

# Fermetures de services d'urgence dans les régions nordiques, rurales et éloignées

Recommandations stratégiques

# À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au pays reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patients, les proches aidants et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé. Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

Excellence en santé Canada  
150, rue Kent, bureau 200  
Ottawa (Ontario) K1P 0E4

Sans frais : 1 866 421-6933 / Local (Ottawa) : 613 728-2238

Courriel : [IST-ESMO@hec-esc.ca](mailto:IST-ESMO@hec-esc.ca)

# Résumé

Depuis plusieurs décennies, la pérennité et la stabilité des services d'urgence (SU) dans les régions nordiques, rurales et éloignées du Canada posent un véritable défi aux responsables de la gestion et de la planification des services de santé. L'évolution démographique, la désarticulation des structures du système de santé, la hausse du coût des soins et les difficultés associées à la rétention du personnel de santé contribuent aux fermetures intermittentes, voire permanentes, de SU dans les communautés de petite taille.

Le 1er février 2023, Excellence en santé Canada (ESC) a lancé une discussion collaborative afin d'examiner diverses solutions stratégiques en vue d'améliorer les soins d'urgence et de limiter les fermetures dans ces communautés.

Nos objectifs étaient les suivants :

- intégrer les points de vue de diverses parties prenantes;
- confirmer les principaux enjeux stratégiques qui entravent la prestation des soins dans les contextes d'urgence et d'urgence vitale;
- examiner le cadre stratégique;
- rechercher des approches stratégiques et pratiques innovantes pour assurer les soins en cas de fermeture de SU.

## Pour prévenir la fermeture de SU dans les communautés nordiques, rurales et éloignées, le rapport fait ressortir trois besoins clés :

### 1. Une main-d'œuvre stable, expérimentée et pérenne

Les stratégies qui aident les communautés à former, retenir et soutenir leur main-d'œuvre peuvent contribuer à éviter les interruptions de service.

### 2. Un accès rapide à des soins appropriés

Aider les services de santé locaux à renforcer les capacités des services de soins primaires et communautaires peut contribuer à réduire la pression exercée sur les SU et à offrir un accès plus rapide à des soins appropriés.

### 3. Des services de santé conçus en tenant compte des voix de la communauté et des nouveaux modèles de soins

Un processus de co-conception favorisant l'adoption de solutions locales et élargissant l'accès à des services culturellement sûrs contribuera à répondre aux besoins des populations nordiques, rurales et éloignées.

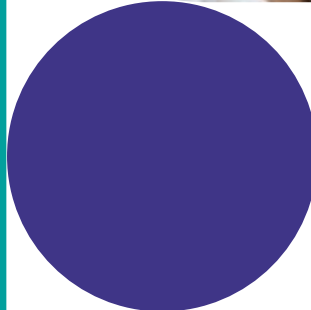


# Nous avons identifié ces trois besoins clés en examinant les problématiques stratégiques dans trois domaines :

## 1. Les ressources humaines en santé

L'ensemble du secteur de la santé peine à s'assurer une main-d'œuvre qualifiée suffisante, et à plus forte raison dans les petites communautés. Les stratégies identifiées pour faire face à ces pénuries d'effectifs sont vastes, en voici quelques exemples :

- Élargir le champ d'exercice des professionnels de la santé en assurant leur éducation, leur formation et leur mentorat et en adaptant les processus
- Permettre à davantage de professionnels de dispenser des soins en renforçant les capacités de la main-d'œuvre
- Lever les obstacles à l'innovation
- Collaborer avec des professionnels issus d'autres secteurs d'activité qui peuvent appuyer les professionnels de la santé
- Accroître le nombre de nouvelles diplômées et nouveaux diplômés étrangers recrutés et autorisés à exercer
- Augmenter l'effectif des prestataires de soins de santé en levant les obstacles et en suscitant l'intérêt
- Retenir la main-d'œuvre actuelle, qui comprend les contextes locaux
- Recruter au sein des communautés nordiques, rurales et éloignées, leurs membres étant plus susceptibles d'y rester



## 2. L'accessibilité des soins

La surfréquentation des SU dans les communautés nordiques, rurales et éloignées s'explique en partie par la difficulté des populations à accéder à des soins communautaires au moment et à l'endroit opportuns. Cette dépendance vis-à-vis des SU peut générer de grands dysfonctionnements lorsque ces services doivent fermer. Plusieurs solutions peuvent être envisagées, notamment :

- faire intervenir des équipes pluridisciplinaires, afin que les professionnels ayant le champ de compétence le plus élevé restent disponibles pour les cas les plus urgents;
- offrir une aide de proximité aux patients, afin d'éviter les transferts aux SU;
- renforcer l'accès à d'autres options de soins, notamment l'examen par visioconférence;
- tirer profit des soins virtuels en veillant à la disponibilité de services à haut débit et à la protection de la vie privée.

## 3. La sécurité culturelle et l'équité des soins

Les populations des communautés nordiques, rurales et éloignées ont des besoins uniques, et des solutions complètes sont élaborées en étroite consultation avec les communautés desservies par les SU. La feuille de route vers l'instauration de soins équitables et culturellement sûrs peut comprendre les étapes suivantes :

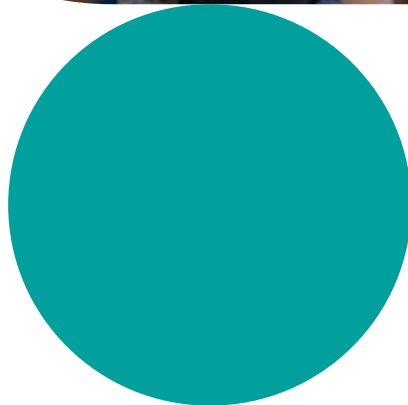
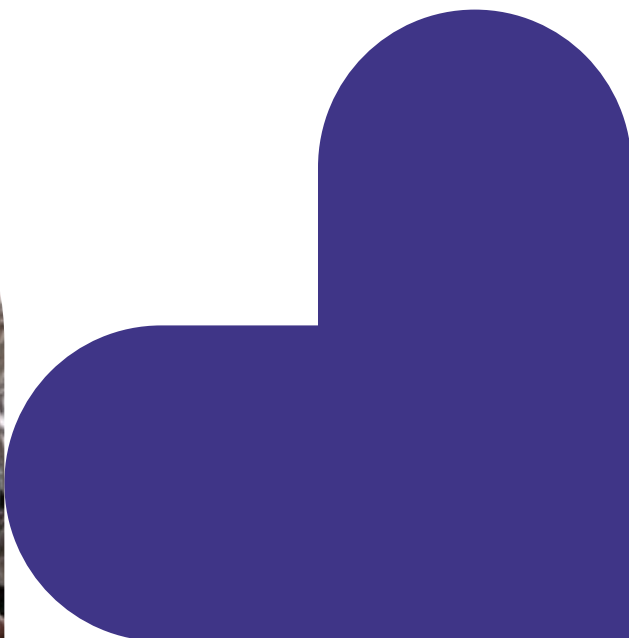
- mener une évaluation exhaustive des besoins pour identifier les services requis;
- consulter les porte-parole des communautés tout au long du processus;
- instaurer des milieux de travail culturellement sûrs afin d'améliorer le recrutement et la rétention du personnel.



