la santé et des services sociaux*, 17 décembre 2021,

<https://www.quebec.ca/gouvernement/travailler-gouvernement/sante-services-sociaux/mesures-attraction-retention-personnel#:~:text=Montan%20forfaitaire%20additionnel%20de%2012, travail%20ou%20C3%A0%20temps%20partiel.>

¹⁵⁶ Daniel Boily et Davide Gentile, *Jusqu'à 150 \$ L'heure Pour Du Personnel Infirmier D'agences Au Québec*, La Presse, 2 décembre 2020,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1754101/personnel-infirmier-agences-couts-pandemie-horaires>.

¹⁵⁷ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Formation accélérée pour devenir infirmière ou infirmier auxiliaire*, 24 janvier 2022,

<https://www.quebec.ca/education/formations-sante/formation-acceleree-pour-devenir-infirmiere-ou-infirmier-auxiliaire#c124430>

¹⁵⁸ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021*, 2021,

<https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>

¹⁵⁹ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux*, Février 2020, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>

L'axe 1 vise à soutenir les mesures qui contribuent à offrir des conditions de travail valorisantes axées sur l'attraction et la rétention des PAB. La plupart des mesures proposées dans l'axe 1 ont pour objectif d'améliorer les conditions de travail et les conditions salariales, notamment par la mise en place de primes et de bonis, l'augmentation des postes à temps plein et la mise en place de mesures visant à favoriser la flexibilité des horaires. Plus encore, l'axe 1 souligne l'importance d'intégrer les PAB comme membres à part entière des équipes de soins, notamment en incluant les PAB aux rencontres d'équipes interdisciplinaires et en s'assurant que leur formation soit adéquate et suffisante avant leur entrée en poste. Ces mesures sont essentielles puisque les PAB ont des contacts prolongés et directs avec les patients et sont à même de détecter la détérioration ou l'amélioration de leur état de santé et de relayer ces informations à l'équipe de soins. L'axe 2 vise quant à lui à mettre en place un forum paritaire de discussion pour traiter de l'enjeu de la santé globale des personnes salariées. Le forum permettrait de favoriser le bien-être global des PAB pour ainsi réduire l'absentéisme au travail et stabiliser les équipes. Finalement, l'axe 3 du plan d'action vise à soutenir les établissements de santé dans les meilleures pratiques de gestion des ressources humaines.

Le plan gouvernemental pour l'attraction et la rétention des PAB se doit d'être actualisé en fonction de l'évolution des conditions salariales, des conditions de travail et de la formation des PAB qui a eu lieu durant la pandémie. Plus spécifiquement, les PAB doivent faire partie intégrante des équipes de soins pour favoriser la valorisation de cette profession essentielle au bien-être des patients et des usagers du système de santé.

Interdisciplinarité

La FMEQ est d'avis que le médecin de famille doit cesser d'être l'acteur principal, et parfois le seul acteur, dans la prise en charge des problèmes de santé pour lesquels d'autres professionnels sont formés à compétences égales, voire supérieures. La pratique interdisciplinaire est essentielle pour pallier la pénurie de main-d'œuvre en élargissant notamment les actes qui peuvent être posés par des professionnels autres que les médecins. Certains exemples détaillés ci-dessous illustrent bien l'impact positif que peut avoir l'interdisciplinarité sur l'accès aux soins et l'efficacité du réseau de la santé, à condition que les soins offerts soient remboursés par la carte d'assurance maladie.

Le recours au bon professionnel, au bon moment et pour le bon type de pathologie est au cœur de la stratégie à adopter dans la prise en charge globale et efficiente des patients. Cette capacité passe non seulement par la reconnaissance des rôles de chacun des professionnels en place dans les milieux de soins, mais aussi dans la capacité du système à optimiser le recours aux professionnels pour l'utilisation de leur expertise spécifique. À titre de référence, les soins directs occupent de 25 à 41% du temps des infirmières et de 15 à 34% du temps des médecins.¹⁶⁰ Quant aux soins indirects, incluant les tâches administratives, les rencontres d'équipes de soins, l'enseignement et toutes les tâches non reliées à un patient directement, les taux sont alors de 22 à 59% pour les infirmières et de 57 à 69% pour les médecins.¹⁶¹ En conséquence, l'objectif demeure de minimiser le temps que chacun des professionnels passe à effectuer d'autres tâches que celles ne découlant pas de son expertise et n'ayant pas de bénéfice direct aux patients, par exemple les tâches administratives superflues qui pèsent lourd dans l'organisation des soins et dans la disponibilité de prise en charge des soignants.¹⁶²

¹⁶⁰ Roxane Borgès Da Silva, Carl-Arly Dubois, Marjolaine Hamel. *Part des activités cliniques et non-cliniques réalisées par les médecins et infirmières*, CIRANO, Décembre 2017, <https://cirano.qc.ca/files/publications/2017RP-07.pdf>

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² *Ibid.*

Les pharmaciens et la loi 41

Les pharmaciens ont été placés au cœur de l'accès aux soins de santé, notamment avec l'adoption du projet de loi 41 en décembre 2011 qui modifiait la *Loi sur la pharmacie* afin d'ajouter certains actes réservés aux médecins à ceux des pharmaciens¹⁶³. Il faudra cependant attendre 2015 pour que ladite loi entre en vigueur.

Les pharmaciens ont alors acquis la possibilité de :

- Prolonger l'ordonnance d'un médecin ;
- Ajuster une ordonnance (forme, dose, quantité, posologie) ;
- Substituer le médicament prescrit en cas de rupture d'approvisionnement complète au Québec ;
- Administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié (par voie orale, topique, sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou par inhalation) ;
- Prescrire certains médicaments si aucun diagnostic n'est nécessaire ou pour certaines conditions mineures dont le diagnostic et le traitement sont déjà connus ;
- Pour le pharmacien exerçant en établissement de santé ou de services sociaux, prescrire et interpréter des analyses de laboratoires à des fins de suivi de thérapie médicamenteuse¹⁶⁴.

