



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LES CHAMPS DE PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU CANADA

Rapport du Comité permanent de la Santé

Le président

Ben Lobb

MAI 2015

41^e LÉGISLATURE, DEUXIÈME SESSION

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

**LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL
DANS LES CHAMPS DE PRATIQUE DES
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU CANADA**

**Rapport du Comité permanent
de la Santé**

Le président

Ben Lobb

MAI 2015

41^e LÉGISLATURE, DEUXIÈME SESSION

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENT

Ben Lobb

VICE-PRÉSIDENTS

Murray Rankin

L'hon. Hedy Fry

MEMBRES

Matthew Kellway

Wladyslaw Lizon

Cathy McLeod

Christine Moore

Lawrence Toet

David Wilks

Terence Young

AUTRES DÉPUTÉS AYANT PARTICIPÉ

Eve Adams

Libby Davies

Claude Gravelle

James Lunney

Dany Morin

GREFFIER DU COMITÉ

Andrew Bartholomew Chaplin

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Havi Echenberg

Marlisa Tiedemann

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

DOUZIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : profession et formation des professionnels de la santé et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ AU CANADA	1
INTRODUCTION	1
DÉFINITION DES CHAMPS DE PRATIQUE.....	2
LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LES CHAMPS DE PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU CANADA	3
A. SERVICES DE SANTÉ DESTINÉS AUX POPULATIONS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE	4
1. Forces armées et Anciens Combattants	5
2. Service correctionnel Canada	6
3. Premières Nations et Inuits	7
a. Collectivités rurales et éloignées	7
b. Programme des services de santé non assurés	9
B. ACCORD SUR LE COMMERCE INTÉRIEUR	10
C. <i>LOI RÉGLEMENTANT CERTAINES DROGUES ET AUTRES SUBSTANCES</i> ET RÈGLEMENTS PRIS EN VERTU DE CETTE LOI.....	12
D. RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE POUR LES FONCTIONNAIRES FÉDÉRAUX	14
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE D'UTILISATION DES CHAMPS D'ACTIVITÉ.....	15
A. ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES	15
B. COORDINATION PANCANADIENNE DES CHAMPS DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE	17
C. RECONNAISSANCE ET UTILISATION DES APPROCHES PARALLÈLES EN SANTÉ.....	18
RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LA PLANIFICATION ET LE PERFECTIONNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....	20
A. PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ	20
B. INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DIPLÔMÉS À L'ÉTRANGER	21
C. DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET MAINTIEN DES EFFECTIFS	23
D. PROGRAMME CANADIEN DE PRÊTS AUX ÉTUDIANTS	24

E. SOUTIEN À LA RECHERCHE.....	26
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	29
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS.....	33
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	37
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	39
RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE	41

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ AU CANADA

INTRODUCTION

En février 2014, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (le « Comité ») a convenu

... d'entreprendre une étude, répartie sur un maximum de 10 réunions, des pratiques exemplaires et des obstacles fédéraux liés aux champs de pratique et à la formation des professionnels de la santé; pourvu que l'étude se concentre sur les trois aspects suivants : a) le rôle du gouvernement fédéral dans l'exercice des professions de la santé au Canada; b) la mise en valeur des pratiques exemplaires dans l'exercice de ces professions au pays et à l'étranger; et c) le rôle et le soutien du gouvernement fédéral en ce qui a trait à l'acquisition de compétences et à l'élaboration de programmes d'études¹.

Le Comité a tenu quatre réunions sur ces questions, en mars et avril 2014.

Le 24 février 2015, le Comité a adopté une motion disant que « le Comité tiennne seulement deux réunions de plus pour entendre des témoins, le mardi 10 mars et le jeudi 12 mars, et que, dans la mesure du possible, le Comité étudie le projet de rapport de ses conclusions le mardi 21 avril 2015² ».

Le Comité a entendu au total 39 témoins, issus de 29 organismes représentant une grande variété de professionnels de la santé, et a reçu 16 mémoires. Le présent rapport se fonde sur les témoignages recueillis ainsi que sur la teneur des mémoires déposés.

1 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HESA), *Procès-verbal*, 2^e session, 41^e législature, réunion n^o 15, 25 février 2014.

2 HESA, *Procès-verbal*, 2^e session, 41^e législature, réunion n^o 51, 24 février 2015.

DÉFINITION DES CHAMPS DE PRATIQUE

Faisant remarquer qu'il n'existe pas de consensus formel autour de la définition de « champ de pratique³ », les témoins ont expliqué ce que ce concept signifie de leur point de vue⁴. Dans l'ensemble, les témoins l'ont décrit comme un mélange combinant les lois qui fixent l'étendue et les limites des activités autorisées pour chaque profession, la formation acquise grâce aux programmes de formation et dispensée par les établissements d'enseignement, ainsi que l'agrément accordé par tous les organismes de réglementation régissant les professions.

D'autres témoins, notamment des représentants gouvernementaux⁵, ont fait valoir que le champ de pratique est aussi déterminé, dans une certaine mesure, par le champ d'emploi dans lequel se trouve un professionnel de la santé. Des témoins ont expliqué qu'il peut arriver que le champ de pratique ne cadre pas avec le « champ d'emploi⁶ », que les champs de pratique changent au gré des pénuries de professionnels de la santé et d'autres facteurs⁷, et ils ont parlé de la nécessité de fixer un ensemble de compétences pour chaque profession qui soit commun d'une province et d'un territoire à l'autre⁸.

Les rôles et responsabilités des formateurs, des législateurs, des organismes de réglementation, des employeurs et des praticiens sont des thèmes qui reviennent souvent dans les différentes sections du présent rapport. D'ailleurs, le prochain grand chapitre du rapport traite du rôle du gouvernement fédéral à l'égard des champs de pratique des professionnels de la santé; s'ensuivent un tour d'horizon des « pratiques exemplaires » évoquées dans les témoignages et recensées dans les mémoires, puis une section consacrée à l'appui moins direct du gouvernement fédéral à l'élaboration de programmes et à la formation professionnelle dans les professions de la santé et les métiers connexes.

3 HESA, [Témoignages](#), Michele Brenning (commissaire adjointe, Services de santé, Service correctionnel Canada), 4 mars 2014, 0900; [Témoignages](#), Danielle Fréchette (directrice exécutive, Bureau de l'innovation des systèmes de santé et des relations externes, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), 3 avril 2014, 0920; [Témoignages](#), Judy Morrow (membre du conseil d'administration, Canadian Association of Practical Nurse Educators), 8 avril 2014, 1005; et Barbara Mildon (présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada), 8 avril 2014, 1020.

4 HESA, [Témoignages](#), Debra Gillis (directrice générale par intérim, Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé), 4 mars 2014, 0905; [Témoignages](#), Barbara Mildon (présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada), 8 avril 2014, 0855; [Témoignages](#), Ann Wright (directrice, Hygiène dentaire, Association canadienne des hygiénistes dentaires), 10 mars 2015, 1530.

5 HESA, [Témoignages](#), M. Brenning (Service correctionnel Canada), 4 mars 2014, 0900; et Debra Gillis (directrice générale par intérim, Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé), 4 mars 2014 0905.

6 HESA, [Témoignages](#), J. Morrow (Canadian Association of Practical Nurse Educators), 8 avril 2014, 1005.

7 HESA, [Témoignages](#), D. Fréchette (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), 3 avril 2014, 0920.

8 *Ibid.*, 0925.

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LES CHAMPS DE PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU CANADA

Comme l'indique un mémoire présenté au Comité, « les champs d'exercice sont largement déterminés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, et chacun d'entre eux a établi ses propres règlements encadrant ce que les groupes de professionnels de la santé sont habilités ou non à faire dans telle ou telle situation⁹ ». Cependant, certaines responsabilités particulières relèvent plus directement de la compétence du gouvernement fédéral, notamment en ce qui a trait à la définition et à l'administration des champs d'activité des professionnels travaillant dans le milieu de la santé et des domaines connexes.

Alors qu'elle décrivait les multiples intervenants dans la définition des champs d'activité à l'échelle nationale et provinciale¹⁰, une représentante de Santé Canada a expliqué au Comité que les gouvernements provinciaux sont responsables « des lois et des règlements s'appliquant aux professionnels de la santé; des mécanismes de paiement; de l'enseignement et de la planification des ressources humaines en santé, qui sont tous des facteurs ayant une incidence sur les champs d'activité¹¹ ».