## Conclusion

Face à des populations et équipes limitées, il peut s'avérer plus difficile d'assurer la pérennité des services. Des solutions créatives sont alors nécessaires pour optimiser les ressources et répondre aux besoins en matière de soins. Il faudra notamment procéder à des investissements stratégiques, ajouter de nouveaux postes et types de prestataires, se pencher sérieusement sur la possibilité de recruter des diplômées et diplômés étrangers et exploiter les outils technologiques de façon appropriée.

Un leadership agile et flexible, couplé à une approche de l'innovation inclusive et collaborative centrée sur les caractéristiques et les besoins des communautés, favorisera la mise en œuvre de politiques et pratiques efficaces et réactives.



# Contexte et objectifs

Le 1er février 2023, Excellence en santé Canada a lancé une discussion collaborative afin d'examiner d'un point de vue stratégique les répercussions des fermetures de SU dans les communautés nordiques, rurales et éloignées sur la prestation des soins, ainsi que les stratégies pour y faire face. Les personnes participantes, originaires de neuf provinces et territoires, ont apporté des perspectives diversifiées, notamment celles de patients et patientes partenaires, de prestataires de soins de première ligne, de responsables du secteur de la santé, d'autorités de réglementation, d'associations nationales et de décisionnaires du gouvernement.

Les objectifs de la session étaient les suivants :

- intégrer les points de vue de multiples parties prenantes – patients et patientes, prestataires, responsables du secteur de la santé, décisionnaires, associations de réglementation et plus encore;
- confirmer, par une approche systémique, les grands enjeux stratégiques qui entravent la prestation de soins sûrs et de qualité dans les communautés nordiques, rurales et éloignées du Canada dans des contextes d'urgence et d'urgence vitale;
- examiner le cadre stratégique, y compris les obstacles et leviers stratégiques réels et perçus entourant ces grands enjeux;
- Échanger, découvrir et explorer des approches inédites et novatrices (politiques et pratiques) pour fournir des soins sûrs et de qualité dans un contexte de fermeture effective ou imminente de SU.

Les personnes participantes ont eu l'opportunité de confirmer les grands enjeux stratégiques influant sur les SU des régions nordiques, rurales et éloignées, ont écouté des innovateurs et innovatrices de tout le pays, et ont cherché à déterminer quels leviers et innovations pourraient accroître la stabilité des SU dans les communautés ou contribuer à limiter les besoins en soins en cas de fermeture d'un SU. Le présent rapport présente les grandes lignes de ces discussions, et met en lumière les solutions réactives identifiées pour dispenser des soins aux membres des communautés nordiques, rurales et éloignées.

# Messages clés

Il a été évoqué que les communautés nordiques, rurales et éloignées ont besoin de trois éléments :

## 1. Une main-d'œuvre stable, expérimentée et pérenne

Tous les territoires et provinces peinent à recruter et retenir les professionnels de la santé, dans les centres de toutes tailles. Dans les petites équipes et communautés, les difficultés peuvent être exacerbées : la perte ne serait-ce que d'un membre essentiel de l'équipe peut entraîner une fermeture temporaire ou un dysfonctionnement des SU.

**Les stratégies qui aident les communautés à former, retenir et soutenir leur main-d'œuvre peuvent contribuer à éviter les interruptions de service.**

## 2. Un accès rapide à des soins appropriés

La fermeture d'un SU dans une communauté nordique, rurale ou éloignée peut être d'autant plus lourde de conséquences que les services qui y sont disponibles sont parfois limités. Dans nombre de ces communautés, les SU servent non seulement de pôle centralisé pour les soins d'urgence, mais également de point d'accès à des soins courants et primaires.

**Aider les services de santé locaux à renforcer les capacités des services de soins primaires et communautaires peut contribuer à réduire la pression exercée sur les SU, et à offrir un accès plus rapide à des soins appropriés à toutes les personnes qui résident dans des communautés nordiques, rurales et éloignées.**

## 3. Des services de santé conçus en tenant compte des voix de la communauté et des nouveaux modèles de soins

L'offre de services et de soins n'est pas toujours en adéquation avec les besoins d'une communauté. Il est nécessaire d'adopter des politiques et pratiques qui permettent de répondre aux besoins en santé des communautés nordiques, rurales et éloignées, mais aussi de favoriser et d'appuyer l'instauration d'un partenariat entre les services de santé et les communautés, les usagers et les proches aidants.

**Il serait idéal de mettre en place un processus de co-conception favorisant l'adoption de solutions locales et élargissant l'accès à des services culturellement sûrs; celui-ci contribuerait en effet à répondre aux besoins des populations nordiques, rurales et éloignées.**

# Recommandations stratégiques : intervention des parties prenantes pour stabiliser les SU dans les communautés nordiques, rurales et éloignées

Les défis actuels et passés que connaît le système de santé ayant conduit à la fermeture de SU dans les régions nordiques, rurales et éloignées ont eu un effet cumulatif sur les communautés ainsi que les personnes qui organisent, dispensent et reçoivent les soins. Nous avons la possibilité de soutenir les communautés et limiter non seulement la probabilité de futures fermetures, mais aussi leurs répercussions lorsqu'elles ne peuvent être évitées.

Les axes d'amélioration des politiques et pratiques et les exemples de stratégies novatrices énumérés dans les paragraphes ultérieurs ne représentent qu'un échantillon des innovations mises en place dans les établissements de soins à travers les provinces et territoires. Certains ont été soulignés par des panélistes et des personnes participantes lors de la discussion sur les recommandations stratégiques; d'autres ont été récemment annoncés dans le cadre des efforts déployés pour stabiliser les SU; et d'autres encore viennent illustrer les stratégies présentées dans ce rapport. Les recommandations et innovations sont réparties dans les catégories suivantes :

- Les ressources humaines en santé
- L'accessibilité des soins
- La sécurité culturelle et l'équité des soins

Ces recommandations et les exemples associés visent à mettre en avant les solutions créatives mises en œuvre par certaines provinces et certains territoires pour surmonter des difficultés courantes, mais aussi à appeler à davantage de créativité afin d'identifier des stratégies pour fournir des services de santé essentiels aux régions nordiques, rurales et éloignées.





## Les ressources humaines en santé

L'ensemble du secteur de la santé peine à s'assurer une main-d'œuvre qualifiée et suffisante. Le problème est d'autant plus important dans les communautés de petite taille, en raison d'effectifs réduits et d'un manque de flexibilité pour ajouter des capacités supplémentaires en cas d'absences ou de vacances de poste. Malgré ces défis, il est possible d'agir en recrutant, retenant et soutenant le personnel afin de s'assurer une main-d'œuvre qualifiée et suffisante.