D'autres droits professionnels leur ont aussi été octroyés lors de la pandémie afin de faciliter l'administration des vaccins et les tests de dépistages de la COVID notamment. Le gouvernement leur a également permis de prescrire et d'interpréter des analyses de laboratoires, mais également tout autre test à des fins de suivi de thérapie médicamenteuse.

Deux ans seulement après l'adoption de la loi, les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec rapportaient qu'environ 470 000 Québécois ont profité des nouveaux actes réservés des pharmaciens et ce sont plus de 710 000 services qui ont été rendus. Un sondage Léger réalisé en février 2016 soulignait que parmi les répondants s'étant prévalu de ces services, 66% avaient évité de consulter en clinique sans rendez-vous, 25% avaient évité de consulter à l'urgence et 19% avaient évité de s'absenter au travail. Statistique la plus importante : 53% des répondants ont souligné avoir ainsi été soignés plus rapidement¹⁶⁵.

Infirmières praticiennes spécialisées

Une infirmière praticienne spécialisée est une infirmière ayant complété une formation de 2e cycle universitaire en sciences infirmières et en sciences médicales¹⁶⁶. Les infirmières praticiennes spécialisées ont su s'intégrer aux milieux de soins en néonatalogie, en soins de première ligne, en soins aux adultes, en pédiatrie et en santé mentale dans les dernières années. Elles offrent une avenue intéressante pour libérer certaines tâches aux médecins et améliorer l'accès aux soins de santé.

En janvier 2021, le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* est modifié. Certains actes auparavant réservés aux médecins peuvent désormais être effectués par les infirmières praticiennes spécialisées, notamment en matière de santé et de sécurité au travail, d'assurance automobile, de santé et de services sociaux, de garde à l'enfance, etc. Les IPS peuvent désormais diagnostiquer des maladies, déterminer et

¹⁶³ Québec, *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*, LQ 2011, c 37. Publications du Québec.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2011C37E.PDF>

¹⁶⁴ Québec, *Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*, LQ 2020, c 4. Publications du Québec.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2020C4E.PDF>

¹⁶⁵ Ordre des pharmaciens du Québec, *Deux ans après l'entrée en vigueur de la Loi 41 : déjà plus de 710 000 services offerts à la population*, 20 juin 2017.

<https://www.opq.org/blogue/deux-ans-apres-lentree-en-vigueur-de-la-loi-41-deja-plus-de-710-000-services-offerts-a-la-population/>

¹⁶⁶ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Infirmière praticienne spécialisée*,

<https://www.oiq.org/en/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips>

prescrire le traitement médical, utiliser certaines techniques dites invasives et effectuer des suivis de grossesse¹⁶⁷.

Le Québec compte 842 IPS inscrites au tableau de l'ordre, c'est-à-dire environ 9,3 par 100 000 habitants en date du 31 mars 2021. Dans le reste du Canada, on retrouve plutôt un ratio avoisinant les 18,4 par 100 000 habitants et c'est l'Ontario qui affiche le plus haut taux avec 22,2 IPS par 100 000 habitants. Le gouvernement du Québec s'est d'ailleurs donné pour objectif de rejoindre la proportion le ratio ontarien d'ici 2025 en augmentant à 2000 le nombre d'IPS en pratique dans la province¹⁶⁸.

Les IPS présentement dans le réseau de la santé au Québec assurent le suivi de bon nombre de patients en plus de contribuer à désengorger les services de santé de première ligne. En 2010, l'OCDE s'est penchée sur la situation des infirmières avec une pratique avancée dans douze pays industrialisés. Le constat est unanime : leur apport est non-négligeable en gestion des maladies chroniques et en amélioration de l'accès aux soins de santé¹⁶⁹.

En outre, l'intégration des IPS dans l'offre de services du système de santé québécois est non seulement une façon de pallier la pénurie de médecins de famille, mais aussi une manière d'améliorer l'accès et d'assurer la satisfaction des usagers en regard des soins reçus¹⁷⁰.

Guichet d'accès à la première ligne

Le gouvernement du Québec a annoncé en novembre 2021 la mise sur pied du Guichet d'accès aux soins de première ligne. Le plan initial étant que toutes les régions puissent en bénéficier en date du 31 mars 2022. Le service est réservé aux patients orphelins, c'est-à-dire les patients qui ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille. Au bout de la ligne téléphonique, une infirmière de la région de l'appel évalue le patient et le dirige, selon les besoins, vers les ressources appropriées. L'indépendance de l'infirmière est cruciale puisqu'elle peut ainsi demander des résultats de laboratoire, en faire la lecture et transférer le patient au bon professionnel (pas nécessairement un médecin). Près de 50% des appels sont redirigés vers d'autres professionnels que le médecin¹⁷¹. Le déploiement rapide de ce guichet dans toutes les régions du Québec est donc essentiel pour soutenir la première ligne et maximiser l'utilisation efficace des ressources.

Place du milieu communautaire et de la proche aidance

Dans les dernières années, la littérature reconnaît de plus en plus clairement le rôle et l'expertise du milieu communautaire dans la mise en place d'une prise en charge globale et personnalisée des usagers du système de santé. Particulièrement chez les aînés, les clientèles en toxicomanie, en itinérance, en maladies chroniques, en soins palliatifs et en santé mentale, les ressources communautaires agissent tels des garde-fous permettant non seulement de détecter les besoins d'intervention chez ces clientèles vulnérables, mais aussi de les outiller afin qu'ils puissent demeurer à domicile le plus longtemps possible.

¹⁶⁷ Gouvernement du Québec. *Pour un meilleur accès au système de santé - Les infirmières praticiennes spécialisées complètement autonomes à compter du 25 janvier 2021*. Québec: Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, 2020.
<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-un-meilleur-acces-au-systeme-de-sante-les-infirmieres-praticiennes-specialisees-completement-autonomes-a-compter-du-25-janvier-2021>

¹⁶⁸ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec* Québec : OIIQ, 2021.
¹⁶⁹ Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 54, Éditions OCDE, Paris, 2010.
<https://doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>

¹⁷⁰ Anne Smith. *Mise en place de conditions favorables à l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne : une recension des écrits et des meilleures pratiques*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Décembre 2011, 16 p.

