

# CHANGEMENT CLIMATIQUE

Moteurs des normes professionnelles élevées au Canada



Cet article est le troisième d'une série en quatre parties examinant les facteurs propulsant l'établissement de normes plus élevées dans la main-d'œuvre actuelle et pour les étudiants représentant notre avenir.

## Partie 3 : Changements dans le contexte d'emploi : stages cliniques

Notre pays se définit de plus en plus par le secteur des soins de santé, qui est influencé par des aspects fiscaux impliquant la démographie, le vieillissement des ressources en capital et la progression des services. À titre d'exemple simple, l'impact des *baby boomers* vieillissants est évident dans le coût des dépenses en soins de santé. Les Canadiennes et Canadiens âgés de 65 ans et plus représentent environ 15 % de la population, mais ils consomment plus de 45 % des sommes du secteur public attribuées à la santé (de 15 à 64 ans = 2 637 \$ par personne tandis que chez les 65 ans et plus = 11 598 \$ en 2013). L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fait rapport que le total des dépenses en santé a atteint 219,1 milliards \$ en 2015 (population globale), soit 10,9 % du produit intérieur brut (PIB). Cela signifie que nos dépenses en santé par habitant se situent dans le quartile supérieur à l'échelle internationale. Nous faisons partie d'un pays qui accorde beaucoup d'importance aux soins de santé et

qui croit en leur utilité, mais les gouvernements et les employeurs se rendent compte que le modèle courant n'est pas durable. Avec la croissance des services de santé offerts et l'usage accru de ces services, l'ICIS recommande de surveiller nos dépenses en santé.<sup>1</sup>

Le système des soins de santé modère ses dépenses en comprimant les coûts dans des domaines ayant un impact minime sur les patients et les professionnels, selon un examen du coût complet. Bien que la croissance des dépenses ait ralenti, les hôpitaux (29,5 %), les médicaments (15,7 %) et les services des médecins (15,5 %) continuent de représenter la plus grande part des sommes attribuées aux soins de santé (>60 % des coûts de santé).<sup>2</sup> En milieu de laboratoire clinique, la main-d'œuvre compte pour entre 50 % et 70 % des dépenses, donc le personnel est le principal coût.<sup>3</sup> Les employeurs doivent affronter chacune de ces catégories en transférant ou en amoindrissant les dépenses, en trouvant des efficacités dans le système et en

réacheminant les coûts aux patients.

L'impact financier sur le patient est évident dans les coûts de santé déboursés par personne, qui ont augmenté annuellement au rythme de 4,5 % (1988-2013). L'assurance-maladie privée affiche également une hausse dans la même période de 6,8 % par année.<sup>4</sup> La pression financière sur le système de santé et le changement spectaculaire qui se produit en conséquence sont démontrés par « la consolidation des hôpitaux dans des réseaux régionaux ayant des soins médicaux fortement spécialisés qui sont effectués dans des centres principaux, des soins médicaux généralisés fournis dans des hôpitaux auxiliaires et des services ambulatoires pratiqués au point de service ».<sup>5</sup> L'amalgamation des laboratoires, dans laquelle un laboratoire fournit des services à au moins deux hôpitaux, semble réduire les coûts d'analyses<sup>6</sup> et de personnel. Des gouvernements et des organisations ont essayé d'amoinrir les coûts par la privatisation de certains services de santé en sous-traitant ou en externalisant les services à la communauté.<sup>7</sup> Des entreprises privées à but lucratif ont collaboré avec des hôpitaux, des maisons de soins infirmiers ou d'autres autorités de la santé pour fournir des services auxiliaires comme le nettoyage ou la livraison de produits alimentaires, en plus des services de santé exécutés par les laboratoires. Ce changement au système influence les professionnels par la croissance des postes précaires dans les secteurs privés et publics.

*« Le travail précaire se caractérise par un manque de continuité, un bas salaire, une absence d'avantages sociaux et, possiblement, une plus grande vulnérabilité aux accidents et à la maladie [...] Les mesures de la précarité sont le niveau de gains et celui des avantages sociaux fournis par l'employeur, le degré de protection réglementaire et le degré de contrôle ou d'influence dans le cadre du processus de travail [...] Les principaux types de travail précaire sont : l'emploi dit indépendant, l'emploi à temps partiel (stable et occasionnel) et l'emploi temporaire. ... »<sup>8</sup>*