Elle a aussi expliqué que le gouvernement fédéral joue un rôle de « soutien¹² » par l'intermédiaire « de la recherche, de la programmation des ressources humaines de la santé, des responsabilités réglementaires connexes et par son travail dans des champs d'activité établis pour la prestation des soins aux populations fédérales¹³ ». Les prochaines sections du présent rapport portent d'ailleurs sur les populations sous responsabilité fédérale de même que sur une partie du cadre réglementaire fédéral ayant une incidence directe sur les champs de pratique des professionnels travaillant dans le milieu de la santé et des domaines connexes, dont l'*Accord sur le commerce intérieur* conclu entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et le régime d'assurance-maladie complémentaire pour les fonctionnaires fédéraux. Les discussions entourant les initiatives fédérales en matière de planification et de coordination des ressources humaines en santé sont résumées dans une section suivante consacrée au rôle du gouvernement du Canada dans la planification et le perfectionnement des ressources humaines en santé.

9 Association médicale canadienne, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 3.

10 HESA, [Témoignages](#), D. Gillis (ministère de la Santé), 4 mars 2014, 0905.

11 *Ibid.*

12 *Ibid.*, 0910.

13 *Ibid.*

A. SERVICES DE SANTÉ DESTINÉS AUX POPULATIONS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

Le gouvernement fédéral est directement responsable des services de santé fournis à certaines populations, comme les membres des Forces armées, les anciens combattants, les détenus incarcérés dans les établissements pénitentiaires, les Premières Nations et les Inuits. Comme l'a fait remarquer une représentante du gouvernement fédéral, « en tant que fournisseur de services pour les populations [sous responsabilité fédérale] [...] le gouvernement joue un rôle direct quant à la promotion d'approches novatrices en matière de prestation de soins, y compris en ce qui a trait aux champs d'activité¹⁴ ».

Les recommandations visant les professionnels qui assurent des services aux populations sous responsabilité fédérale demandent l'intégration « des services de gestion des médicaments offerts par les pharmaciens¹⁵ » ainsi que l'inclusion des chiropraticiens dans « des modèles intégrés axés sur la collaboration grâce auxquels il serait possible d'améliorer les programmes fédéraux – de meilleurs soins à moindre coût¹⁶ ».

De manière plus générale, un témoin représentant l'Association canadienne de physiothérapie a décrit l'importance du Partenariat fédéral pour les soins de santé¹⁷ pour assurer la coordination interministérielle sur ces questions. Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 1

que le Partenariat fédéral pour les soins de santé intervienne auprès de toutes les parties intéressées afin de s'assurer de leur pleine participation aux efforts constants destinés à faciliter les partenariats stratégiques visant à améliorer les programmes, les modèles de soins interdisciplinaires et les politiques fondées sur des données probantes.

14 *Ibid.*

15 HESA, [Témoignages](#), Phil Emberley (directeur, Innovation dans la pratique de la pharmacie, Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0855.

16 Association chiropratique canadienne, *La santé musculosquelettique : Une priorité pour les Canadiens*, mémoire remis au Comité, 13 avril 2015.

17 Le Partenariat fédéral pour les soins de santé a été défini par Santé Canada dans un [Plan d'action concernant les ressources humaines](#) en 2005; il « consiste en un regroupement de ministères du gouvernement fédéral visant à identifier des programmes de soins de santé plus efficaces et plus performants, à en faire la promotion et à les déployer dans le cadre d'un effort concerté entre tous les ministères participants ». Le Partenariat a deux objectifs principaux : « rendre plus efficaces et performantes toutes les activités reliées à la prestation de services de santé qui ne pourraient être menées séparément par l'un ou l'autre des ministères participants, et assurer un leadership stratégique sur les questions d'ordre fédéral ou pancanadien pour lesquelles ces ministères ont un intérêt commun ». À l'époque, le Partenariat réunissait Santé Canada, Anciens Combattants Canada, la Gendarmerie royale du Canada, Service correctionnel Canada, le ministère de la Défense nationale et Citoyenneté et Immigration Canada.

1. Forces armées et Anciens Combattants

Le colonel Hugh MacKay, médecin-chef adjoint pour les Forces canadiennes, a indiqué dans sa présentation devant le Comité que le médecin-chef des Forces canadiennes supervise « toutes les activités cliniques, notamment l'étendue de la pratique, la répartition des groupes professionnels, l'éducation sanitaire et la formation en santé, la ventilation des ressources cliniques¹⁸ ». Il a également parlé des complications liées aux différences entre les provinces et les territoires¹⁹.

D'autres témoins ont expliqué que répondre aux besoins en santé des membres actifs des Forces canadiennes constitue un défi de taille en raison des troubles de santé mentale et plus particulièrement du syndrome de stress post-traumatique dont souffrent plusieurs²⁰. Même si le colonel MacKay a précisé que l'on essaie de faire soigner ces gens « le plus près possible de leur domicile et de leur réseau de soutien familial²¹, un autre témoin a souligné la nécessité d'offrir également des services à la famille des membres des Forces ainsi qu'aux autres personnes qui les soutiennent²².

Le colonel MacKay a indiqué au Comité que les Forces canadiennes ont « des psychiatres militaires et des psychiatres civils qui travaillent dans [leurs] cliniques de santé mentale ou dans [leurs] centres de soins pour trauma et stress opérationnels²³ ». Un témoin représentant la Société canadienne de psychologie a parlé de l'utilité de l'intégration des psychologues dans les équipes de soins au service du ministère de la Défense nationale²⁴. Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 2

que le ministère de la Défense nationale envisage de revoir la composition de ses équipes de collaboration professionnelle en santé mentale – qui incluent les psychologues, les psychiatres, les travailleurs en santé mentale et les travailleurs sociaux –, afin de s'assurer que la prestation de services sur le théâtre des opérations et au pays réponde aux besoins de nos Forces armées.

18 HESA, [Témoignages](#), colonel Hugh MacKay (médecin-chef adjoint, Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale), 4 mars 2014, 0850.

19 *Ibid.*

20 HESA, [Témoignages](#), D^r Roger Bland (membre, professeur émérite, Département de psychiatrie, Université de l'Alberta, Association des psychiatres du Canada), 10 avril 2014, 0950; et Karen Cohen (chef de la direction, Société canadienne de psychologie), 10 avril 2014, 1010.

21 HESA, [Témoignages](#), col. MacKay (ministère de la Défense nationale), 4 mars 2014, 0935.

22 HESA, [Témoignages](#), D^r R. Bland (Association des psychiatres du Canada), 10 avril 2014, 0950.

23 HESA, [Témoignages](#), col. MacKay (ministère de la Défense nationale), 4 mars 2014, 0915.

24 HESA, [Témoignages](#), K. Cohen (Société canadienne de psychologie), 10 avril 2014, 0950.

Un témoin représentant l'Association chiropratique canadienne a dit au Comité que « nos soldats ont un accès inférieur aux soins chiropratiques que d'autres employés fédéraux » et que « [c]es soldats blessés deviennent des anciens combattants²⁵ ». Un autre témoin a déclaré qu'Anciens Combattants Canada « interdit[t] aux hygiénistes dentaires de pratiquer au plein potentiel de leur champ de pratique en ne permettant [de dispenser] aux anciens combattants que les services d'hygiène dentaire de base²⁶ ».

2. Service correctionnel Canada

La commissaire adjointe, Services de santé, de Service correctionnel Canada (SCC) a informé le Comité que l'agence « a recours aux services d'environ 1 250 employés du domaine de la santé de même qu'à des fournisseurs qui travaillent au sein d'équipes interdisciplinaires, notamment formées d'infirmiers et d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, de médecins généralistes, de psychiatres et de pharmaciens²⁷ ». Tout comme le ministère de la Défense nationale (MDN), SCC est présent dans l'ensemble des provinces et territoires et se heurte à « certains obstacles [qui l']empêchent d'optimiser l'efficacité de la prestation des soins de santé²⁸ ». La représentante de SCC a expliqué au Comité que les difficultés entourant le transfert des autorisations d'exercer pour les professionnels de la santé ont pour effet de restreindre « considérablement la mobilité des professionnels agréés d'une région à l'autre du Canada, ce qui limite la possibilité d'avoir recours aux employés disponibles dans les régions où il y a des besoins²⁹ ». Comme ce problème a été soulevé par de nombreux témoins et organismes ayant déposé des mémoires, des recommandations pour le régler sont présentées dans la partie du présent rapport consacrée à la coordination pancanadienne des champs de pratique professionnelle.