¹⁷¹ Charles Lecavalier, *Québec poursuit le déploiement d'un guichet unique*, La Presse, 15 novembre, 2021
<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-11-15/patients-orphelins/quebec-poursuit-le-dploiement-d-un-guichet-unique.php>

Ce suivi, basé sur une approche communautaire de proximité, permet de limiter la médicalisation des patients aux prises avec une condition chronique ou terminale, diminue la quantité d'hospitalisations et, par le fait même, de réduire les coûts pour le système de santé en plus de favoriser le bien-être des patients.¹⁷² Le milieu communautaire doit pourtant œuvrer avec un sous-financement important et un épuisement exacerbé de ses ressources humaines et matérielles pendant la pandémie.¹⁷³

¹⁷² Samuel Sponem, Caroline Lambert, Élodie Allain, Ariane-Hélène Fortin, Charlotte Pellegrino et Vanessa Fayolle, *Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec*, Pôle Santé, HEC Montréal, Octobre 2021,

https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Coût_hébergement_ânés_Pôle_santé_HEC_Montréal.pdf

¹⁷³ Laurent Deslauriers, *Pandémie de COVID-19 : Des impacts majeurs pour les organismes communautaires dans toutes les régions du Québec*, IRIS, 20 mai 2021, <https://iris-recherche.qc.ca/communiqués/pandemie-de-covid-19-des-impacts-majeurs-pour-les-organismes-communautaires-dans-toutes-les-regions-du-quebec/>

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre du système de santé québécois demeure complexe et ses causes sont multifactorielles. D'une part, le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de patients comorbides sont des éléments qui contribuent à l'explosion de la demande de soins, une tendance qui risque donc de s'accroître dans les prochaines années. La pénurie de main-d'œuvre s'est d'ailleurs aggravée durant la pandémie avec une augmentation de 117% des besoins en main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les multiples réformes en santé au cours des 20 dernières années ont également fragilisé le réseau, avec des travailleurs qui se sentent impuissants face à ces réformes et qui sont rebutés à l'idée de prendre part activement aux initiatives de changements organisationnels dans leurs milieux respectifs.

Cette pénurie a des effets négatifs non-négligeables pour les usagers, notamment avec une augmentation du nombre de patients en attente d'une chirurgie et une augmentation des bris de services dans les milieux cliniques et hospitaliers, une réalité qui ne se limite plus qu'aux régions au Québec. La pénurie de main-d'œuvre entraîne également des conséquences financières importantes. Le prix à payer pour recruter et retenir les travailleurs dans le réseau public est énorme, sans mentionner les coûts associés à l'absentéisme au travail et au recours aux agences privées. Pourtant, malgré ces coûts faramineux, les conditions de travail difficiles et l'état de santé précaire des professionnels ne semblent pas s'améliorer au fil des ans.

Dans les dernières années, on observe aussi une volonté de la part des jeunes travailleurs de la santé de maintenir un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Ces travailleurs, appuyés par les plus récentes données probantes concernant les meilleures pratiques de prise en charge, veulent privilégier la qualité versus la quantité des soins prodigués. Le gouvernement devrait tenir compte de ce changement de culture au sein des professions en santé et ainsi ajuster les cibles de recrutement et l'organisation des soins en conséquence.

Le recrutement des étudiants vers la médecine de famille est difficile, alors même qu'on observe un vieillissement des effectifs médicaux dans ce domaine. La valorisation de la médecine de famille par le gouvernement et les facultés de médecine est donc cruciale pour assurer la relève dans cette profession. Le même principe s'applique aussi pour la valorisation de la médecine en région.

Afin de pallier le manque d'effectifs, la mise en place d'une réelle pratique interdisciplinaire dans le réseau doit être envisagée, chose à laquelle les professionnels de la santé sont ouverts depuis des années mais qui tarde à se mettre en place, bien que certaines initiatives comme le guichet d'accès à la première ligne laissent envisager un changement dans la bonne direction.

Nos étudiants à l'externat sont témoins quotidiennement des conséquences de la pénurie de main-d'œuvre sur la qualité des soins prodigués aux patients. Ils considèrent aussi qu'elle a un impact sur la qualité de l'enseignement donné en stage. Plus de la moitié des étudiants sondés jugent recevoir moins d'encadrement et d'enseignement de la part des médecins-patrons et des médecins-résidents et sont d'avis que leur exposition clinique est diminuée. Certains étudiants s'inquiètent aussi des conditions de stage dans lesquelles ils doivent évoluer, alors que certaines facultés permettent que les étudiants en médecine travaillent jusqu'à 16h par jour et jusqu'à 72h par semaine, souvent au détriment de leur apprentissage et de leur bien-être.

Alors que le Québec s'apprête à mettre derrière lui la pandémie de COVID-19, le gouvernement et les acteurs du milieu de la santé doivent réfléchir à l'avenir du réseau pour assurer l'accès et la qualité des soins de manière pérenne, de même que la santé des travailleurs qui sont essentiels au bon fonctionnement du système.

Dans ce contexte, la FMEQ aimerait formuler les recommandations suivantes au gouvernement du Québec :

En ce qui a trait à l'organisation des soins ;

- Prendre acte du **changement de culture du travail** au sein des professions en santé puis ajuster les cibles de recrutement et l'organisation des soins en conséquence ;
- **Valoriser le travail** des professionnels de la santé dans le discours politique;
- Mettre en place un **forum de discussion** pour traiter de l'**enjeu de la santé globale** des personnes salariées du réseau de la santé ;
- Favoriser le développement d'une réelle **approche interdisciplinaire** dans les services de santé au Québec, en collaboration avec les différents ordres professionnels ;
- Inclure les services offerts par les professionnels de la santé autres que les médecins au **panier de services couverts par la RAMQ** (physiothérapie, ergothérapie, nutrition, psychothérapie, etc.) ;
- **Élargir les champs de compétences des professionnels** déjà formés pour certaines tâches cliniques;
- Accélérer le **déploiement du Guichet d'accès à la première ligne** à travers le Québec ;
- Soutenir les organismes communautaires de santé et services sociaux et les proches aidants, acteurs sous-estimés du réseau de la santé ;
- Créer des contextes organisationnels où le **potentiel clinique** de chaque professionnel de la santé est optimisé dans l'exercice de son expertise spécifique en soutenant, par exemple, les professionnels dans leurs tâches bureaucratique ;
- **Actualiser et accélérer la mise en place** du *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et de services sociaux* ;
- **Abolir le TSO** et privilégier les initiatives locales et décentralisées de gestion des effectifs ;
- **Augmenter le nombre de postes à temps plein** d'infirmières et de PAB dans le réseau public ;
- **Décentraliser les prises de décision managériales** relatives aux effectifs médicaux et infirmiers et favoriser une gestion de proximité des ressources humaines dans chaque milieu, lorsque possible et opportun et s'appuyer ;
- S'appuyer davantage sur les instituts d'expertise québécois en gestion et en santé et services sociaux (INSPQ, INESSS, ENAP) afin d'**établir des plans stratégiques à plus long terme** pour le MSSS ;