Parfois, les stratégies sont axées sur la nécessité de renforcer les effectifs; dans d'autres cas, elles consistent à étendre les services qui peuvent être fournis en encourageant le personnel à investir pleinement son champ de compétence, en intégrant aux équipes de nouveaux types de prestataires, ou encore en dispensant les soins de façon novatrice.

Si ces stratégies ne sont pas des solutions spécifiquement créées pour remédier aux fermetures de SU, elles peuvent toutefois contribuer à appuyer les ressources humaines en santé dans leur globalité, et de ce fait favoriser la stabilité des équipes et des SU. Adopter une vue d'ensemble des stratégies liées aux ressources humaines offre la possibilité d'examiner différentes politiques et tactiques, ainsi que leurs conséquences imprévues. Certaines communautés, par exemple, parviennent à recruter de nouveaux médecins, mais réussissent moins bien à les retenir. Un cycle de stratégies axées sur le recrutement peut avoir une efficacité limitée si l'on ne recherche pas d'autres besoins et causes profondes.

### Optimiser les champs de compétence

La crise qui touche actuellement les ressources humaines en santé (RHS), amplifiée par la pandémie, a contraint les systèmes de santé à envisager et adapter des modèles de dotation en personnel innovants, et un élargissement des champs de compétence afin de répondre aux besoins et fournir des services de santé de qualité.

Une stratégie – optimiser les champs de compétence – prévoit d'adapter les processus (par exemple les cheminements cliniques, les processus des services, les protocoles de transfert des soins, etc.) mais aussi d'assurer, dans la mesure du possible, l'éducation, la formation et le mentorat des professionnels de la santé afin de les aider à investir pleinement leurs compétences. À titre d'exemple, le Nunavut a intégré des ambulancières et ambulanciers paramédicaux au personnel des centres de santé. (Lire [l'entrevue avec Francois De Wet](#) qui décrit ce qui a été fait

et les enseignements qui en ont été tirés.) D'autres ont appuyé [la certification/désignation spécialisée du personnel infirmier autorisé](#) afin de répondre aux besoins de la communauté.

### Permettre à davantage de professionnels de dispenser des soins

Une autre stratégie ouvre de nouvelles possibilités : permettre à d'autres catégories de professionnels de dispenser des soins, par exemple les ambulancières et ambulanciers paramédicaux, les adjoints et adjointes au médecin, le personnel infirmier autorisé, les pharmaciens et pharmaciennes, etc. Cette solution permet de maximiser la main-d'œuvre disponible ainsi que les soins qui peuvent être directement dispensés aux patients et aux patientes.

Dans le cadre du dialogue sur les recommandations stratégiques, certaines des personnes participantes ont soulevé la nécessité de développer et consolider les capacités de la main-d'œuvre actuelle plutôt que de s'appuyer régulièrement sur des modèles de dotation temporaires ou à court terme dans un contexte de fermeture de SU. Il a été souligné qu'un solide modèle de soins fondé sur le travail d'équipe (en personne comme en virtuel) contribue à la sécurité et la qualité des soins de santé.

Par ailleurs, les régions nordiques, rurales et éloignées ont besoin de prestataires de soins expérimentés et polyvalents en raison de la diversité des besoins relevés dans ces SU. La Nouvelle-Écosse, par exemple, a intégré des [adjoints et adjointes au médecin et des infirmières et infirmiers praticiens](#) aux équipes des SU. Les établissements qui ont adopté des approches similaires ont insisté sur la nécessité de clarifier les rôles, de renforcer les processus et de favoriser une communication continue entre les individus qui composent une équipe soignante.

L'Alberta a modifié [sa législation en matière de santé mentale](#) afin d'élargir le champ d'évaluation de l'état mental par le personnel infirmier praticien. Une telle approche peut améliorer de nombreux aspects des soins et du flux de travail lors de la fermeture d'un SU, notamment les délais d'attente et l'accessibilité des soins.

## Lever les obstacles à l'innovation

---

Des différences de permis d'exercice entre les provinces et territoires empêchent certaines provinces et certains territoires d'étendre le champ d'exercice des professionnels de la santé. Certains limitent leurs privilèges, par exemple pour l'examen, l'admission, le traitement et le congé des patients, tandis que d'autres définissent avec davantage de souplesse le rôle des professionnels de la santé exerçant en milieu hospitalier.

Les parties prenantes, notamment les responsables des politiques et du système de santé, les syndicats et le personnel offrant des soins directs, doivent travailler ensemble pour lever les obstacles à l'innovation liés aux champs de compétence et aux modèles de prestation des soins, tout en assurant la continuité des services et la prestation de soins sûrs et de qualité.

Le Yukon a élargi le champ de pratique des soins infirmiers. Leur approche est décrite dans le rapport intitulé [La population d'abord](#). De la même façon, la [First Nations Health Authority](#) de Colombie-Britannique couvre le coût des formations spécialisées et les frais d'hébergement, et a élargi le champ de compétence des infirmières et infirmiers autorisés qui rejoignent les équipes des postes et des centres de soins infirmiers.

## Collaborer avec des professionnels issus d'autres secteurs d'activité qui peuvent appuyer les professionnels de la santé

---

Pour s'assurer des ressources humaines en santé suffisantes dans les communautés nordiques, rurales et éloignées, les provinces et les territoires peuvent prendre des mesures pour faciliter le recrutement de personnel aux postes clés. Il est fondamental de travailler en partenariat avec les communautés, les organisations et des secteurs gouvernementaux autres que la santé afin d'aider les prestataires de soins et leurs familles à s'établir professionnellement et personnellement dans ces régions. Cette aide peut se matérialiser par la recherche d'un logement approprié, mais aussi d'opportunités professionnelles pour les conjoints et les membres de la famille des professionnels de la santé qui cherchent à déménager.

Par ailleurs, les mesures d'aide visant à réduire l'isolement des professionnels de la santé, telles que la mise en place de réseaux de soutien, l'accès à des consultations spécialisées, etc., peut contribuer à accroître le succès du recrutement dans ces régions.

Enfin, il sera nécessaire, dans le cadre des processus visant à aider les diplômées et diplômés en médecine

étrangers à s'installer dans les petites communautés, d'encourager l'intégration au sein des communautés et d'assurer la sécurité culturelle sur les lieux de travail. Un rapport de 2015 élaboré par l'Institut du développement rural de l'Université de Brandon, au Manitoba, présente des [données issues de plusieurs provinces qui soulignent les principaux obstacles à l'intégration](#) des nouveaux arrivants dans les communautés rurales. Après les salaires et les avantages sociaux, plusieurs mesures de soutien clés telles que les services de garde, l'école, et la présentation des infrastructures et des services locaux sont d'importants facteurs à prendre en considération.