D'autres témoins ont fait état des difficultés qu'éprouve SCC, notamment en matière de prestation de services de santé mentale. La porte-parole de la Société canadienne de psychologie a informé le Comité que SCC est le plus gros employeur de psychologues au Canada³⁰. Par ailleurs, des représentants de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada³¹ et du Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière³² ont décrit les problèmes particuliers auxquels

25 HESA, [Témoignages](#), Ward MacDonald (membre, Association chiropratique canadienne), 10 mars 2015, 1545.

26 HESA, [Témoignages](#), Ann Wright (directrice, Hygiène dentaire, Association canadienne des hygiénistes dentaires), 10 mars 2015, 1530.

27 HESA, [Témoignages](#), M. Brenning (Service correctionnel Canada), 4 mars 2014, 0900.

28 *Ibid.*

29 *Ibid.*

30 HESA, [Témoignages](#), K. Cohen (Société canadienne de psychologie), 10 avril 2014, 1025.

31 HESA, [Témoignages](#), B. Mildon (Association des infirmières et infirmiers du Canada), 8 avril 2014, 1030.

32 HESA, [Témoignages](#), Anne Coghlan (présidente, Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière), 8 avril 2014, 1025.

est confronté le personnel infirmier travaillant dans les prisons pour couvrir les besoins des patients en soins de santé mentale. Une représentante de l'Association canadienne des ergothérapeutes a fait valoir que l'aide des membres de cette profession pourrait s'avérer utile pour répondre à ces besoins en santé mentale³³.

3. Premières Nations et Inuits

Une responsable de Santé Canada a décrit en ces termes le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits :

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que les partenaires autochtones s'emploient ensemble à améliorer les résultats en santé des Autochtones. Le rôle de Santé Canada consiste à soutenir les services de santé provinciaux et territoriaux dans le but d'offrir des programmes et des services de santé qui améliorent l'état de santé des Premières Nations et des Inuits. Pour s'acquitter de ce rôle, Santé Canada finance ou fournit directement des services de santé publique, de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que des soins à domicile et communautaires, de lutte contre les toxicomanies et de promotion de la santé mentale à toutes les communautés des Premières Nations. Il fournit également des services de soins primaires à 85 communautés éloignées et isolées³⁴.

a. Collectivités rurales et éloignées

Parmi toutes les collectivités éloignées et isolées, beaucoup sont autochtones. Une responsable de Santé Canada a évoqué la difficulté de fournir des services de santé dans ces collectivités et expliqué combien leurs populations ont souvent besoin de soins primaires, alors qu'il n'y a pas de médecin³⁵.

Dans le même ordre d'idées, un témoin représentant l'Association canadienne des sages-femmes a dressé un portrait de la situation dans ces collectivités éloignées où « les sages-femmes ont un champ de pratique élargi et fournissent une large gamme de services pour répondre aux besoins de la population³⁶ ». Aussi, la représentante de cette association a décrit le besoin patent de services de sages-femmes dans les collectivités autochtones, mais dénoncé un obstacle à leur embauche dans ces collectivités du fait que la « profession de sage-femme n'est pas reconnue dans la structure des groupes professionnels sous les services de santé du Conseil du Trésor du Canada³⁷ ». Comme le propose l'Association, le Comité recommande :

33 HESA, [Témoignages](#), Paulette Guitard (professeure et ancienne présidente, Association canadienne des ergothérapeutes), 10 mars 2015, 1640.

34 HESA, [Témoignages](#), D. Gillis (ministère de la Santé), 4 mars 2014, 0910.

35 *Ibid.*

36 HESA, [Témoignages](#), Emmanuelle Hébert (présidente, Association canadienne des sages-femmes), 12 mars 2015, 1555.

37 *Ibid.* Le site Web du Conseil du Trésor renferme des informations additionnelles sur les définitions des sous-groupes professionnels en santé.

RECOMMANDATION 3

que le Conseil du Trésor envisage d'ajouter le poste de sage-femme dans les sous-groupes professionnels qu'il a définis.

Beaucoup des défis à relever pour répondre aux besoins des collectivités rurales et éloignées, notamment des communautés des Premières Nations et inuites, tiennent à la difficulté d'y recruter et d'y retenir des professionnels du milieu de la santé et de domaines connexes³⁸. Comme l'a fait remarquer une responsable de Santé Canada, « en moyenne, 30 % des postes d'infirmières sont vacants dans les collectivités éloignées et isolées³⁹ », ce qui force le ministère à recourir à la sous-traitance. Plusieurs témoins ont laissé entendre que le recrutement au sein de ces collectivités, particulièrement les collectivités des Premières Nations et inuites, contribuerait à la rétention des professionnels de la santé et à une plus grande stabilité de l'offre de prestataires de soins de santé dans ces milieux⁴⁰.

Une représentante de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières a expliqué au Comité que des mesures spéciales étaient prises pour que les régions éloignées, notamment les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, aient accès aux programmes des écoles en sciences infirmières « afin d'accroître le recrutement et le maintien d'étudiants autochtones dans [c]es programmes⁴¹ ». Des témoins ont également fait des suggestions pour recruter des étudiants autochtones, entre autres, dans les collectivités rurales et éloignées pour certaines professions, comme celles de diététiste⁴² ou de praticien en santé mentale⁴³.

La représentante du Collège des médecins de famille du Canada⁴⁴ et celle de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires⁴⁵ ont fait valoir que des efforts particuliers doivent être déployés pour garantir l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et éloignées. À ce propos, SoinsSantéCAN a demandé que le gouvernement fédéral « [a]ssure l'accès à large bande des collectivités rurales et

38 HESA, [Témoignages](#), M. Brenning (Service correctionnel Canada), 4 mars 2014, 0900.

39 HESA, [Témoignages](#), D. Gillis (ministère de la Santé), 4 mars 2014, 1010.

40 HESA, [Témoignages](#), Bryce Durafourt (président, Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada), 12 mars 2015, 1715; [Témoignages](#), P. Guitard (Association canadienne des ergothérapeutes), 10 mars 2015, 1635; et Kate O'Connor (directrice, Politiques et recherches, Association canadienne de physiothérapie), 10 mars 2015, 1650.

41 HESA, [Témoignages](#), Cynthia Baker (directrice exécutive, Association canadienne des écoles de sciences infirmières), 8 avril 2014, 0910.

42 Les diététistes du Canada, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des diététistes*, mémoire remis au Comité, 18 novembre 2014, p. 2.

43 Association canadienne de counseling et de psychothérapie, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 20 mars 2015, p. 5.

44 HESA, [Témoignages](#), D^{re} Francine Lemire (directrice exécutive et présidente-directrice générale, Collège des médecins de famille du Canada), 3 avril 2014, 0855.

45 HESA, [Témoignages](#), A. Wright (Association canadienne des hygiénistes dentaires), 10 mars 2015, 1535.

éloignées afin d'étendre les modèles de télésanté qui ont démontré leur utilité pour accroître l'accessibilité générale⁴⁶ ».

b. Programme des services de santé non assurés

Comme l'indique un rapport d'audit interne de Santé Canada :

Pour aider les peuples des Premières nations et les Inuits à atteindre un état de santé global comparable à celui des autres Canadiens, le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada couvre une gamme limitée de médicaments, de soins dentaires, de soins de la vue, d'équipement médical et fournitures médicales, d'interventions d'urgence en services de santé mentale, ainsi que de transport à des fins médicales pour environ 926 400 membres des Premières Nations et Inuits admissibles⁴⁷.

La responsable de Santé Canada a fait état d'une révision récente des champs de pratique dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (PSSNA) et de leur harmonisation avec ceux qu'imposent les provinces. Ainsi,

[p]armi les mesures qui sont mises en place, notons la mise en œuvre d'équipes de santé interdisciplinaires travaillant en collaboration; l'ajout de fournisseurs qui ne font actuellement pas partie des équipes de soins primaires, comme les techniciens en radiologie et les techniciens en pharmacie; la présence accrue d'infirmières praticiennes et, enfin, l'utilisation accrue des services de cybersanté⁴⁸.

Le Comité a appris également que certains professionnels ne sont pas autorisés à faire appel à l'ensemble de leurs champs d'activité selon les termes du PSSNA. Cela inclut les hygiénistes dentaires⁴⁹, les ergothérapeutes⁵⁰, les physiothérapeutes⁵¹ et les sages-femmes⁵². Le Comité a aussi été informé que la ministre de la Santé a entrepris, en 2014, une révision du PSSNA⁵³.