En ce qui a trait à la pérennité de la profession médicale en région et de la médecine de famille :

- Établir un **plan clair de valorisation de la médecine familiale** en collaboration avec le Collège des médecins du Québec (CMQ), les Facultés de médecine, la Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ), la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) et tout autre acteur du réseau de la santé pouvant contribuer à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la médecine familiale ;
- **Soutenir les facultés de médecine dans leurs efforts de valorisation de la médecine de famille**, notamment dans la création de nouveaux Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) ;

- Entretenir un discours politique positif à l'égard du travail des médecins de famille et **offrir une stabilité dans l'encadrement de la pratique de la médecine familiale** au Québec ;
- Favoriser les mesures de **rétenion des médecins de famille à l'âge de la retraite** dans le système de santé (à temps plein ou à temps partiel) tout en ne limitant pas la création de nouveaux PREM ;
- **Bonifier davantage la cote R des étudiants en provenance des régions**, plus susceptibles de poursuivre une carrière en médecine de famille et de retourner pratiquer en région ;
- **Bonifier le soutien financier au programme de stages SARROS** afin d'augmenter l'exposition des étudiants en médecine à la pratique en région.

ANNEXE I - Méthodologie du sondage et résultats graphiques

Le sondage a été conçu dans l'optique d'obtenir des données brutes en lien avec la santé des étudiants en médecine et l'impact de la pénurie de main-d'œuvre en santé dans leur parcours médical.

L'élaboration des questions est tirée d'un consensus entre les deux auteurs du sondage. Les aspects abordés par chaque question ont permis d'obtenir une vision globale de la situation des apprenants, tout en permettant un focus sur des points clés essentiels à la rédaction de la section 3b de ce mémoire. La formulation des questions et le format des réponses ont été décidés selon la précision requise à l'analyse et de manière à uniformiser les réponses reçues. De plus, certaines questions de ce sondage sont tirées ou inspirées du sondage national de l'AMC sur la santé des médecins (2018).

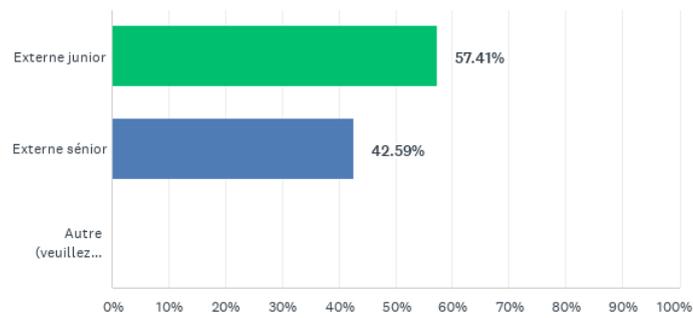
Ce sondage a été envoyé le 22 décembre 2021 aux 4 associations représentant les étudiants en médecine du Québec, soit, l'AAÉEMUM pour l'Université de Montréal, l'AGÉMUS pour l'Université de Sherbrooke, la MSS pour l'Université McGill et le RÉMUL pour l'Université Laval.

Il nous est impossible de généraliser nos résultats vu la petite taille d'échantillon ainsi que par la surreprésentation des réponses venant des étudiants de l'Université de Montréal ce qui explique l'utilisation qualitative et non quantitative des données recueillies.

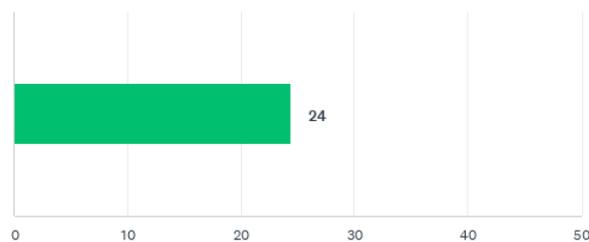
Voici les résultats graphiques du sondage sur la santé des étudiants en médecine et l'impact de la pénurie de main-d'œuvre en santé dans leur parcours médical.

Q1: Inscrire votre adresse courriel (non fourni)