## Recruter et agréer des diplômés et diplômées étrangers

---

Le recrutement de diplômées et diplômés en médecine formés à l'étranger peut par ailleurs être entravé par les processus actuels d'octroi des permis d'exercice. Les personnes participantes ont souligné la nécessité d'accroître l'efficacité des processus de recrutement et de certification des professionnels qualifiés étrangers afin de contribuer à soulager la pression ressentie par les communautés nordiques, rurales et éloignées.

Les exigences provinciales et territoriales relatives à l'octroi de permis d'exercice peuvent en effet limiter le recrutement des professionnels de la santé formés à l'étranger. La procédure d'octroi des permis d'exercice varie d'une province ou d'un territoire à l'autre, et les coûts peuvent être significatifs pour les professionnels qui souhaitent avoir un permis dans plusieurs provinces ou territoires. Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta a lancé un [programme pilote d'une durée de cinq ans](#) afin d'optimiser le processus d'évaluation de la capacité à exercer pour les diplômées et diplômés en médecine venant de l'étranger. Le [College of Registered Nurses de l'Alberta](#) a également simplifié le processus de demande pour le personnel infirmier formé à l'étranger.

Certaines personnes participantes ont fait remarquer que l'octroi d'un permis d'exercice national constituerait une approche simplifiée pour favoriser la mobilité aux professionnels de la santé, offrir une sécurité et une stabilité d'emploi accrues et contribuer à pallier rapidement la pénurie de capacités d'appoint.

## Renforcer l'effectif des prestataires de soins de santé

---

Des efforts doivent être déployés pour renforcer l'effectif des professionnels de la santé qui fournissent des services primordiaux dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. Pour ce faire, deux approches peuvent être adoptées : lever les barrières à la mutation des professionnels d'une province ou d'un territoire à l'autre, ou susciter et soutenir l'intérêt des populations à s'engager dans une carrière dans la santé.

L'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie a signé un [protocole d'entente](#) avec dix de ses membres en mai 2017 dans le but de faciliter l'exercice interprovincial. Celui-ci permet aux physiothérapeutes d'une province de fournir des soins à des patients qui se trouvent dans une autre province. L'octroi de permis d'exercice nationaux ou régionaux fait encore l'objet de discussions en tant que stratégie éventuelle pour réduire les obstacles à la prestation de soins aux patients à l'endroit et au moment opportuns. Cette stratégie relative à la mobilité de la main-d'œuvre est également abordée ici :

- [Association médicale canadienne](#)
- Le [Registre des médecins de l'Atlantique](#) facilitera la mobilité des médecins agréés à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick.
- [Association canadienne des médecins d'urgence](#)
- [Société de la médecine rurale du Canada](#)

D'autres changements sont en cours dans tout le pays pour faciliter l'exercice interprovincial des professionnels de la santé. Parmi les avancées récentes figure la proposition de [l'Ontario](#) : permettre aux professionnels de la santé inscrits ou titulaires d'un permis dans d'autres provinces ou territoires du Canada de commencer à prodiguer des soins en Ontario avant d'y obtenir le permis d'exercice. De son côté, [la Nouvelle-Écosse a adopté début 2023 une nouvelle législation visant à améliorer l'accès des patients aux soins \(The Patient Access to Care Act\)](#). Celle-ci facilite l'octroi du permis d'exercice pour l'ensemble des 21 professions de santé réglementées que compte la province.

Les stratégies visant à accroître le nombre d'étudiantes et d'étudiants qui choisissent des spécialités telles que la médecine familiale, la pédiatrie et d'autres services touchés par une pénurie de main-d'œuvre dans certaines régions nordiques, rurales et

éloignées, sont idéalement mises en œuvre à un stade précoce et encouragées dans le cadre de la formation de tous les professionnels de la santé. Une stratégie prometteuse consiste à promouvoir les métiers de la santé au sein de la jeunesse locale, à aider les jeunes à bénéficier d'opportunités de formation, puis à assurer leur mentorat et leur développement professionnel une fois de retour dans leurs communautés d'origine. Pour citer un exemple de service de formation et de placement, [Interior Health appuie la formation et le recrutement](#) des personnes qui débutent une carrière d'assistant ou d'assistante en soins de santé.

## Retenir la main-d'œuvre actuelle

---

La rétention a été définie comme l'une des méthodes les plus efficaces pour assurer la stabilité de ressources humaines en santé qualifiées. Le personnel local comprend les contextes géographique, culturel et socioéconomique au sein desquels il intervient; il est donc plus à même de savoir ce qui rend un soin approprié au sein de sa communauté.

La nécessité d'améliorer la sécurité du personnel qui parcourt de grandes distances ou intervient dans les régions éloignées a été soulignée, tout comme la nécessité d'assurer une plus grande équité salariale pour les professionnels de la santé qui exercent dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. Le recours à des agences de dotation fait aujourd'hui partie intégrante de la prestation de services, ce qui se traduit par des écarts de rémunération entre différents professionnels de la santé qui assurent les mêmes services vitaux, et de ce fait par une concurrence intraprofessionnelle. Parmi les avantages importants à envisager pour retenir les professionnels de la santé et reconnaître leur contribution essentielle aux communautés nordiques, rurales et éloignées, figure une rémunération juste et équitable.

D'autres mesures incitatives sont importantes pour le personnel, notamment disposer de temps pour se reposer et se ressourcer. Les personnes participantes ont souligné la nécessité de mobiliser la main-d'œuvre actuelle pour comprendre de quel soutien elle peut avoir besoin pour rester en poste. L'Ontario, par exemple, a lancé le [programme d'entraide du service des urgences](#) afin d'offrir du mentorat, un encadrement et un soutien aux médecins hospitaliers des régions nordiques et rurales. Cette assistance peut contribuer au maintien durable des capacités de soins et réduire l'épuisement professionnel. Les [services de suppléance médicale de l'Alberta Medical Association](#) offrent des mesures incitatives aux médecins suppléants afin d'assurer la couverture médicale et d'alléger la charge

des médecins qui exercent dans les communautés rurales.

ESC, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé, a relevé [des pratiques prometteuses pour retenir les professionnels de la santé](#) dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. ESC a récemment procédé à l'analyse de récents rapports sur les ressources humaines en santé, qui a ensuite donné lieu à des tables rondes et à l'élaboration d'une proposition comportant six objectifs de rétention :

- Promouvoir des environnements de travail physiquement sûrs
- Pérenniser les effectifs
- Mettre en place des structures de travail souples
- Offrir une rémunération équitable et appropriée
- Instaurer des milieux de travail positifs et inclusifs
- Appuyer l'avancement professionnel

L'objectif de ce projet était de partir des recommandations existantes et d'opérer collectivement une transition vers la mise en place de mesures concrètes. ESC reconnaît que pour appuyer et retenir la main-d'œuvre actuelle, de nombreuses parties prenantes doivent être mobilisées; celles-ci devront exploiter leurs leviers respectifs et travailler en étroite collaboration pour que l'apprentissage soit mutuel.