L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a demandé que « le gouvernement fédéral agisse avec célérité pour assurer que tous les bénéficiaires du PSSNA puissent avoir le même accès aux soins de santé buccodentaire d'une région à l'autre du pays⁵⁴ », et l'Association canadienne de physiothérapie a pressé le gouvernement fédéral de « déterminer comment permettre aux professionnels d'exercer pleinement leur

46 SoinsSantéCAN, mémoire remis au Comité, 16 mars 2015, p. 4.

47 Santé Canada, [Rapport d'audit final : Audit des services de santé non assurés – Équipement médical et fournitures médicales, soins de la vue et soins de santé mentale](#), mars 2014, p. i.

48 HESA, [Témoignages](#), D. Gillis (ministère de la Santé), 4 mars 2014, 0915.

49 HESA, [Témoignages](#), A. Wright (Association canadienne des hygiénistes dentaires), 10 mars 2015, 1535.

50 HESA, [Témoignages](#), P. Guitard (Association canadienne des ergothérapeutes), 10 mars 2015, 1635.

51 HESA, [Témoignages](#), E. Hébert (Association canadienne des sages-femmes), 12 mars 2015, 1555.

52 *Ibid.*, 1645.

53 HESA, [Témoignages](#), K. O'Connor (Association canadienne de physiothérapie), 10 mars 2015, 1645.

54 HESA, [Témoignages](#), A. Wright (Association canadienne des hygiénistes dentaires), 10 mars 2015, 1535.

profession dans le cadre des programmes fédéraux comme le PSSNA, et de favoriser l'implantation de modèles de soins interdisciplinaires qui reflètent vraiment l'approche interdisciplinaire⁵⁵ ».

Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 4

que Santé Canada revoie le rôle des hygiénistes dentaires, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des sages-femmes, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, afin d'améliorer sa capacité à fournir les services de santé requis dans les régions rurales et éloignées grâce à une équipe de soignants.

B. ACCORD SUR LE COMMERCE INTÉRIEUR

Selon un document du gouvernement fédéral de 2014 :

L'Accord sur le commerce intérieur (ACI), qui a été signé en 1994, régit la circulation des personnes, des biens, des services et des investissements à l'intérieur du Canada. Il s'agit d'un accord stratégique qui fixe un cadre pour la réduction des obstacles au commerce dans des secteurs spécifiques de l'économie. À la suite de l'entrée en vigueur de l'Accord de libre-échange nord-américain, la communauté des affaires du Canada préconisait la création d'un tel accord sur le commerce intérieur⁵⁶.

Le chapitre sept intitulé « Mobilité de la main-d'œuvre » a pour objet

d'éliminer ou de réduire les mesures adoptées ou maintenues par les Parties et qui restreignent ou entravent la mobilité de la main-d'œuvre au Canada et, en particulier, de permettre à tout travailleur accrédité pour exercer un métier ou une profession par un organisme de réglementation d'une Partie d'être reconnu comme qualifié par l'ensemble des autres Parties pour exercer ce métier ou cette profession⁵⁷.

Ce chapitre « s'applique aux mesures adoptées ou maintenues par une Partie concernant [...] les exigences en matière de reconnaissance professionnelle, autres que les exigences de résidence, applicables aux travailleurs en vue de l'exercice d'un métier ou d'une profession ou de l'utilisation d'un titre réservé, et les normes professionnelles⁵⁸ ». L'imposition d'une exigence en matière de formation, d'éducation ou d'expérience supplémentaire peut être justifiée lorsqu'une Partie est en mesure de démontrer :

55 HESA, [Témoignages](#), K. O'Connor (Association canadienne de physiothérapie), 10 mars 2015, 1650.

56 Industrie Canada, [Un Canada, une économie nationale : Modernisation du commerce intérieur au Canada](#), 2014, p. 1.

57 [Accord sur le commerce intérieur – Codification administrative](#), article 701, 2015, p. 91.

58 *Ibid.*

- a) l'existence d'une différence significative entre le champ d'exercice d'une profession ou d'un métier pour lequel le travailleur cherche à être accrédité dans son territoire, et le champ d'exercice de la profession ou du métier pour lequel le travailleur a été accrédité par l'organisme de réglementation d'une autre Partie;
- b) en raison de cette différence, le travailleur n'a pas la compétence, les connaissances dans un domaine ou l'aptitude nécessaires pour exercer dans le champ de pratique de la profession ou du métier pour lequel le travailleur cherche à être accrédité⁵⁹.

Dans un mémoire qu'il a présenté après la comparution de ses représentants devant le Comité, Santé Canada a écrit :

Avec la mise en œuvre récente des dispositions du chapitre 7 sur la mobilité de la main-d'œuvre de l'Accord sur le commerce intérieur (ACI), il y aura une plus grande cohérence dans les champs d'exercice entre les provinces et territoires pour augmenter la libre circulation des travailleurs [...] On prévoit que cela donnera lieu à une amélioration de l'efficacité et de la productivité, puisque les provinces et les territoires reconnaîtront mutuellement les travailleurs qualifiés sans exiger de passer des examens ou tests d'évaluation ni de formation supplémentaire, à moins que cette exigence soit fondée sur un objectif légitime, comme la santé, la sécurité ou la protection des consommateurs⁶⁰.

Des témoins s'occupant de la réglementation des professions de médecin⁶¹, infirmier et infirmière⁶² et dentiste⁶³ ont fait état des progrès à l'égard du respect des dispositions de l'Accord sur le commerce intérieur. Cependant, parmi les 14 « exceptions approuvées, par profession », 9 concernent des professions de la santé ou connexes, comme celles d'ambulancier paramédical, de psychologue, de sage-femme ou d'hygiéniste dentaire⁶⁴.

Par exemple, un témoin de la Société canadienne de psychologie a expliqué au Comité que les dispositions relatives à la mobilité des psychologues de l'ACI se fondent sur les normes « les moins rigoureuses » d'accès à la profession, qui varient d'une région à l'autre du pays, « plutôt que sur celles, très strictes, établies et maintenues par les

59 *Ibid.*, p. 96.

60 Santé Canada, *Étude sur les pratiques exemplaires et les obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé, réponse de suivi de Santé Canada à la comparution du 4 mars 2014*, p. 4.

61 HESA, [Témoignages](#), D^{re} Fleur-Ange Lefebvre (directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada), 3 avril 2014, 0910.

62 HESA, [Témoignages](#), A. Coghlan (Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière), 8 avril 2014, 0955.

63 HESA, [Témoignages](#), Benoit Soucy (directeur, Affaires cliniques et scientifiques, Association dentaire canadienne), 10 mars 2015, 1540.

64 Forum des ministres du marché du travail, Groupe coordonnateur de la mobilité de la main-d'œuvre, [Exceptions approuvées, par profession](#).

sociétés canadienne et américaine de psychologie [...] et qui définissent le cadre de la formation en psychologie dans toute l'Amérique du Nord⁶⁵ ». Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 5

que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires afin de revoir les dispositions de l'Accord sur le commerce intérieur pour harmoniser les règles relatives à la reconnaissance des titres de compétence des psychologues, tout en maintenant les exigences permettant de s'assurer que ces professionnels ont la formation requise pour exercer.

L'organisme SoinsSantéCAN a demandé que le gouvernement fédéral joue un rôle de coordinateur afin d'améliorer les effets de l'ACI; il a proposé que Santé Canada travaille avec lui et d'autres pour « une harmonisation plus poussée des dispositions des lois et des réglementations en vigueur au pays » et a ajouté que « [c]ela conforterait également l'Accord sur le commerce intérieur (ACI) qui vis[e] à éliminer les barrières interprovinciales permettant la libre circulation des travailleurs de la santé et d'autres intervenants en accroissant l'efficacité globale des marchés du travail⁶⁶ ».

Des représentants de quelques groupes professionnels faisant l'objet d'exceptions approuvées ont parlé des problèmes plus importants à régler pour faciliter la mobilité de la main-d'œuvre. Plusieurs de ces problèmes tiennent aux différences entre les champs d'activité; ils sont d'ailleurs traités dans la partie du présent rapport consacrée à la coordination pancanadienne des champs de pratique professionnelle.