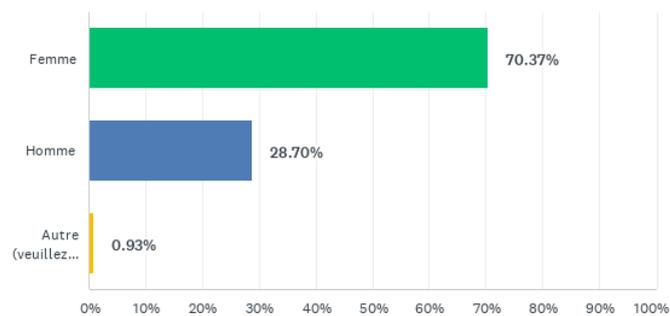
Q2 Stade d'éducation médicale



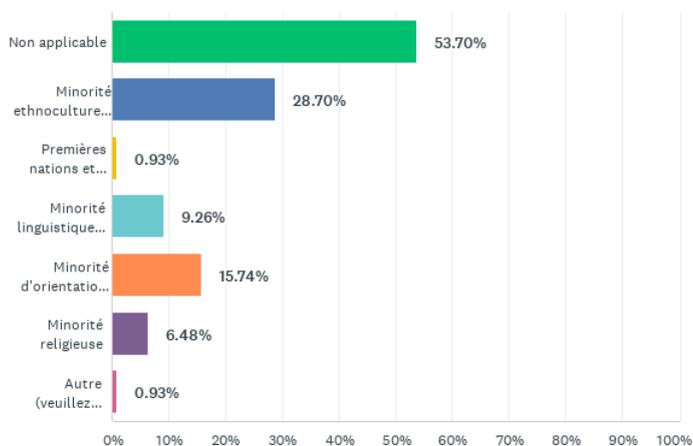
Q3 Âge moyen des répondants



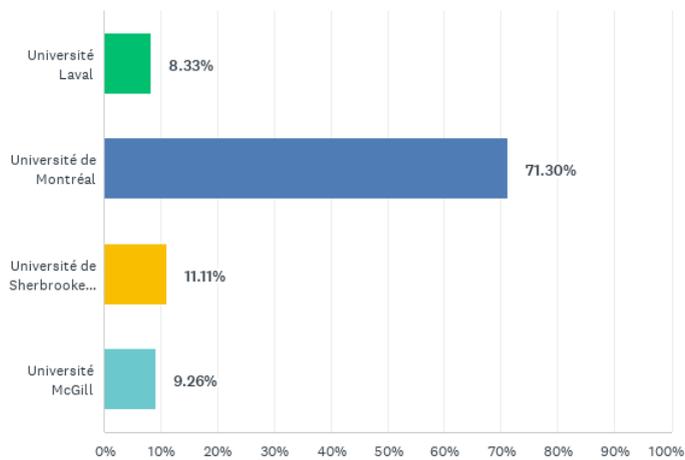
Q4 Sexe



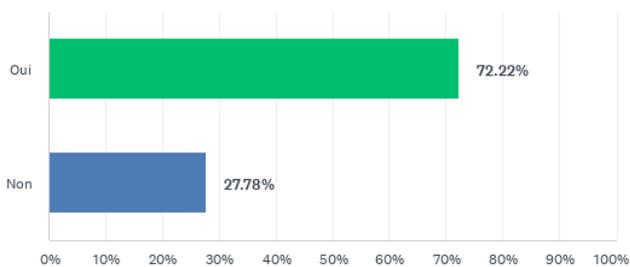
Q5 Faites vous partie d'une ou de plusieurs minorités?



Q6 Veuillez indiquer votre principal réseau de stage

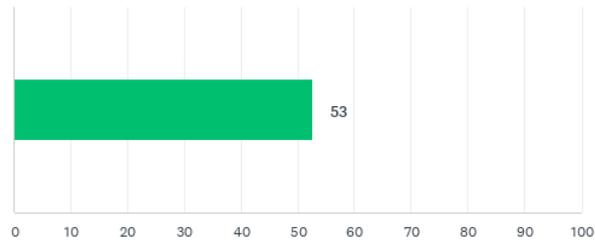


Q7 Avez-vous un médecin de famille ?

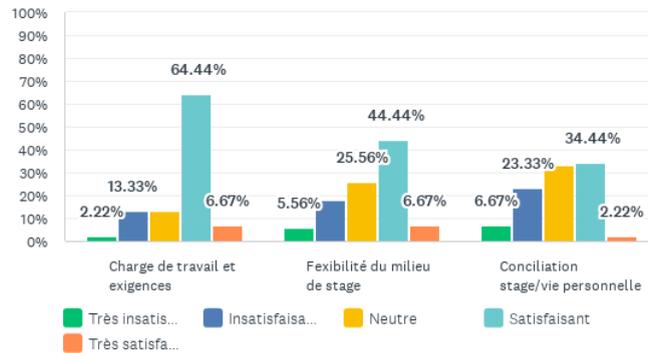


Question exclue par manque de validité Q8: Estimez le nombre d'heures de stage que vous faites en moyenne par mois.

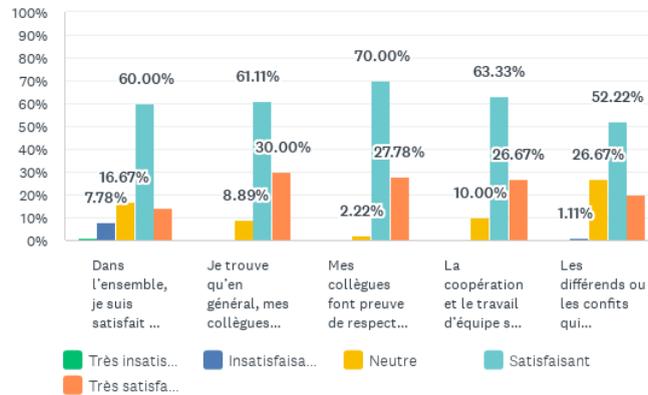
Q9 Heures de travail moyen au cours d'une semaine moyenne (Comprend le temps passé à donner des soins directs et indirects aux patients, à siéger à un comité, à faire des tâches administratives, à faire de la recherche) ?



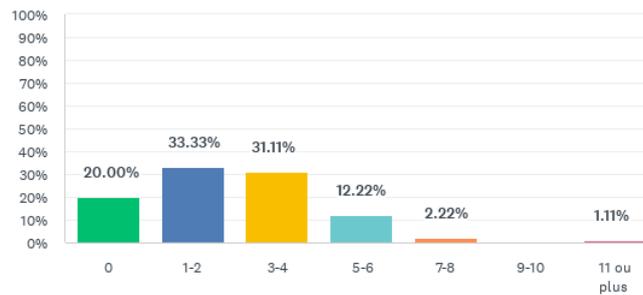
Q10 Veuillez indiquer votre degré de satisfaction quant aux aspects suivants de votre milieu de stage:



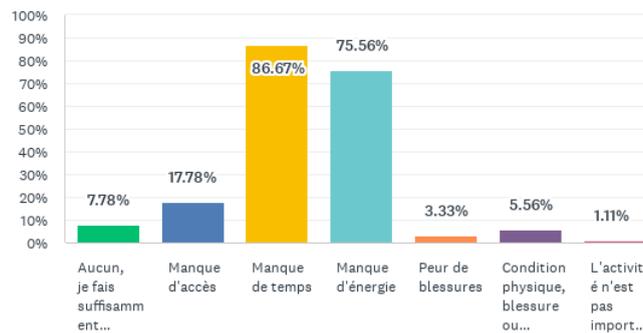
Q11 Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?