## **Recruter au sein des communautés nordiques, rurales et éloignées**

---

Outre les stratégies pour inciter la main-d'œuvre actuelle à rester en poste, le recrutement de personnel issu des communautés nordiques, rurales et éloignées aux postes de santé est une autre mesure identifiée pour favoriser la pérennité des effectifs. Il a été suggéré que les prestataires de soins locaux qui bénéficient d'un soutien contribuent à une pérennisation des effectifs, car les personnes vivant dans les communautés nordiques, rurales et éloignées comprennent les contextes locaux et sont vraisemblablement plus enclines à s'établir professionnellement à proximité de leurs communautés d'origine. Pour cela, une collaboration plurisectorielle entre les secteurs de l'éducation, de l'emploi et de la santé sera nécessaire à tous les niveaux (municipal, provincial/territorial et fédéral).

Il est important de définir des opportunités et des cheminements clairs pour accompagner les futurs professionnels de la santé entre leur sortie de l'école secondaire et leur intégration dans la communauté, en

leur assurant parallèlement un soutien professionnel, un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et des opportunités d'avancement professionnel. Il existe à l'heure actuelle un fossé entre le besoin énoncé de renforcer les ressources humaines en santé et les moyens pratiques déployés pour y parvenir. Les personnes issues de communautés dépourvues d'école secondaire poursuivent leur scolarité ailleurs (souvent dans une communauté de plus grande envergure), ce qui compromet leur retour dans leurs communautés d'origine.

Les jeunes ne doivent pas seulement envisager les ressources dont ils auront besoin pour devenir des professionnels de la santé (formation loin du domicile, coûts associés, etc.); il est important qu'ils aient aussi un aperçu de ce qui est possible et réalisable, grâce à des modèles de référence, des mentors et l'exemple de personnes de leur communauté qui ont avancé professionnellement à l'échelle locale. Qui plus est, une fois le recrutement finalisé, il est fondamental de s'intégrer à une communauté hors du cadre professionnel pour trouver un équilibre entre satisfaction et rétention. Le [programme RESIDE](#) de l'Alberta, par exemple, offre aux médecins de famille qui souhaitent faire carrière dans des centres ruraux des incitatifs financiers, mais aussi un appui pour les aider à s'intégrer dans la communauté.

## L'accessibilité des soins

Les défis d'accessibilité des soins dans les communautés nordiques, rurales et éloignées dépassent le simple cadre de la prestation de services d'urgence. À la précarité des SU vient s'ajouter la pénurie de services dans certaines communautés, notamment les services de soins primaires, de soins spécialisés et de soins communautaires, tels que les soins à domicile. Lorsque de tels services sont limités, les membres de la communauté doivent généralement se rendre au SU pour bénéficier de soins courants qui seraient dispensés de manière plus appropriée dans d'autres contextes s'ils étaient disponibles. Cette surfréquentation des SU peut aggraver les dysfonctionnements lorsque ceux-ci doivent fermer.

### Faire intervenir des équipes pluridisciplinaires

Une solution envisageable pour dispenser les soins dans des milieux plus appropriés consiste à faire intervenir des équipes pluridisciplinaires, afin de conjuguer différentes expertises et faire en sorte que les professionnels ayant le champ de compétence le plus élevé restent disponibles pour les cas les plus urgents. À titre d'exemple, le [Virtual Triage and Assessment Centre](#) (VTAC) du comté de Renfrew, en Ontario, propose des consultations à distance avec des médecins de famille, et l'intervention de personnel ambulancier paramédical pour les éventuels soins à domicile nécessaires.

[Le service HealthLink de l'Alberta](#) comprend le [programme Virtual MD](#) : des infirmières ou infirmiers autorisés assurent le triage des patients, qui peuvent ensuite consulter un médecin virtuellement lorsqu'un avis médical urgent est nécessaire. Si les équipes pluridisciplinaires permettent d'élargir l'éventail de prestataires habilités à dispenser des soins, la continuité des services de santé en amont et en aval des SU doit toutefois être renforcée. Lorsque l'on part du besoin du patient ou de la communauté, le modèle de prestation des soins s'impose de lui-même.

L'exemple suivant illustre en quoi le travail d'équipe contribue à l'adéquation des soins : les patients adressés au [Spine Surgery Institute de Vancouver](#) sont d'abord évalués par des physiothérapeutes spécialisés, qui déterminent quel est le cheminement clinique le plus approprié. Il est estimé qu'environ 70 % des patients évalués n'ont pas besoin d'opération chirurgicale, mais pourraient en revanche bénéficier d'autres interventions.

### Offrir une aide de proximité aux patients

En raison de leur éloignement géographique de certains services essentiels, les membres des communautés nordiques, rurales et éloignées doivent souvent se déplacer, parfois à grands frais, pour accéder à des soins. Outre les considérations pratiques, telles que la capacité à voyager, les coûts du trajet et, éventuellement, d'hébergement, ils ont d'importantes difficultés à s'orienter au sein du système de santé. Les personnes vivant dans les régions nordiques, rurales et éloignées peuvent également être confrontées à différents paliers gouvernementaux lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins. Enfin, lorsqu'elles doivent être soignées hors de leur province ou de leur territoire d'origine, le manque d'intégration des dossiers médicaux fait obstacle à la continuité des soins.

Offrir une aide de proximité aux patients et patientes et aux prestataires de soins peut parfois permettre d'éviter les transferts ou les déplacements pour raison médicale. Le [service de soins d'urgence virtuels et de transfert](#) du Manitoba, lancé à Winnipeg, offre aux prestataires de soins des établissements nordiques, ruraux et éloignés, et certains établissements de Winnipeg, un accès amélioré à des consultations spécialisées. Ils peuvent ainsi bénéficier de conseils cliniques, et coordonner le transfert des patients et patientes.

### Renforcer l'accès à d'autres options de soins

Les efforts déployés pour renforcer l'accès à des options de soins autres que les SU permettent non seulement d'atténuer la pression exercée sur les SU, mais aussi de minimiser les perturbations lorsqu'une fermeture est nécessaire. Pour illustrer l'élargissement des options de soins, la [loi sur la santé mentale \(Mental Health Act\) de l'Alberta a été amendée](#) afin d'ajouter le personnel infirmier praticien à la liste de prestataires autorisés à examiner un patient ou une patiente, ce qui accroît le nombre de sites où peuvent se rendre les patients et les patientes. Autoriser les examens dans des lieux sécurisés plutôt que dans des établissements désignés offre aux patients davantage de choix pour consulter des prestataires de soins à proximité de leur domicile. Par ailleurs, les examens effectués par visioconférence évitent aux usagers d'avoir à se déplacer. Ces différentes options, à savoir bénéficier de

soins dispensés par différents types de prestataires ou consulter dans d'autres lieux, peuvent améliorer l'offre de services et permettre d'assurer un relais lors de la fermeture des SU.