C. LOI RÉGLEMENTANT CERTAINES DROGUES ET AUTRES SUBSTANCES ET RÈGLEMENTS PRIS EN VERTU DE CETTE LOI

Une responsable de Santé Canada a expliqué au Comité que la *Loi réglementant certaines drogues et substances* du gouvernement fédéral (la « Loi ») « aide les professionnels de la santé à appliquer l'ensemble de leurs connaissances dans l'exercice de leur profession, tel qu'indiqué dans les lois provinciales et territoriales⁶⁷ », faisant référence plus précisément aux modifications réglementaires apportées en 2012 conformément à la *Loi* pour illustrer ses propos⁶⁸.

Le *Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens*⁶⁹ pris en vertu de la *Loi* permet aux sages-femmes, au personnel infirmier praticien et aux podiatres de prescrire

65 HESA, [Témoignages](#), K. Cohen (Société canadienne de psychologie), 10 avril 2014, 0950.

66 SoinsSantéCAN, mémoire remis au Comité, 16 mars 2015, p. 4.

67 HESA, [Témoignages](#), D. Gillis (ministère de la Santé), 4 mars 2014, 0905.

68 *Ibid.*

69 DORS/2012-230.

certaines substances réglementées, à condition d'être déjà autorisés à le faire dans la province où ils exercent leur profession.

Ce règlement était jugé nécessaire, car même si les provinces avaient reconnu un champ d'activité élargi pour ces groupes de professionnels dans leurs lois, et notamment la possibilité de prescrire certaines substances réglementées, la *Loi* ne permettait qu'aux médecins, aux vétérinaires et aux dentistes habilités de prescrire ou d'utiliser des substances réglementées dans le cadre de leurs activités⁷⁰. Les sages-femmes, le personnel infirmier praticien et les podiatres n'étaient donc pas habilités à prescrire des narcotiques, à moins que la *Loi* ne les y ait autorisés.

Dans son témoignage devant le Comité, la représentante de l'Association des pharmaciens du Canada a fait remarquer que ce pouvoir n'avait pas été accordé aux pharmaciens et a suggéré qu'il le soit, en vertu du règlement en question⁷¹.

Tout en saluant le travail de Santé Canada pour avoir réussi à faire changer la *Loi*, un témoin a fait observer que

[c]es efforts ne réussissent cependant pas à assurer la collaboration à l'échelle du pays et, par conséquent, à mettre ces changements en œuvre plus rapidement. À l'heure actuelle, environ la moitié du pays est en mesure d'appliquer ces dispositions en vertu des lois provinciales et territoriales. L'autre moitié poursuit ses efforts en ce sens [...] Mais l'adoption se fait à pas de tortue. S'il existait une table fédérale-provinciale-territoriale qui cherchait à harmoniser les façons de faire pour qu'on finisse par s'entendre à leur sujet, nous considérons que l'adoption serait plus rapide⁷².

Dans le mémoire qu'elle a remis au Comité, l'Association médicale canadienne a donné d'autres exemples d'élargissement inégal à l'échelle du pays du champ de pratique de plusieurs groupes de professionnels⁷³. À l'appui de la solution proposée par l'Association, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 6

que le gouvernement fédéral collabore avec les instances provinciales et territoriales et les associations de professionnels de la santé à la promotion d'une approche pancanadienne cohérente concernant l'élargissement des champs d'exercice.

70 *Gazette du Canada*, partie I, vol. 146, *Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens*, « [Résumé de l'étude d'impact de la réglementation](#) » (archivée), 5 mai.

71 HESA, *Témoignages*, Janet Cooper (vice-présidente, Affaires professionnelles, Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0920.

72 HESA, *Témoignages*, B. Mildon (Association des infirmières et infirmiers du Canada), 8 avril 2014, 0945.

73 Association médicale canadienne, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 4.

La section du présent rapport portant sur la coordination pancanadienne des champs de pratique professionnelle traite de la façon dont le gouvernement fédéral pourrait favoriser une plus grande harmonisation des champs de pratique entre les provinces et les territoires.

Un autre témoin a souligné le fait que les dispositions législatives n'ont pas « prévu l'aspect surveillance et contrôle », et a recommandé l'instauration d'un « système de surveillance national » dans la *Loi* afin de régler le problème de la mobilité interprovinciale des professionnels de la santé⁷⁴.

D. RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE POUR LES FONCTIONNAIRES FÉDÉRAUX

Des témoins ont identifié d'autres obstacles administratifs, dans les programmes fédéraux, susceptibles de limiter la capacité des professionnels travaillant dans le milieu de la santé et des domaines connexes d'offrir des services optimaux aux patients admissibles. La représentante de l'Association canadienne des ergothérapeutes a proposé que le Régime de soins de santé de la fonction publique⁷⁵ soit élargi pour inclure l'ergothérapie⁷⁶. Une recommandation semblable a été faite pour les soins diététiques⁷⁷.

D'autres témoins ont fait état de plusieurs autres obstacles de nature générale dans ce régime et divers autres programmes de santé administrés par le gouvernement fédéral (et le secteur privé) :

Il y a beaucoup de choses dans ce [régime d'assurance-maladie complémentaire pour les fonctionnaires] qui n'ont aucun sens et qui retardent l'accès aux traitements et aux professionnels⁷⁸.

En particulier, plusieurs témoins ont fait valoir que le fait d'exiger qu'un patient ne puisse consulter certains professionnels de la santé que sur recommandation d'un médecin impose une restriction sur le champ d'activité qui n'est pourtant prévue dans aucun règlement ni aucune loi⁷⁹. Un témoin représentant les physiothérapeutes a cité une étude selon laquelle « les compagnies d'assurance exigent que les patients leur

74 HESA, [Témoignages](#), P. Emberley (Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0935.

75 Le [Régime de soins de santé de la fonction publique](#) relève de la responsabilité du [Conseil national mixte](#), qui est formé de représentants des employeurs et agents négociateurs de la fonction publique fédérale. Le Régime est géré conjointement par les agents négociateurs du Conseil national mixte, du Conseil du Trésor du Canada et de l'Association nationale des retraités fédéraux.

76 HESA, [Témoignages](#), P. Guitard (Association canadienne des ergothérapeutes), 10 mars 2015, 1640.

77 Les diététistes du Canada, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des diététistes*, mémoire remis au Comité, 18 novembre 2014, p. 9.

78 HESA, [Témoignages](#), K. O'Connor (Association canadienne de physiothérapie), 10 mars 2015, 1710.

79 HESA, [Témoignages](#), K. Cohen (Société canadienne de psychologie), 10 avril 2014, 1015; [Témoignages](#), P. Guitard (Association canadienne des ergothérapeutes), 10 mars 2015, 1710; et K. O'Connor (Association canadienne de physiothérapie), 10 mars 2015, 1710.

fournissent des billets de médecin, des recommandations et des prescriptions pour rembourser les services de physiothérapie, d'ergothérapie ou autres afin de réduire les coûts », mais a ajouté que « [beaucoup de choses] retardent l'accès aux traitements et aux professionnels⁸⁰ ». Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 7

que le gouvernement fédéral revoie l'exigence concernant le renvoi de patients par des médecins vers des services de santé couverts par le Régime de soins de santé de la fonction publique, afin de s'assurer que l'accès aux soins demeure approprié.

De même, une représentante de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada s'est demandé pourquoi les médecins doivent signer des formulaires de demande liés à des programmes administrés par le gouvernement fédéral, comme le certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées, la demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, la demande de prestations d'assurance-emploi et la demande de prestations en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*⁸¹. Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 8

que le gouvernement fédéral revoie la capacité des infirmiers et infirmières praticiens à être signataires autorisés dans le cadre des programmes fédéraux d'impôt et de prestations, afin de permettre aux Canadiens de se prévaloir rapidement de prestations ayant une incidence sur leur santé.

PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE D'UTILISATION DES CHAMPS D'ACTIVITÉ

A. ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES

L'Association des facultés de médecine du Canada a décrit une initiative qui « avait pour but d'étudier en profondeur la formation des médecins (MD), d'évaluer les besoins sociétaux actuels et futurs et d'identifier les changements à apporter pour en favoriser l'harmonisation⁸² ». Une des recommandations qui en découle consiste à faire progresser « la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle⁸³ ». Beaucoup de témoins ont vanté les mérites de ces pratiques, aussi appelées pratiques « d'équipe », indiquant

80 HESA, [Témoignages](#), K. O'Connor (Association canadienne de physiothérapie), 10 mars 2015, 1710.

81 HESA, [Témoignages](#), B. Mildon (Association des infirmières et infirmiers du Canada), 8 avril 2014, 0905.

82 Association des facultés de médecine du Canada, présentation devant le Comité, 3 avril 2014, p. 3.

83 *Ibid.*

qu'elles permettent de mieux répondre aux besoins des patients⁸⁴, et citant des initiatives pour former les professionnels à cette approche et développer leurs compétences⁸⁵.