Des pénuries critiques de ressources humaines en santé, des taux de rotation élevés et des postes précaires constituent des

préoccupations dans plusieurs pays. Bon nombre de secteurs ont observé une hausse considérable d'emplois à temps partiel, temporaires et occasionnels.<sup>9</sup> Ces postes vulnérables et précaires sont une mesure de réduire les coûts pour les organisations, surtout dans les domaines dirigés par le personnel, comme le laboratoire (par ex., diminution de prestations, de pension, d'indemnité de vacances ou de maladie). On a suggéré que cette adaptabilité permet au Canada de répondre aux crises financières plus facilement que des économies européennes hautement réglementées.<sup>10</sup> Toutefois, cette situation a également contribué à l'augmentation de l'inégalité des revenus.<sup>11</sup> À court terme, cette stratégie minimise l'impact sur les patients et les professionnels en termes de la mise en disponibilité du personnel; cependant, à long terme, elle augmente l'insécurité d'emploi, soutient des salaires inférieurs, et entrave les prestations actuelles et futures des travailleurs. D'autres conséquences se trouvent dans des recherches effectuées par la McMaster University et Centraide. On a conclu que l'emploi précaire est lié à l'anxiété et à des structures sociales instables.<sup>12</sup> Des données probantes révèlent que l'emploi précaire a un effet sur la santé, y compris une incidence plus élevée du diabète, des crises cardiaques et des accidents de travail mortels.<sup>13</sup>

On s'intéresse particulièrement à l'impact de cette tendance sur le laboratoire hospitalier, que l'on considère comme une pierre angulaire des soins de santé.<sup>14</sup> Selon le groupe de travail sur la main-d'œuvre des professionnels de laboratoire de l'American Society for Clinical Pathology : « L'équilibre entre l'efficacité du laboratoire et les niveaux optimaux de services est toujours un défi. En raison des coûts significatifs liés à l'effectif, la dotation de personnel appropriée est une importante responsabilité de gestion. Plusieurs facteurs entrent en jeu dans la prise de décisions, y compris une bonne compréhension de la productivité raisonnable des travailleurs, une considération de l'expérience et de la motivation du personnel, la disponibilité de l'automatisation, des tests spécialisés à forte intensité de main-d'œuvre, ainsi que des responsabilités administratives

et de formation. »<sup>15</sup>

Dans le contexte des changements au système de santé et des pressions discutées, les employeurs de laboratoire exercent une demande croissante sur les professionnels de santé actuels afin de maintenir les niveaux de productivité et de qualité réalisés auparavant, dans un environnement de contraintes plus strictes, tout en s'attendant à des services continuellement exceptionnels. En outre, les attentes des employeurs vis-à-vis les étudiants qui s'intègrent dans le marché du travail sont plus élevées, car il faut que ces étudiants s'adaptent rapidement à l'environnement clinique et de laboratoire avec moins de supervision.

Les restrictions externes signifient que les professionnels de laboratoire médical doivent atteindre la compétence plus rapidement, augmenter leur productivité tout en conservant la qualité, et s'adapter à des rajustements souples de l'éventail de qualifications.

### Besoin de travailleurs efficaces au lieu de compétents

La détermination des ratios optimaux du personnel fondée sur un effectif combiné des employés de laboratoire médical expérimentés et novices constitue une préoccupation dans les laboratoires. Selon les fonctions de l'emploi, il peut prendre de trois à neuf mois pour assurer une formation adéquate du personnel dans un laboratoire particulièrement complexe.<sup>16</sup> Cependant, dans le contexte du présent scénario, on a plus de difficultés à optimiser la formation et la supervision que dans des périodes plus sûres. Les employeurs sont perçus comme ayant besoin de nouveaux diplômés efficaces au lieu de compétents, tel que discuté respectueusement par des parties prenantes du domaine de l'éducation lors du Forum national sur la simulation et les stages cliniques (avril 2016). Un système de santé accablé demande aux nouveaux employés et diplômés récents d'acquérir leurs compétences de façon plus efficace, car les ressources permettant de soutenir cette acquisition au cours d'une longue période de formation sont moins abondantes. De même, tel qu'on l'a confirmé pendant le Forum, au cours des dernières années, de

nombreux laboratoires ont réduit le nombre de stages cliniques offerts aux étudiants ou ont complètement éliminé le programme en raison du volume de travail et du coût de supervision des employés en milieu de travail.<sup>17</sup> L'absence de stages cliniques dans plusieurs régions et la supervision réduite des étudiants, bien que celles-ci répondent aux conditions d'agrément, propulsent le besoin d'efficacité pour accomplir les nombreuses tâches accordées aux étudiants.