Renforcer l'accès aux soins primaires et favoriser un recours accru aux services communautaires peut contribuer à répondre aux besoins locaux. Des pratiques particulièrement innovantes sont employées en médecine paramédicale et en médecine à domicile pour dispenser des soins aux personnes résidant dans les régions nordiques, rurales et isolées. Lorsqu'ils sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, les patients et les patientes peuvent être soignés à domicile ou dans leurs communautés, les soins d'urgence n'étant pas toujours nécessaires.

[L'implication du personnel ambulancier dans la prestation de soins communautaires](#) s'est avéré prometteuse ces dernières années. Celui-ci a en effet fourni des services d'examen et de traitement essentiels aux communautés, même s'il sera important de poursuivre le déploiement d'une approche standardisée pour intégrer cette profession aux contextes de soins non traditionnels. De plus, des problèmes de compétence administrative devront être résolus pour assurer l'accessibilité des soins et des délais d'attente minimums. Il faudra notamment établir si le personnel ambulancier d'une autorité sanitaire régionale peut se déplacer dans une réserve (sous compétence fédérale) pour Le potentiel d'amélioration des services aux patients est en train de se déployer : [l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, a intégré avec succès le personnel ambulancier](#) aux prestataires de soins communautaires dans un certain nombre de scénarios donnés.

Déplacer les services fournis hors des contextes traditionnels peut également amener une augmentation des capacités et, dans certains cas, des services plus appropriés. Certaines provinces, par exemple, autorisent la prestation de services liés à la santé mentale et à l'usage de substances psychoactives hors des services d'urgence. Cela se traduit par des capacités accrues au sein de la communauté, et des services davantage centrés sur les patients et les patientes. Dans le cadre d'une initiative menée à Toronto, une [clinique indépendante a été créée pour les personnes en état d'ébriété](#) : celles-ci y sont déposées par le personnel ambulancier (plutôt que d'être admises dans un SU), puis prises en charge par des intervenants et intervenantes en réduction des méfaits, des travailleuses et travailleurs sociaux et un médecin de garde. Les patients et patientes disposent

ainsi d'un lieu sûr et bienveillant où se reposer et se rétablir, tout en bénéficiant d'un appui médical et social. Cette clinique répond aux besoins de cette population, permet d'éviter des visites inutiles aux SU, et libère le personnel ambulancier, qui peut retourner plus rapidement au sein de la communauté.

## Tirer profit des soins virtuels

La technologie offre également une nouvelle approche pour renforcer les capacités des services dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. Les communautés peuvent tirer profit des outils virtuels destinés aux prestataires de soins de santé, tels que le mentorat ou les consultations entre pairs, les services de triage, etc. afin d'optimiser la prestation de soins et réduire la demande. En outre, les membres des communautés peuvent accéder à des services tels que des soins primaires, des soins spécialisés, etc. qui, autrement, ne seraient pas offerts dans leur communauté locale.

Les soins virtuels ne sont toutefois pas la panacée, et doivent idéalement s'accompagner d'investissements dans des services à haut débit accessibles et fiables. Les efforts devront également être poursuivis pour faire en sorte que la législation relative à la protection de la vie privée, et plus spécifiquement à la détention, à l'accès et à la diffusion des informations médicales, ne constitue pas un obstacle à la prestation de soins virtuels.

En 2022, en réponse à l'émergence des soins virtuels, les commissaires fédéral, provinciaux et territoriaux à la protection de la vie privée du Canada, ainsi que des ombudsmans responsables de la protection de la vie privée, ont publié une [résolution conjointe sur la santé numérique](#) afin de proposer des méthodes de travail simplifiées entre les provinces et territoires.

Cette résolution conjointe stipule que les commissaires à la protection de la vie privée et les ombudsmans travailleront en concertation sur la définition d'étapes, notamment la collaboration avec les gouvernements, les ordres professionnels, le secteur de la santé et d'autres parties prenantes concernées, pour fournir des conseils en matière de sécurité et de protection de la vie privée afin d'accompagner la transition du secteur de la santé vers des solutions numériques modernes, sécurisées et interopérables pour la communication des informations médicales personnelles. Les commissaires à la protection de la vie privée et les ombudsmans fourniront également des conseils en matière de sécurité et de protection de la

vie privée aux parties prenantes concernées pour les aider à remplir leurs obligations et préserver la confiance du public.

Mais surtout, tout devra être fait pour garantir la qualité et la [pertinence](#) des soins virtuels pour les populations des régions nordiques, rurales ou éloignées, en faisant de la sécurité culturelle une composante de toutes les solutions virtuelles.

Par ailleurs, lorsque les équipes soignantes travaillent d'ores et déjà au maximum de leurs capacités, la mise en œuvre de nouveaux processus ou outils technologiques requiert des approches de gestion du changement réfléchies et approfondies, une formation et une assistance. Une approche hybride associant services virtuels et soins en personne peut contribuer à maximiser les capacités de la communauté et assurer le maintien de services appropriés.

Quelle que soit l'approche retenue pour intégrer les options de soins virtuels, la priorité doit être donnée aux solutions mises au point localement, puisque les approches et modèles urbains ne sont généralement ni répliquables ni pertinents dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. Les efforts fournis pour instaurer un dialogue entre les membres de la communauté et les personnes qui planifient et dispensent les soins peuvent être l'occasion de co-concevoir des solutions de soins hors du cadre des SU, mais aussi d'identifier les besoins en santé de la communauté, ce qui rendra les soins plus appropriés (y compris les soins primaires).

# La sécurité culturelle et l'équité des soins

Au vu des besoins uniques des personnes vivant dans les communautés nordiques, rurales et éloignées, il est nécessaire de mener une vaste consultation pour promouvoir la santé de la population. L'offre de services et de soins n'est pas toujours en adéquation avec les problématiques les plus fréquentes d'une communauté.

Les politiques applicables aux SU ainsi qu'aux services communautaires doivent idéalement être élaborées en partenariat avec les patients et les patientes, les proches aidants et les familles de ces communautés. L'une des priorités doit être de lutter contre les inégalités d'accès et de résultats de santé en mobilisant les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin d'aider les services de santé à satisfaire à leurs obligations en vertu des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

## Mener une évaluation exhaustive des besoins

Idéalement, la planification des services de santé communautaires doit s'appuyer sur un solide processus d'évaluation des besoins, qui passe notamment par le recueil pertinent de données quantitatives et qualitatives pour comprendre les services requis et les moyens les plus appropriés de fournir ces services. Les politiques sont plus à même de produire des résultats et répondre aux objectifs poursuivis lorsque les communautés contribuent à les documenter et les élaborer selon un processus itératif.