D'autres témoins ont abordé les difficultés entourant la détermination et la réglementation des champs de pratique au sein des équipes multidisciplinaires. Par exemple, la représentante du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a décrit les efforts continus déployés pour établir un cadre de réglementation interprofessionnelle⁸⁶. D'autres témoins ont souligné les défis liés aux approches collaboratives lorsque les praticiens de la santé sont payés pour les services qu'ils donnent à leurs patients⁸⁷, tandis que certains professionnels de la santé et de domaines connexes non couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie doivent se faire payer par les patients⁸⁸. Un autre témoin a parlé de l'incidence que pourrait avoir ce modèle sur les effectifs nécessaires dans le secteur de la santé⁸⁹, une question traitée plus en profondeur dans la section du présent rapport consacrée à la planification des ressources humaines en santé.

Les témoignages recueillis et les mémoires déposés plaident en faveur de l'intervention du gouvernement fédéral à l'appui de ces pratiques⁹⁰, notamment par le financement des travaux de recherche et d'évaluation de cette approche⁹¹. Par conséquent, le Comité recommande :

-
- 84 HESA, [Témoignages](#), Robert David (président, Association chiropratique canadienne), 10 mars 2015, 1550; [Témoignages](#), D^r R. Bland (Association des psychiatres du Canada), 10 avril 2014, 0955; [Témoignages](#), K. O'Connor (Association canadienne de physiothérapie), 10 mars 2015, 1655; [Témoignages](#), E. Hébert (Association canadienne des sages-femmes), 12 mars 2015, 1555.
- 85 HESA, [Témoignages](#), J. Morrow (Canadian Association of Practical Nurse Educators), 8 avril 2014, 0845; [Témoignages](#), J. Cooper (Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0850; Harold Lopatka (directeur exécutif, Association des facultés de pharmacie du Canada), 10 avril 2014, 0900; et D^r R. Bland (Association des psychiatres du Canada), 10 avril 2014, 0955.
- 86 HESA, [Témoignages](#), D^{re} F.-A. Lefebvre (Fédération des ordres des médecins du Canada), 3 avril 2014, 1035.
- 87 HESA, [Témoignages](#), D^r R. Bland (Association des psychiatres du Canada), 10 avril 2014, 0955; [Témoignages](#), D^{re} F. Lemire (Collège des médecins de famille du Canada), 3 avril 2014, 0935; et D^{re} Geneviève Moineau (présidente-directrice générale, Association des facultés de médecine du Canada), 3 avril 2014, 0945; [Témoignages](#), Sabrina Wong (directrice intérimaire, UBC Centre for Health Services and Policy Research), 12 mars 2015, 1645.
- 88 Association médicale canadienne, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 5 et 6.
- 89 HESA, [Témoignages](#), D. Fréchette (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), 3 avril 2014, 0925.
- 90 HESA, [Témoignages](#), D^{re} F. Lemire (Collège des médecins de famille du Canada), 3 avril 2014, 0855; P. Emberley (Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0855.
- 91 HESA, [Témoignages](#), S. Wong (UBC Centre for Health Services and Policy Research), 12 mars 2015, 1645.

RECOMMANDATION 9

que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'approches axées sur les équipes interprofessionnelles dans la prestation de soins de santé primaires, et qu'il appuie la recherche dans ce sens.

B. COORDINATION PANCANADIENNE DES CHAMPS DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

La plupart des témoins ont expliqué au Comité que les variations entre les champs de pratique des provinces et des territoires tiennent aux différences dans les programmes de formation, aux exigences en matière d'agrément et aux dispositions réglementaires, notamment en raison de l'éventail des compétences requises pour chaque profession. Tel que mentionné précédemment, le recours à des équipes multidisciplinaires dans de nombreux établissements de soins fait que le rôle de chaque membre de l'équipe peut être appelé à changer.

Plusieurs témoins et mémoires ont fait état des différences dans les champs de pratique au Canada⁹². Les associations nationales de pédagogues et de praticiens, ainsi que les organismes de réglementation, ont reconnu le rôle prépondérant des gouvernements provinciaux et territoriaux dans la détermination des champs de pratique, et ont demandé que le gouvernement fédéral continue d'appuyer les efforts de renforcement et d'harmonisation des champs de pratique au pays⁹³.

De plus, des représentants d'organismes fédéraux responsables des services de santé ont aussi défendu l'importance d'une plus grande « normalisation » des champs de pratique⁹⁴.

92 HESA, [Témoignages](#), col. MacKay (ministère de la Défense nationale), 4 mars 2014, 0955; [Témoignages](#), A. Wright (Association canadienne des hygiénistes dentaires), 10 mars 2015, 1530; Association canadienne des technologues en radiation médicale, mémoire présenté au Comité, 8 octobre 2014; Association médicale canadienne, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 3.

93 HESA, [Témoignages](#), D^{re} G. Moineau (Association des facultés de médecine du Canada), 3 avril 2014, 0850; [Témoignages](#), C. Baker (Association canadienne des écoles de sciences infirmières), 8 avril 2014, 0905; et B. Mildon (Association des infirmières et infirmiers du Canada), 8 avril 2014, 0940; [Témoignages](#), A. Wright (Association canadienne des hygiénistes dentaires), 10 mars 2015, 1535; K. O'Connor (Association canadienne de physiothérapie), 10 mars 2015, 1655; et Pierre Poirier (directeur général, Association des paramédics du Canada), 10 mars 2015, 1655; [Témoignages](#), S. Wong (UBC Centre for Health Services and Policy Research), 12 mars 2015, 1645; William Tholl (président et directeur général, SoinsSantéCAN), 12 mars 2015, 1700; et E. Hébert (Association canadienne des sages-femmes), 12 mars 2015, 1555; Association canadienne des technologues en radiation médicale, mémoire remis au Comité, 8 octobre 2014; Association canadienne des optométristes, *Le rôle du fédéral dans le champ d'exercice et la formation des professionnels de la santé*, mars 2015, mémoire remis au Comité, 2 avril 2015, p. 2.

94 HESA, [Témoignages](#), col. MacKay (ministère de la Défense nationale), 4 mars 2014, 0955; et M. Brenning (Service correctionnel du Canada), 4 mars 2014, 0900.

À l'appui des propositions des témoins, le Comité recommande donc :

RECOMMANDATION 10

que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, favorise l'harmonisation pancanadienne des champs de pratique.

Le Comité a appris que les nouvelles technologies de communication pourraient favoriser la mobilité des Canadiens et des professionnels de la santé grâce au développement et à la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques, permettant ainsi aux professionnels de l'ensemble des provinces et des territoires de mettre en commun l'information.

Un témoin du MDN a déclaré au Comité qu'il existe déjà des dossiers médicaux électroniques totalement fonctionnels pour les membres des Forces canadiennes, et que l'expérience en la matière est partagée avec d'autres au sein du gouvernement fédéral⁹⁵. Des témoins d'autres organismes ont souligné l'importance de l'établissement de dossiers médicaux électroniques dans leur propre travail⁹⁶. Par conséquent, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 11

que le gouvernement fédéral continue de travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et autres parties intéressées à l'établissement des dossiers médicaux électroniques partout au Canada.

D'autres témoins ont expliqué comment les nouvelles technologies de communication leur servent à étendre la portée de leurs services⁹⁷.

C. RECONNAISSANCE ET UTILISATION DES APPROCHES PARALLÈLES EN SANTÉ

Des témoins ont parlé au Comité d'approches et de professions faisant appel à des modes de prestation de soins de santé parallèles. Un témoin a décrit en ces termes ce qu'elle considérait comme des limitations aux approches courantes :

95 HESA, [Témoignages](#), col. MacKay (ministère de la Défense nationale), 4 mars 2014, 0945.

96 HESA, [Témoignages](#), J. Cooper (Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0935; [Témoignages](#), S. Wong (UBC Centre for Health Services and Policy Research), 12 mars 2015, 1645; SoinsSantéCAN, mémoire remis au Comité, 16 mars 2015, p. 4; Association médicale canadienne, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 5 et 6.