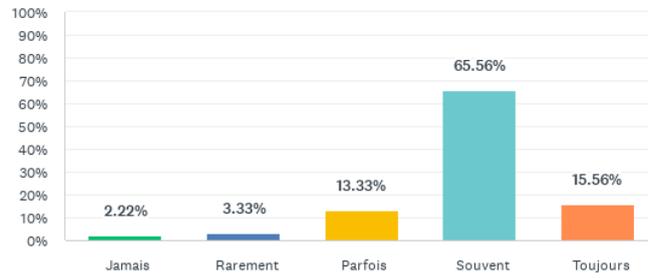
Q12 Au cours d'une semaine typique, combien de fois faites vous de l'activité physique ?



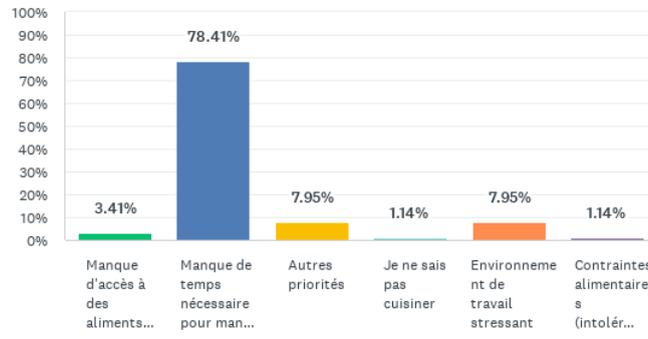
Q13 Quels facteurs vous empêchent de faire de l'activité physique ?



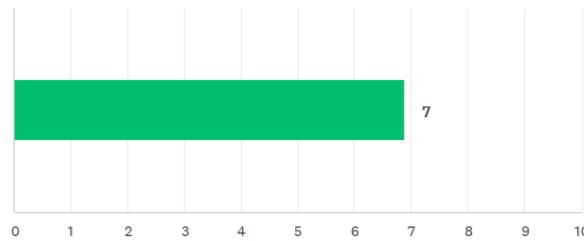
Q14 À quelle fréquence mangez-vous sainement selon vous ?



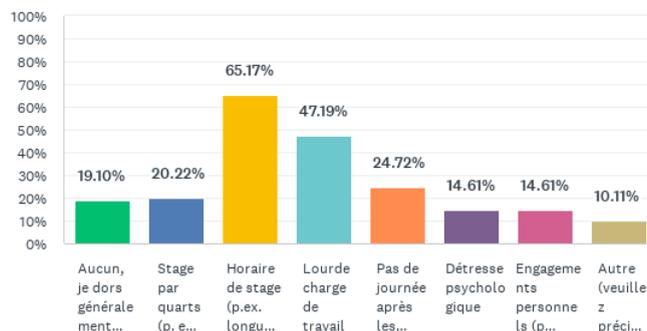
Q15 Qu'est-ce qui vous empêche de manger sainement ?



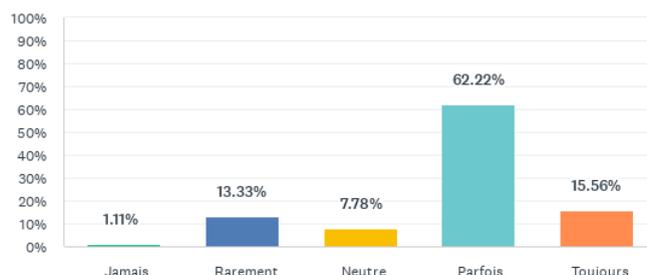
Q16 En moyenne, combien d'heures de sommeil dormez vous par nuit ?



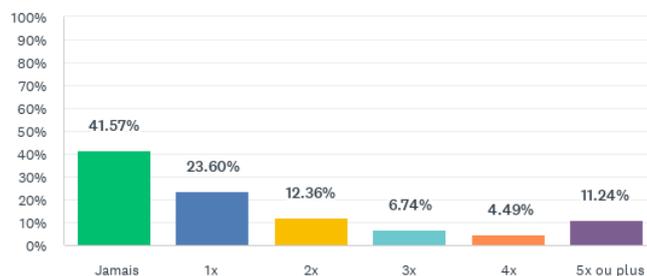
Q17 Quels facteurs contribuent à votre manque de sommeil ?



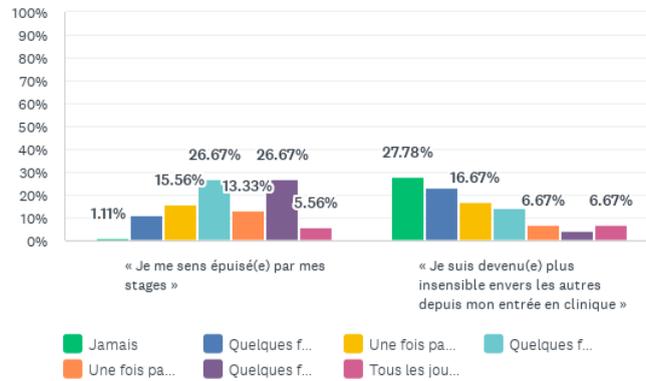
Q18 À quelle fréquence sentez-vous que votre degré de fatigue (physique, mentale, etc.) a une incidence négative sur votre capacité à fonctionner au niveau souhaité, en raison d'une récupération incomplète attribuable à des obligations de stages ou à d'autres activités?



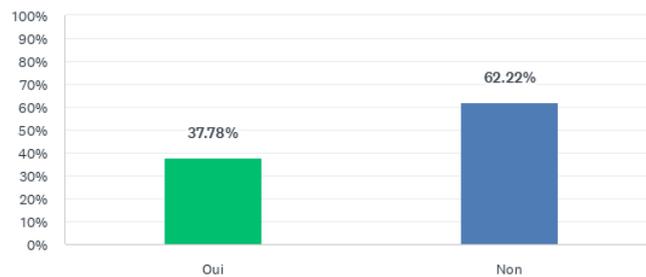
Q19 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous présenté en stage alors que vous étiez malade ou en détresse à un tel point que vous auriez recommandé à un patient ou à un collègue de rester à la maison dans un tel état?