La transparence et le partenariat peuvent contribuer à clarifier les rôles et les champs d'influence – le fait par exemple que certaines décisions politiques doivent être prises par certaines entités dans le cadre du processus d'élaboration des politiques. (En d'autres termes, les responsables des politiques régionales prennent généralement les décisions sur l'allocation des ressources régionales). Il reste néanmoins préférable de prendre les décisions en tenant compte des besoins et des avis diversifiés de la communauté dans le cadre d'un forum de co-conception.

## Assurer la sécurité et l'équité des soins

Consulter et mobiliser la communauté peut contribuer à renforcer l'équité des soins. Auparavant, lors de l'élaboration des politiques et des pratiques, peu de considération était accordée à leurs répercussions sur les diverses populations. Pour assurer la sécurité et l'équité des soins, il est fondamental de faire en sorte que les groupes mal desservis puissent bénéficier d'un

accès adéquat aux soins, mais aussi de minimiser les pratiques préjudiciables telles que le racisme et la discrimination.

Nous avons appris que pour contribuer à améliorer l'expérience des patients et patientes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le [Bureau de l'expérience client](#) du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a mis en place des défenseurs et défenseuses des intérêts des patients autochtones ainsi qu'un mécanisme d'aide pour orienter les patients et patientes au sein du système. Il est fondamental de poursuivre l'éducation et la sensibilisation aux contextes historiques et aux inégalités auxquelles sont confrontées les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour dispenser des soins sûrs et de qualité. Le service de santé des Autochtones de l'Autorité provinciale des services de santé de la Colombie-Britannique gère le [programme de formation San'yas anti-racism Indigenous Cultural Safety Training](#). Les principaux modules de formation sont offerts en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Ontario. En Nouvelle-Écosse, [Tajikeimik](#), l'organisme mi'kmaq dédié à la santé et au mieux-être, a travaillé en partenariat avec IWK Health à l'élaboration d'un [programme sur la sécurité culturelle destiné au personnel clinicien](#).

## Assurer la sécurité culturelle sur les lieux de travail

De nombreux prestataires de soins de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont confrontés au racisme et à la discrimination sur leurs lieux de travail. Or pour recruter et retenir le personnel, il est crucial d'assurer la sécurité culturelle au travail. L'éducation et la formation jouent un rôle important, tout comme la mise en place de mécanismes de déclaration sûrs.

Pour faire de la sécurité culturelle une réalité sur les lieux de travail, cet enjeu doit faire partie intégrante du parcours éducatif et du cheminement professionnel. Le [Consortium national pour la formation médicale en santé autochtone](#) est en train de façonner l'avenir en agissant dans ses domaines d'intervention prioritaires. L'Université Queen's, de son côté, a lancé un [campus satellite](#) dans les régions de la baie James et de la baie d'Hudson afin d'offrir un programme décolonisé aux étudiantes et étudiants locaux qui souhaitent poursuivre une carrière dans la santé non loin de chez eux.



# Conclusion

Les circonstances et contextes de vie uniques des communautés nordiques, rurales et éloignées peuvent compliquer la prestation des services de santé. Malgré ces difficultés, de nombreux leaders, prestataires et membres communautaires investis et innovants sont déterminés à améliorer les services afin de répondre aux besoins des résidents et résidentes. Face à des populations et équipes limitées, il peut s'avérer plus difficile d'assurer la pérennité des services. Des solutions créatives sont alors nécessaires pour optimiser les ressources et répondre aux besoins en matière de soins.

- Les personnes participantes ont vivement recommandé de procéder à des investissements stratégiques pour aider les populations locales à faire carrière dans le domaine de la santé, cette approche étant un moyen efficace de développer et retenir les ressources humaines en santé.
- Dans certaines circonstances, intégrer de nouveaux postes et types de prestataires aux équipes existantes permet d'offrir des soins optimisés dans des contextes plus appropriés.
- Parallèlement, la mise en place de processus pour aider les jeunes diplômés et diplômées, les professionnels de la santé formés à l'étranger ainsi que les personnes souhaitant exercer dans les communautés nordiques, rurales et éloignées peut contribuer à pallier les manques d'effectifs.
- L'utilisation des outils technologiques pour dispenser des soins, lorsque cela est possible et approprié, peut contribuer à la réalisation des objectifs de pérennité et de qualité des soins.

Alors que tous les territoires et provinces procèdent aux adaptations et améliorations du système de santé rendues nécessaires par la pandémie, il est possible, sur les plans politique et pratique, de faire émerger des approches créatives et innovantes pour dispenser des soins.

En ces temps d'incertitude et de grands bouleversements, les responsables des services de santé sont constamment confrontés à de nouveaux enjeux de leadership pour assurer la continuité des services, favoriser l'innovation et mettre au point des systèmes intégrés pour mieux servir les patients et les patientes, les familles, les proches aidants et le personnel soignant et de santé.

Un leadership agile et souple est nécessaire pour accélérer la mise en œuvre des changements systémiques, tandis qu'une approche inclusive et collaborative pour planifier et concevoir les services de santé avec toutes les personnes concernées favorisera la mise en œuvre de politiques et pratiques efficaces et réactives. Les résultats et l'utilisation des ressources disponibles sont optimaux lorsque l'on accorde une place centrale aux caractéristiques et aux besoins d'une communauté.

## Suivre les programmes d'Excellence en santé Canada

Pour plus d'informations sur les opportunités et les ressources offertes par Excellence en santé Canada, [abonnez-vous à notre infolettre](#) et consultez notre [page Ressources](#).

# Annexe A : Contexte historique

Le problème de fermeture des services d'urgence (SU) n'est pas nouveau. Les difficultés à organiser et pérenniser les services de santé dans les communautés nordiques, rurales et éloignées existent depuis des décennies. Le phénomène s'est néanmoins aggravé, puisque ces fermetures sont plus fréquentes et plus longues, et touchent des centres plus vastes, y compris les principaux centres urbains. Les défis que rencontre le système de santé en lien avec les fermetures de SU peuvent être résumés comme suit.

**Le manque de capacités du système de santé transparaît souvent dans les services d'urgence.** Le manque de capacités au sein des services d'urgence est un signe avant-coureur d'autres difficultés rencontrées dans l'ensemble du système de santé. Dans les régions nordiques, rurales et éloignées du Canada, il peut s'agir d'une pénurie de soins communautaires, tels que des soins primaires, qui conduit les patients et patientes à se rendre à l'urgence alors qu'ils auraient pu être soignés ailleurs si les ressources existaient.

Il y a dix ans déjà, d'après les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), une personne sur cinq admises au SU aurait pu être soignée par un médecin de famille<sup>1</sup>. Près de la moitié de ces visites étaient associées à des infections des voies respiratoires supérieures, par exemple des rhumes, des antibiothérapies, des maux de gorge, des otites et des soins postopératoires, tels que des changements de pansement et des retraits de points de suture. Par ailleurs, la capacité des SU peut être mise à rude épreuve lorsque les autres services hospitaliers sont saturés et ne peuvent admettre les patients qui devraient quitter le SU.