97 HESA, [Témoignages](#), D^r Raj Bhatla (membre, Centre de santé mentale Royal Ottawa, SoinsSantéCAN), 12 mars 2015, 1705; D^{re} Janice Wright (médecin chef, Services cliniques, InspireHealth), 12 mars 2015, 1540; Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, mémoire remis au Comité, 16 mars 2015.

Le système actuel est axé sur le diagnostic et le traitement de la maladie, et peu de ressources sont consacrées à la prévention. En fait, ce sont les médecins et l'équipe de professionnels de la santé qui doivent nettoyer les dégâts quand les patients développent des maladies graves ou chroniques, n'ayant peut-être pas appris à prendre soin d'eux-mêmes de manière convenable ou optimale⁹⁸.

La représentante du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a décrit la collaboration croissante entre les praticiens ayant adopté des approches parallèles et ceux s'en tenant à des méthodes plus conventionnelles, « surtout lorsqu'on travaille auprès des populations autochtones ou qui vivent dans des collectivités rurales éloignées⁹⁹ ». Un autre témoin a laissé entendre qu'en l'absence de réglementation, « la qualité des soins fluctue beaucoup » quand ces soins sont dispensés par des professionnels des soins de santé parallèles, et a ajouté que le gouvernement fédéral doit intervenir afin de déterminer si oui ou non une profession est réglementée, car cela a une incidence sur le respect voué à celui qui la pratique¹⁰⁰.

Le Comité a entendu également deux témoins ayant recours à des modes de prestation de soins parallèles, qui font appel tous les deux à des approches et à des pratiques de médecine conventionnelle et parallèle. Le D^r John Cline a proposé l'intégration de « la médecine fonctionnelle dans les programmes de formation et la pratique des professionnels de la santé dans l'ensemble du Canada¹⁰¹ ». Il a dit au Comité que « la médecine fonctionnelle s'attaque aux causes sous-jacentes des maladies dans le cadre d'une approche axée sur les systèmes et engageant le patient et le praticien dans un partenariat thérapeutique¹⁰² ».

Le Comité a aussi recueilli le témoignage du représentant de Pure North S'Energy, qui a fait état des économies considérables pour le système de soins de santé réalisées grâce à son programme, qui repose sur des « interventions cliniques simples et efficaces axées sur la prévention¹⁰³ ». Ces interventions incluent « la prise de vitamine D3 et de multivitamines et suppléments minéraux de grande qualité, l'éducation en matière de santé et le retrait sécuritaire des amalgames dentaires au mercure¹⁰⁴ ».

98 HESA, [Témoignages](#), D^{re} J. Wright (InspireHealth), 12 mars 2015, 1540.

99 HESA, [Témoignages](#), D. Fréchette (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), 3 avril 2014, 1000.

100 HESA, [Témoignages](#), D^{re} G. Moineau (Association des facultés de médecine du Canada), 3 avril 2014, 0945.

101 HESA, [Témoignages](#), D^r John C. Cline (directeur médical, Cline Medical Centre), 12 mars 2015, 1530.

102 John Cline, mémoire remis au Comité, 12 mars 2015.

103 HESA, [Témoignages](#), Allan Markin (fondateur, Pure North S'Energy Foundation), 12 mars 2015, 1550.

104 *Ibid.*

RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LA PLANIFICATION ET LE PERFECTIONNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Un témoin a décrit le rythme des changements récents qui affectent les ressources humaines en santé et évoqué la nécessité de faire une meilleure planification en ces termes :

On a accordé peu d'attention à l'impact des changements systémiques et organisationnels survenus au cours des 10 dernières années sur les ressources humaines du secteur de la santé¹⁰⁵.

Dans un mémoire qu'il a remis au Comité après la comparution de ses témoins, Santé Canada a décrit deux volets – la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé et l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger – d'un important programme de financement, soulignant que ce sont deux activités de soutien dans le secteur des ressources humaines en santé¹⁰⁶. Ce sont deux des sujets examinés plus en profondeur dans les prochaines sections du présent rapport.

A. PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Des témoins ont décrit les initiatives de planification des ressources humaines dans lesquelles le gouvernement fédéral joue un rôle central, notamment avec le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines¹⁰⁷ et le Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux¹⁰⁸. Plusieurs témoins ont recommandé que le gouvernement fédéral joue un rôle moteur dans la collecte d'information sur les ressources humaines en santé et la planification de ces ressources¹⁰⁹, tandis que d'autres ont proposé que le gouvernement s'engage dans ces initiatives et les appuie¹¹⁰. En particulier, la représentante du Collège

105 HESA, [Témoignages](#), S. Wong (UBC Centre for Health Services and Policy Research), 12 mars 2015, 1640.

106 Santé Canada, *La réponse de Santé Canada*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 1.

107 HESA, [Témoignages](#), D. Gillis (ministère de la Santé), 4 mars 2014, 0920.

108 HESA, [Témoignages](#), B. Durafourt (Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada), 12 mars 2015, 1650.

109 HESA, [Témoignages](#), D. Fréchette (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), 3 avril 2014, 0930; [Témoignages](#), P. Emberley (Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0855; [Témoignages](#), A. Wright (Association canadienne des hygiénistes dentaires), 10 mars 2015, 1535; [Témoignages](#), B. Durafourt (Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada), 12 mars 2015, 1650.

110 HESA, [Témoignages](#), H. Lopatka (Association des facultés de pharmacie du Canada), 10 avril 2014, 0910; [Témoignages](#), Paul Fisher (président, Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires), 8 avril 2014, 0915; [Témoignages](#), P. Poirier (Association des paramédics du Canada), 10 mars 2015, 1715; Les diététistes du Canada, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des diététistes*, mémoire remis au Comité, novembre 2014, p. 9; SoinsSantéCAN, mémoire remis au Comité, 16 mars 2015, p. 4; Association médicale canadienne, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 5 et 6; Association canadienne de counseling et de psychothérapie, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 20 mars 2015, p. 3 et 4.

royal des médecins et chirurgiens du Canada a évoqué la création « [d']un institut ou [d']une agence pancanadiens ou nationaux [...] [qui] serviraient à mobiliser les avantages et les forces des apprentissages, des éléments probants et des expériences des provinces, des territoires, des organismes professionnels et des chercheurs¹¹¹ ».

À l'appui des propositions de ces témoins, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 12

que le gouvernement fédéral travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants intéressés afin de prendre la mesure des défis liés à la planification des ressources en santé, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, et de faciliter la mise en commun de pratiques exemplaires et des données sur la planification.

B. INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DIPLÔMÉS À L'ÉTRANGER

Une représentante de Santé Canada a expliqué au Comité qu'en matière d'intégration du personnel infirmier et des médecins formés à l'étranger, le ministère a travaillé en collaboration

avec Citoyenneté et Immigration Canada, Emploi et Développement social Canada, les écoles de médecine et de sciences infirmières, et les conseils scolaires. Nous travaillons de concert depuis des années pour faire tomber ces barrières, tout en veillant à ce que les travailleurs formés à l'étranger satisfassent aux normes que les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé doivent respecter au Canada¹¹².

Dans un mémoire présenté après la comparution de ses témoins devant le Comité, Santé Canada a décrit l'ensemble des efforts qu'il déploie, notamment dans le cadre de son Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger (IPSFE), qui a été « mise sur pied en 2005–2006 afin d'augmenter le nombre de professionnels de la santé au Canada en encourageant l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger au sein de l'effectif canadien de la santé¹¹³ ». Le mémoire fait état de sept professions prioritaires dans le cadre de l'initiative en question : les médecins, le personnel infirmier, les physiothérapeutes, les pharmaciens, les ergothérapeutes, les technologues en radiation médicale et les technologues de laboratoire médical, ainsi que d'investissements supplémentaires dans « d'autres professions, telles que les sages-femmes¹¹⁴ ».

111 HESA, [Témoignages](#), D. Fréchette (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), 3 avril 2014, 0930.

112 HESA, [Témoignages](#), D. Gillis (ministère de la Santé), 4 mars 2014, 1025.

113 Santé Canada, *La réponse de Santé Canada*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 2.

114 *Ibid.*

Une initiative semblable du Conseil médical du Canada présentée au Comité « prépare des normes pancanadiennes pour l'évaluation de diplômés en médecine étrangers qui pourraient être admissibles à l'exercice de la médecine au Canada sans complément de formation, dans le cas de ceux qui ne cherchent pas à suivre une formation postdoctorale ou en résidence¹¹⁵ ». Santé Canada a déclaré qu'« [e]ntre janvier 2012 et décembre 2013, plus de 2 100 diplômés internationaux en médecine ont été évalués à l'aide de cet outil, ce qui a permis à plus de 1 020 diplômés internationaux en médecine de commencer un programme de résidence¹¹⁶ ». Santé Canada a également parlé d'une initiative comparable pour le personnel infirmier formé à l'étranger¹¹⁷.