### Besoin d'augmenter la productivité tout en conservant la qualité

Les attentes d'une productivité améliorée sans diminuer la qualité ont un point critique. Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « évidemment, des systèmes de santé solides et efficaces dépendent d'un nombre suffisant de personnes dotées des aptitudes appropriées au bon endroit ».<sup>18</sup> Les gestionnaires de laboratoire, au meilleur de leurs capacités, tentent d'assurer une quantité adéquate d'employés ayant la formation, les qualifications et les compétences nécessaires pour satisfaire à la demande de services. Il est généralement reconnu dans la communauté de laboratoire médical que la pénurie de personnel qualifié pose un risque immédiat au système de santé, aux patients et aux professionnels.

Les données probantes indiquent qu'il y a un lien direct positif entre le nombre de personnes ayant accès aux services de santé et le nombre de professionnels de la santé nécessaires pour assurer cet accès.<sup>19</sup> Pour répondre aux exigences de qualité, le nombre relatif d'employés dotés de la formation, de la certification, de l'évaluation et du perfectionnement professionnel est indispensable. Étant donné l'insuffisance des professionnels de laboratoire médical, l'augmentation des emplois précaires et des services de laboratoire fournis, la tendance de la population active s'oppose à la meilleure pratique. En se rendant compte que le recrutement des employés de laboratoire est directement lié aux résultats des patients, aux taux de mortalité et aux taux d'erreurs aux hôpitaux,<sup>20</sup> les employeurs se trouvent dans une situation difficile pour atteindre l'équilibre entre la main-d'œuvre et la productivité. Les professionnels de laboratoire médical

d'aujourd'hui sont obligés de rehausser leurs normes relatives au volume de travail afin de traverser les périodes difficiles.

### Évolution des compétences collectives

Aussi appelée la « délégation des tâches », il s'agit d'une réponse pragmatique aux pénuries de ressources humaines en santé au niveau mondial pour appuyer les organisations. Elle implique « la redistribution rationnelle des tâches dans les équipes de travail en santé. Des tâches spécifiques sont transférées, le cas échéant, des travailleurs de la santé hautement spécialisés à des travailleurs de la santé ayant reçu une formation moins longue et ayant des qualifications moins nombreuses afin d'utiliser plus efficacement les ressources humaines en santé disponibles ».<sup>21</sup> La redistribution peut être horizontale (entre groupes professionnels) ou verticale (au sein d'un groupe professionnel). Par exemple, la demande croissante des ECG effectués par des professionnels de laboratoire médical, alors qu'ils s'effectuent normalement par d'autres professions, représente une délégation des tâches horizontale.<sup>22</sup> Une stratégie classique utilisée par des hôpitaux pour réduire les coûts est la délégation des tâches verticale des infirmières autorisées aux infirmières auxiliaires. Le rajustement de l'éventail de qualifications soutient une réduction des coûts salariaux tout en s'assurant que les

tâches spécialisées seront complétées par des experts.<sup>23</sup>

L'OMS a commandé une étude sur la délégation mondiale des tâches ciblant les services du VIH. Le rapport a découvert des données probantes concernant des changements informels au cadre des fonctions de plusieurs groupes de professionnels, y compris les pharmaciens, les conseillers et les techniciens de laboratoire. La SCSLM comprend que le terme « technicien » utilisé par l'OMS signifie l'emploi réglementé au Canada, soit le TLM. L'OMS a recommandé que l'approche de délégation des tâches touchant ces professionnels peut comprendre la gamme complète des services de santé dans des circonstances définies.<sup>24</sup> Selon une étude menée en 2000 par l'Institute of Biomedical Science (IBMS) impliquant 180 laboratoires, 90 % ont avoué être gravement sous-équipés et 60 % ont utilisé régulièrement des travailleurs non qualifiés pour aider avec des tâches quotidiennes. On a remarqué que des tâches réservées aux scientifiques ont été confiées aux employés de laboratoire moins expérimentés, aux secrétaires et au personnel administratif. On dit que le National Health Service en Angleterre continue d'éprouver des difficultés semblables aujourd'hui.<sup>25</sup> La même situation fait écho dans la communauté de laboratoire médical au Canada. On s'attend à des compétences accrues et élargies afin

La SCSLM est au courant de la transformation actuelle et potentielle des tâches impliquant les professionnels de laboratoire médical pour effectuer régulièrement les électrocardiogrammes (ECG). Nous avons recolté des renseignements sur divers cours au sujet de l'ECG offerts au Canada.

Veuillez contacter les fournisseurs des cours pour les détails sur l'inscription et les prix. Visitez [scslm.org](http://scslm.org) sous l'onglet « Perfectionnement professionnel » pour les noms des cours et les coordonnées des fournisseurs.