**Les déséquilibres des SU peuvent être perçus, du point de vue de la santé des populations, comme la conséquence d'un besoin de services non satisfait.** À l'échelle de la population, nous avons observé une charge accrue des maladies chroniques, attribuable au vieillissement de la population, à une progression de l'obésité ainsi qu'à d'autres facteurs de risque. De plus, les problèmes de santé mentale pèsent plus lourdement sur le système de santé en raison des efforts déployés pour réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales.

Nombre de ces patients et patientes sont finalement admis au service d'urgence en raison d'un manque d'accès à des soins primaires, à des soins culturellement sûrs ou à d'autres ressources nécessaires. D'après les données de l'ICIS antérieures

à la pandémie, une admission à l'urgence sur trois chez les personnes âgées vivant dans un foyer de soins était associée à un problème non urgent pour lequel une admission n'était pas justifiée<sup>2</sup>. Il est fondamental de comprendre les besoins d'une communauté, d'une région ou d'une population, et de leur fournir des services équitables, pour améliorer les résultats de santé.

**Les services de santé ne sont pas suffisamment intégrés dans le continuum de soins.** Il est nécessaire de travailler avec les communautés afin de déterminer quel type de système serait le mieux adapté aux personnes vivant dans les communautés nordiques, rurales et éloignées, et en particulier celles confrontées à des fermetures de SU. Comment le système peut-il répondre aux besoins de la population et exploiter les ressources de soins les plus appropriées? Quels sont les besoins non satisfaits, et quelles stratégies peuvent être utilisées pour répondre à ces besoins?

**Le terme ressources humaines en santé** est un terme générique qui englobe un nombre significatif de problèmes complexes et connexes<sup>3</sup>. Le risque de subir les comportements agressifs de patients ou patientes est plus élevé pour le personnel infirmier des SU que celui d'autres services<sup>4</sup>, un constat encore aggravé lorsque le temps d'attente est élevé ou lorsque les services sont difficiles d'accès. Il est largement et de plus en plus reconnu que l'épuisement professionnel et la détresse morale constituent une réalité au sein des services de santé.

## Le contexte de la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a exacerbé les difficultés que connaissent déjà les SU, avec des effets particulièrement prononcés dans les communautés nordiques, rurales et éloignées.

La hausse des volumes, la gravité accrue des cas, le risque personnel significatif ainsi que la détresse morale et les absences ont créé un cercle vicieux : les problèmes de recrutement et de rétention du personnel ont été aggravés, ce qui a porté à la hausse la charge de travail et les heures supplémentaires.

Les inquiétudes concernant le risque de transmission du virus dans les établissements de santé ont incité nombre d'entre eux à retarder les soins. De ce fait, la gravité des cas était plus élevée à l'admission aux

services d'urgence. Les patients et patientes ont eux aussi retardé des soins courants, tels que la vaccination infantile, les examens de dépistage du cancer, etc., ce qui a pu se traduire par des résultats défavorables et une charge morbide accrue, en partie évitables. Par ailleurs, la nécessité de déployer des prestataires dans les services de prise en charge de la COVID-19 a encore retardé les interventions électives, ce qui a eu pour conséquences des délais d'attente plus importants et parfois des résultats défavorables pour les patients et les patientes. Les difficultés liées à l'équité et à la santé de la population se sont renforcées.

La pandémie de COVID-19 a testé en temps réel l'efficacité des systèmes de santé canadiens. Elle a également fait ressortir les domaines requérant des changements opérationnels et une réforme des politiques, et révélé les innovations et la résilience du système.

## Contexte législatif et réglementaire

Au Canada, la réglementation des soins d'urgence relève essentiellement des provinces et territoires. La Loi constitutionnelle du Canada attribue la responsabilité des hôpitaux aux provinces et territoires. Au sein de ces derniers, le gouvernement fédéral finance et gère certains services directement dans les réserves des Premières Nations et les communautés inuites. Dans la plupart des provinces et territoires, le ministère de la Santé est responsable de la planification du système de santé et de soins, de la définition des orientations et priorités stratégiques, de la législation, des normes et principes directeurs, de la surveillance, de la reddition de comptes, de la conformité et du financement des services.

Dans quelques cas, la législation directe des provinces et territoires canadiens oriente les opérations des services d'urgence ou fournit des directives relatives à la prestation des soins lorsqu'un SU

doit fermer. Toutefois, de nouveaux éléments des lois et réglementations provinciales et territoriales indirectement liés à la prestation des soins peuvent s'avérer utiles à la planification en prévision de la fermeture de SU. Les paramètres suivants peuvent orienter les discussions pour déterminer de quelle façon les services d'urgence peuvent être redirigés et fournis de façon sûre :

- la réglementation;
- l'octroi des permis d'exercice;
- les restrictions juridiques applicables aux rôles des prestataires de soins en milieu hospitalier;
- l'emplacement des services d'urgence;
- la supervision des fermetures par le ministère de la Santé ou les régies provinciales;
- la législation relative à la protection des renseignements médicaux;
- la législation relative à la vie privée et les soins virtuels.

Plusieurs provinces et territoires ont modifié leur législation ou leur réglementation afin d'autoriser d'autres types de prestataires à dispenser des soins, de permettre l'utilisation de nouvelles méthodes pour dispenser des soins, ou d'assurer une plus grande cohésion entre les provinces et territoires dans le but de renforcer la fluidité du continuum de soins. Dans d'autres cas, les organisations ont conclu des accords ou adopté des normes professionnelles dans l'intérêt des usagers.

Excellence en santé Canada (ESC) a commandité une analyse des enjeux législatifs et réglementaires afin d'offrir un contexte et d'informer les stratégies présentées dans ce rapport. La version intégrale de cette analyse est disponible sur demande. Pour plus d'informations sur le présent document, ou pour demander la version intégrale de l'analyse de la législation, veuillez contacter [info@hec-esc.ca](mailto:info@hec-esc.ca).

# Notes de bas de page

- <sup>1</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/ED\\_Report\\_ForWeb\\_FR\\_Final.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ED_Report_ForWeb_FR_Final.pdf)
- <sup>2</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence. Novembre 2014. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/ED\\_Report\\_ForWeb\\_FR\\_Final.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ED_Report_ForWeb_FR_Final.pdf)
- <sup>3</sup> Association médicale canadienne. Bien-être des médecins : résultats du nouveau Sondage national sur la santé des médecins de 2021 – épuisement professionnel, réduction de la charge de travail. <https://www.cma.ca/fr/bien-etre-des-medecins-resultats-du-nouveau-sondage-national-sur-la-sante-des-medecins-de-2021>
- <sup>4</sup> Stelnicki AM, Nicholas PR, Reichert C. Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. 2020. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2020/06/OSI-REPORT\\_final.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2020/06/OSI-REPORT_final.pdf)