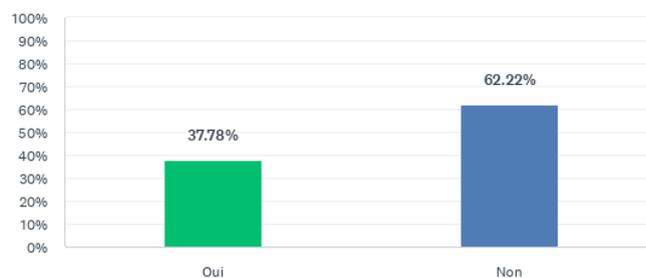
Q20 Veuillez indiquer à quelle fréquence vous éprouvez les sentiments suivants à l'égard de votre stage :



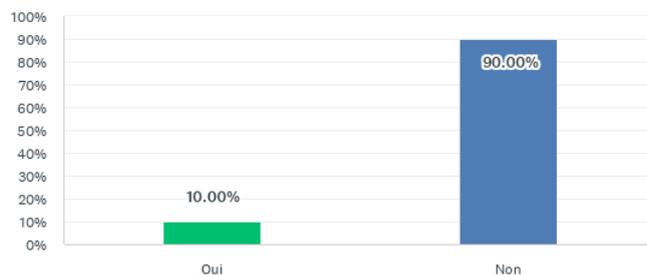
Q21 Au cours des 12 derniers mois : Avez-vous perdu, pendant au moins deux semaines, votre intérêt envers la plupart des activités liées aux stages ou des passe-temps vous procurant généralement du plaisir?



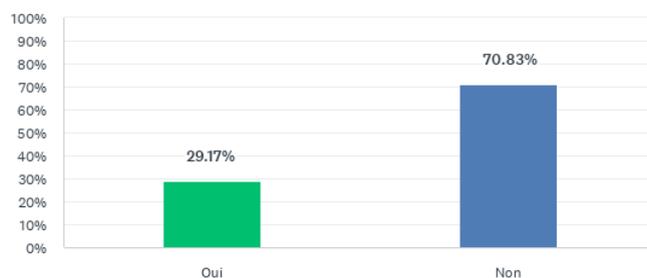
Q22 Vous êtes-vous senti découragé(e), déprimé(e) ou désespéré(e) pendant au moins deux semaines de suite?



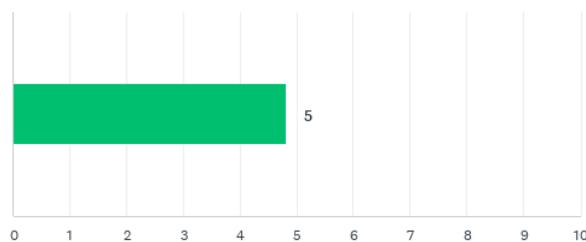
Q23 Avez-vous déjà envisagé de vous enlever la vie?



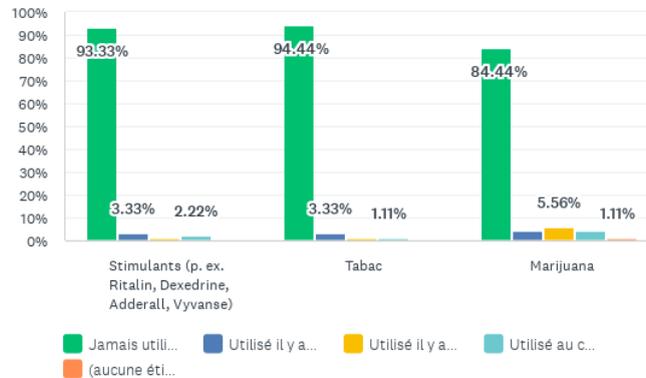
Q24 Ne pas répondre si vous avez répondu non à la question précédente (21): Si vous avez répondu oui, cela est-il survenu au cours des 12 derniers mois?



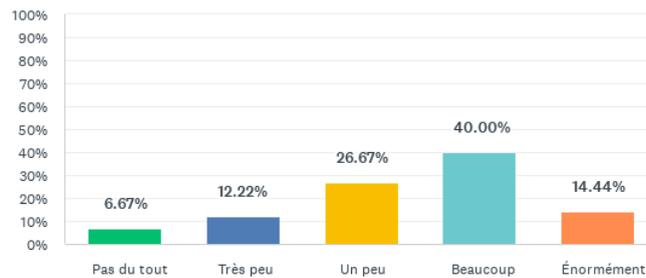
Q25 Durant le dernier mois, combien de jours, en moyenne, avez-vous consommé des boissons alcoolisées?



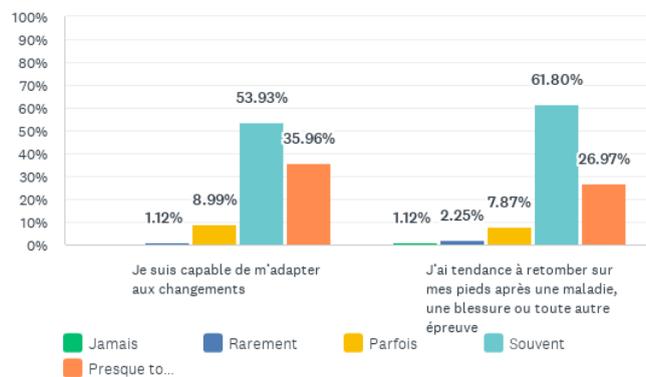
Q26 À quelle fréquence avez-vous utilisé les substances suivantes pour faire face à vos obligations quotidiennes?



Q27 Dans quelle mesure avez-vous l'impression que votre santé et votre bien-être (physique, psychologique) influencent la qualité des soins prodigués à vos patient(e)s?



Q28 Indiquez dans quelle mesure chaque énoncé s'est appliqué à vous au cours du dernier mois. Si l'une des situations décrites ne s'est pas présentée, indiquez la réponse qui, selon vous, aurait été la plus juste.