FORMAT DU COURS	FOURNISSEUR
En ligne	Fanshawe College
À distance	Northern Alberta Institute of Technology (NAIT)
En ligne	Southern Alberta Institute of Technology (SAIT)
En ligne/en classe : Atelier pratique d'une demi-journée (4 heures) ayant lieu à The Michener Institute	Réseau universitaire de santé (UHN)
En ligne	Thompson Rivers University

\*Ces cours n'ont pas été approuvés par la SCSLM.

de s'adapter à la délégation des tâches visant à soutenir des modèles de recrutement novateurs ou pratiques pour répondre aux demandes de services.

### Conclusion

« Il est essentiel d'identifier les politiques et les priorités du marché du travail visant à assurer un effectif efficace et dûment formé qui exploite des modèles opératoires efficaces et les dernières technologies. En outre, alors qu'on identifie ces politiques et ces priorités, on doit les jumeler avec des progrès durables des programmes de formation, de l'éducation permanente, des évaluations des compétences continues et des exigences relatives à l'acquisition des titres de compétences. »<sup>26</sup>

Afin de maintenir un groupe exceptionnel de professionnels de laboratoire médical, tout en acceptant les responsabilités fiscales et économiques, les employeurs se trouvent dans une situation difficile dans laquelle il faut équilibrer la gestion financière avec le maintien des niveaux de service. Alors qu'ils resserrent leurs budgets pour y parvenir, ils s'attendent à une meilleure productivité de leur personnel. L'utilisation d'une équipe de travailleurs de laboratoire sous-payée, débordée, stressée et à faible morale ne peut que conduire à des erreurs.<sup>27</sup> Par contre, il s'agit également d'une occasion pour la profession de briller et de démontrer sa norme professionnelle plus élevée. ■

### RÉFÉRENCES :

- ▶ <sup>1</sup>Institut canadien d'information sur la santé (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*. Ottawa (ON) : ICIS.
- ▶ <sup>2</sup>Institut canadien d'information sur la santé (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*. Ottawa (ON) : ICIS.
- ▶ <sup>3</sup>Valenstein PN, Souers R, & Wilkinson DS. (2005). Staffing Benchmarks for Clinical Laboratories: A College of American Pathologists Q-Probes Study of Staffing at 151 Institutions. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 129(4), pp. 467-73.
- ▶ <sup>4</sup>Institut canadien d'information sur la santé (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*. Ottawa (ON) : ICIS.
- ▶ <sup>5</sup>COLA (2012). *Into The Cost Effective Laboratory, COLA Insights*. Page 10. Dernière consultation le 18 septembre 2016 du site [www.colabio.org/insights-newsletters/2015/March/insights.pdf](http://www.colabio.org/insights-newsletters/2015/March/insights.pdf)
- ▶ <sup>6</sup>Thomson RB, Wilson ML, & Weinstein MP. (2010). The clinical microbiology laboratory director in the United States hospital setting. *Journal of Clinical Microbiology*, 48(10), 3465-9.
- ▶ <sup>7</sup>Les femmes et la réforme de la santé (2009). *Le Travail Invisible dans le domaine de la santé et les Femmes*. Dernière consultation le 18 septembre 2016 du site [www.womenandhealthcareform.ca/publications/hiddenHealthCareWork\\_fr.pdf](http://www.womenandhealthcareform.ca/publications/hiddenHealthCareWork_fr.pdf)
- ▶ <sup>8</sup>Cité dans : Commission du droit de l'Ontario (2012). *Les travailleurs vulnérables et travail précaire*. Dernière consultation le 18 septembre 2016 du site <http://www.lco-cdo.org/fr/vulnerable-workers-final-report-sectionII>
- ▶ <sup>9</sup>Mojtehdzadeh S, & Monsebraaten L. (2016). *Precarious Work is Now The New Norm, United Way Report Says*. Dernière consultation le 18 septembre 2016 du site [www.thestar.com/news/gta/2015/05/21/precarious-work-is-now-the-new-norm-united-way-report-says.html](http://www.thestar.com/news/gta/2015/05/21/precarious-work-is-now-the-new-norm-united-way-report-says.html)
- ▶ <sup>10</sup>Duffy K. (2016). *Hiring Practices in Life Sciences Shift in Response to Changing Workforce*. Dernière consultation le 18 septembre 2016 du site [www.labmanager.com/leadership-and-staffing/2016/06/hiring-practices-in-life-sciences-shift-in-response-to-changing-workforce?fw1pk=2#.V92vKpgrKUK](http://www.labmanager.com/leadership-and-staffing/2016/06/hiring-practices-in-life-sciences-shift-in-response-to-changing-workforce?fw1pk=2#.V92vKpgrKUK)
- ▶ <sup>11</sup>Taylor PS (2012). In praise of 'precarious' work. *Canadian Business*. Dernière consultation le 18 septembre 2016 du site [www.canadianbusiness.com/business-strategy/in-praise-of-precarious-work](http://www.canadianbusiness.com/business-strategy/in-praise-of-precarious-work)
- ▶ <sup>12</sup>Cité dans : Commission du droit de l'Ontario (2012). *Les travailleurs vulnérables et travail précaire*. Dernière consultation le 18 septembre 2016 du site [www.lco-cdo.org/fr/vulnerable-workers-final-report-endnotes](http://www.lco-cdo.org/fr/vulnerable-workers-final-report-endnotes)
- ▶ <sup>13</sup>Poverty and Employment Precarity in Southern Ontario (2013). *It's More Than Poverty: Employment Precarity and Household Well-Being*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site [www.unitedwaytyr.com/document.doc?id=91](http://www.unitedwaytyr.com/document.doc?id=91)
- ▶ <sup>14</sup>Cité dans Katz A, Boyoumi A, Mashari A, & Pinto A. (2015). *We Must Create Healthy Workplaces Across the Health Care Sector*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site <http://healthydebate.ca/opinions/healthy-workplaces>
- ▶ <sup>15</sup>Alameddine M, Saleh S, El-Jardali F, Dimassi H, Mourad Y. (2012). The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: A national survey. *BMC Health Services Research*, 12, p. 419.
- ▶ <sup>16</sup>Jones BA, Darcy T, Souers RJ, & Meier FA. (2012). Staffing Benchmarks for Clinical Laboratories: A College of American Pathologists Q-Probes Study of Laboratory Staffing at 98 Institutions. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 136(2), pp. 140-7.
- ▶ <sup>17</sup>Remillard W. (2013). Establishing effective lab staffing strategies. *Medical Lab Management*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site [www.medlabmag.com/article/1102](http://www.medlabmag.com/article/1102)
- ▶ <sup>18</sup>Bennett A, Garcia E, Schulze M, Bailey M, Doyle K, Finn W, et al. (2014). Building a Laboratory Workforce to Meet the Future ASCP Task Force on the Laboratory Professionals Workforce. *American Journal of Clinical Pathology*, 141(2), pp 154-67.
- ▶ <sup>19</sup>Organisation mondiale de la Santé (2007). *Task Shifting – Global Recommendations and Guidelines*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/ttr\\_taskshifting\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ttr_taskshifting_en_0.pdf)
- ▶ <sup>20</sup>Organisation mondiale de la Santé (2006). *Travailler ensemble pour la santé - rapport sur la santé dans le monde 2006*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site [www.who.int/whr/2006/fr](http://www.who.int/whr/2006/fr)
- ▶ <sup>21</sup>McGahan M, Kucharski G, & Coyer F. (2012). Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Australian Critical Care*, 25(2), pp. 64-77.
- ▶ <sup>22</sup>Organisation mondiale de la Santé (2007). *Task Shifting – Global Recommendations and Guidelines*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/ttr\\_taskshifting\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ttr_taskshifting_en_0.pdf)
- ▶ <sup>23</sup>Zychla, L. (septembre 2016). *Medical Laboratory Professional Perspective on ECG Task Shifting*. Rapport présenté à la réunion du conseil d'administration de la Société canadienne de science de laboratoire médical.
- ▶ <sup>24</sup>Born K, Dhalla I, & Ferguson-Paré M. (2013). Evidence-based hospital nurse staffing: The challenges. *Healthy Debates*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site <http://healthydebate.ca/2013/09/topic/politics-of-health-care/nurse-staffing-mix>
- ▶ <sup>25</sup>Organisation mondiale de la Santé (2007). *Task Shifting – Global Recommendations and Guidelines*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/ttr\\_taskshifting\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ttr_taskshifting_en_0.pdf)
- ▶ <sup>26</sup>Osaro E, & Chima N. (2014). Challenges of a negative work load and implications on morale, productivity and quality of service delivered in NHS laboratories in England. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 4(6), pp. 421-9.
- ▶ <sup>27</sup>Bennett A, Garcia E, Schulze M, Bailey M, Doyle K, Finn W, et al. (2014). Building a Laboratory Workforce to Meet the Future. *American Journal of Clinical Pathology*, 141(2), pp. 154-67.
- ▶ <sup>28</sup>BBC News. (2000). *Call for probe into NHS 'lab danger'*. Dernière consultation le 26 septembre 2016 du site <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/616329.stm>.



Laura Zychla  
Chercheuse, SCSLM