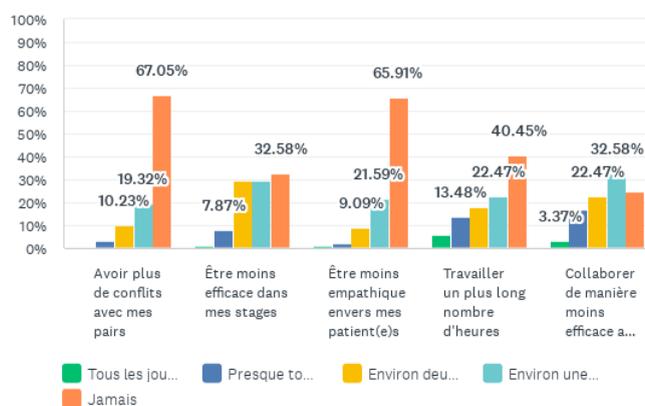
Q29: Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous éprouvé les sentiments suivants?

	TOUS LES JOURS	PRESQUE TOUS LES JOURS	ENVIRON DEUX OU TROIS FOIS PAR SEMAINE	ENVIRON UNE FOIS PAR SEMAINE	UNE OU DEUX FOIS	JAMAIS	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
Être heureux/heureuse	14.44% 13	45.56% 41	25.56% 23	7.78% 7	6.67% 6	0.00% 0	90	2.47
Être intéressé(e) par la vie	42.22% 38	36.67% 33	11.11% 10	6.67% 6	2.22% 2	1.11% 1	90	1.93
Être satisfait(e) de votre vie	22.22% 20	36.67% 33	20.00% 18	10.00% 9	10.00% 9	1.11% 1	90	2.52
Sentir que vous avez quelque chose d'important à contribuer à la société	26.67% 24	28.89% 26	26.67% 24	10.00% 9	5.56% 5	2.22% 2	90	2.46
Avoir un sentiment d'appartenance à une communauté (groupe social, quartier, ville, école)	20.00% 18	34.44% 31	22.22% 20	5.56% 5	11.11% 10	6.67% 6	90	2.73
Penser que les gens sont fondamentalement bons	25.56% 23	37.78% 34	17.78% 16	8.89% 8	5.56% 5	4.44% 4	90	2.44
Trouver que le fonctionnement de notre société a du sens	2.25% 2	37.08% 33	23.60% 21	11.24% 10	12.36% 11	13.48% 12	89	3.35
Aimer la plupart des aspects de votre personnalité	16.67% 15	45.56% 41	15.56% 14	10.00% 9	11.11% 10	1.11% 1	90	2.57
Sentir que vous êtes capable de bien gérer vos responsabilités quotidiennes	10.11% 9	52.81% 47	19.10% 17	7.87% 7	5.62% 5	4.49% 4	89	2.60
Avoir l'impression d'entretenir des relations chaleureuses et basées sur la confiance avec les autres	22.22% 20	53.33% 48	14.44% 13	7.78% 7	1.11% 1	1.11% 1	90	2.16
Penser que vos expériences de vie vous aident à vous améliorer comme personne	30.00% 27	44.44% 40	14.44% 13	6.67% 6	3.33% 3	1.11% 1	90	2.12
Avoir assez confiance en vous pour vous faire vos propres idées et opinions ou pour exprimer celles-ci	22.22% 20	51.11% 46	14.44% 13	8.89% 8	1.11% 1	2.22% 2	90	2.22
Avoir le sentiment que votre vie progresse et a un sens	22.47% 20	42.70% 38	13.48% 12	12.36% 11	5.62% 5	3.37% 3	89	2.46

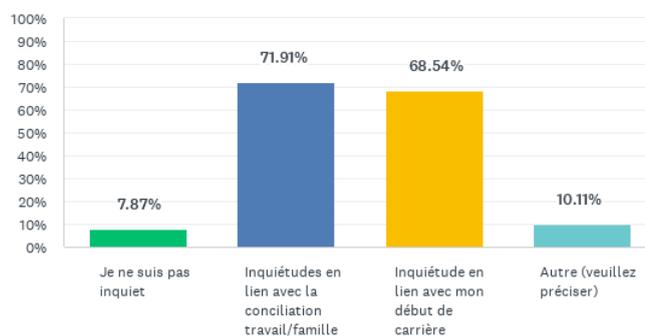
Q30 Avez-vous déjà constaté un ou des impacts de la pénurie de personnel de la santé?



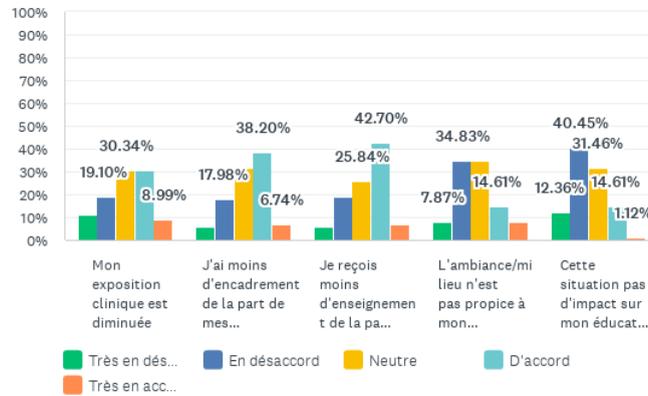
Q31 Dans quelle mesure avez vous l'impression que la pénurie de main d'oeuvre a en santé à un impact sur les éléments suivant de votre quotidien ?



Q32 Est-ce que la pénurie de main d'oeuvre vous inquiète par rapport à votre futur dans le réseau de la santé?



Q33 Veuillez choisir votre niveau d'accord avec les énoncés suivants en lien avec la pénurie de main d'oeuvre en santé:



Question non incluse car zone de texte Q34: Avez-vous été témoin d'une situation où le manque de main-d'œuvre a eu un impact sur la sécurité d'un patient? Si oui, développez.

Question non incluse car zone de texte Q35: Avez-vous vécu d'autres situations particulières en lien avec la pénurie de main-d'œuvre dans votre milieu de travail ? Si oui, développez.