Santé Canada a également informé le Comité que la Saskatchewan a lancé un projet qui

fait la promotion et appuie le maintien en poste des professionnels de la santé diplômés à l'étranger [dans la province] en leur offrant des services de planification de carrière, des références vers de la formation, du mentorat et des occasions de réseautage avec des pairs afin de renforcer les compétences essentielles dont ils ont besoin pour obtenir leur permis d'exercer et mieux s'intégrer à l'effectif du secteur de la santé de la province¹¹⁸

et que 442 professionnels de la santé formés à l'étranger ont reçu des services¹¹⁹.

Le Comité a également entendu des témoignages sur des initiatives menées par certains organismes, comme l'Association canadienne des ergothérapeutes¹²⁰ et la Fédération des ordres des médecins du Canada¹²¹. Les diététistes du Canada ont recommandé que le gouvernement fédéral continue de soutenir les « programmes de préparation pour les professionnels de la santé formés à l'étranger, dont les diététistes¹²² », et l'Association des facultés de pharmacie du Canada plaide en faveur d'une réactualisation des « quotas d'immigration des pharmaciens formés dans d'autres pays », en attendant « une évaluation complète de la main-d'œuvre actuelle et à venir des pharmaciens¹²³ ».

115 HESA, [Témoignages](#), D^{re} F.-A. Lefebvre (Fédération des ordres des médecins du Canada), 3 avril 2014, 0910.

116 Santé Canada, *La réponse de Santé Canada*, mémoire remis au Comité, 17 mars 2015, p. 2.

117 *Ibid.*

118 *Ibid.*, p. 3.

119 *Ibid.*

120 HESA, [Témoignages](#), P. Guitard (Association canadienne des ergothérapeutes), 10 mars 2015, 1635.

121 HESA, [Témoignages](#), D^{re} F.-A. Lefebvre (Fédération des ordres des médecins du Canada), 3 avril 2014, 0950.

122 Les diététistes du Canada, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des diététistes*, mémoire remis au Comité, 18 novembre 2014, p. 9.

123 HESA, [Témoignages](#), H. Lopatka (Association des facultés de pharmacie du Canada), 10 avril 2014, 0905.

C. DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET MAINTIEN DES EFFECTIFS

Des témoins se sont exprimés au sujet des formations initiale et continue des professionnels de la santé et fait ressortir les différentes attributions du gouvernement fédéral à ce chapitre, notamment « le financement et des initiatives ciblés pour assurer les services dans les zones rurales et éloignées¹²⁴ » et un programme de formation en ligne sur les soins aux patients destiné aux pharmaciens¹²⁵.

Des témoins ont parlé aussi de la possibilité pour le gouvernement fédéral, en tant qu'employeur, de contribuer à la formation des professionnels en santé, notamment du personnel infirmier¹²⁶ et des psychologues¹²⁷. Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 13

que le gouvernement fédéral revoie les programmes de stages et ceux destinés aux étudiants, comme le Programme fédéral d'expérience de travail étudiante et le Répertoire des étudiants admissibles à l'intégration de Santé Canada, dans le but d'offrir des occasions de formation aux professionnels de la santé.

Certains témoins ont demandé que le gouvernement fédéral intervienne en soutenant la formation continue des professionnels de la santé, notamment des médecins, en lançant « une consultation nationale sur le développement professionnel continu des médecins¹²⁸ », et ont insisté sur l'action du gouvernement pour « le maintien et le renforcement des compétences et du rendement des médecins en appuyant les organismes d'agrément¹²⁹ ». D'autres témoins ont plaidé en faveur de l'adoption d'une « norme qui permet aux gens d'exercer pleinement et d'optimiser leurs champs de pratique; pour ce faire, il faut participer à l'établissement de normes pour les stages et les résidences qui favorisent les compétences interprofessionnelles », ainsi qu'en faveur du « un permis d'exercer¹³⁰ ».

En outre, des témoins ont proposé que le gouvernement fédéral favorise la création d'« un cadre national pour orienter l'avenir de la formation des infirmières et des infirmiers grâce à un examen du champ de pratique des infirmières et infirmiers praticiens, des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers auxiliaires, et à une

124 HESA, [Témoignages](#), D^{re} F. Lemire (Collège des médecins de famille du Canada), 3 avril 2014, 0900.

125 HESA, [Témoignages](#), J. Cooper (Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0850.

126 HESA, [Témoignages](#), B. Mildon (Association des infirmières et infirmiers du Canada), 8 avril 2014, 0905.

127 HESA, [Témoignages](#), K. Cohen (Société canadienne de psychologie), 10 avril 2014, 0950.

128 HESA, [Témoignages](#), D^{re} G. Moineau (Association des facultés de médecine du Canada), 3 avril 2014, 0855.

129 HESA, [Témoignages](#), D^{re} F. Lemire (Collège des médecins de famille du Canada), 3 avril 2014, 0900.

130 HESA, [Témoignages](#), S. Wong (UBC Centre for Health Services and Policy Research), 12 mars 2015, 1645.

collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle s'effectuant dans ce cadre¹³¹ » pour « améliorer l'accès aux études en médecine, de sorte que tous les milieux socioéconomiques soient représentés¹³² » et « des programmes d'incitatifs pour attirer les jeunes vers des domaines où la demande est forte et pour encourager le recrutement et la rétention de conseillers/psychothérapeutes à l'échelle du Canada¹³³ ».

D. PROGRAMME CANADIEN DE PRÊTS AUX ÉTUDIANTS

Un site Web du gouvernement fédéral décrit le programme canadien d'exonération des prêts d'études pour « les médecins de famille, les résidents en médecine familiale, les infirmiers praticiens et le personnel infirmier admissibles qui travaillent dans des collectivités rurales ou éloignées¹³⁴ ». Selon ce programme, les médecins de famille et les résidents en médecine familiale peuvent obtenir une exonération de leur prêt d'études pouvant aller jusqu'à 40 000 dollars (8 000 \$ par année pendant 5 ans maximum), et les membres du personnel infirmier, praticiens ou pas, peuvent obtenir une exonération de l'ordre de 20 000 \$ (soit 3 000 \$ par année pendant 5 ans au maximum). Pour être admissibles à cette exonération, les praticiens doivent avoir travaillé pendant une année complète (12 mois consécutifs) et avoir fourni des services en personne pendant au moins 400 heures (50 jours) dans les collectivités désignées.

Selon le témoin représentant la Fédération des étudiants en médecine du Canada, « en date de novembre 2013, plus de 1 150 médecins de famille et membres du personnel infirmier avaient eu droit à l'annulation d'une partie de leur dette¹³⁵ ». Toutefois, ce témoin a parlé de ce que la Fédération considère comme des limitations au programme, à savoir que pour bénéficier d'une exonération, les étudiants doivent avoir un prêt à rembourser :

Ce qui empêche l'optimisation du nombre de nouveaux médecins de famille qui accède au programme, c'est qu'ils doivent avoir un solde pour leur prêt d'études canadien au moment où ils se retrouvent dans une situation qui leur permet d'avoir droit au programme [...] La plupart des étudiants en médecine choisissent de consolider leur prêt d'études canadien en obtenant une marge de crédit de leur institution financière. Ce transfert de la dette atténue considérablement la portée de la mesure incitative qui a été créée pour attirer les nouveaux médecins vers les collectivités rurales et éloignées¹³⁶.

131 HESA, [Témoignages](#), C. Baker (Association canadienne des écoles de sciences infirmières), 8 avril 2014, 0905.

132 Fédération des étudiants en médecine du Canada, *Améliorer l'exonération de remboursement du prêt d'études pour les médecins de famille et le personnel infirmier*, mémoire remis au Comité, 2 avril 2015, p. 5.

133 Association canadienne de counseling et de psychothérapie, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des professionnels de la santé*, mémoire remis au Comité, 20 mars 2015, p. 4.

134 Gouvernement du Canada, « [Exonération de remboursement du prêt d'études pour les médecins de famille et le personnel infirmier](#) », *Ciblétudes*.

135 HESA, [Témoignages](#), B. Durafourt (Fédération des étudiants en médecine du Canada), 12 mars 2015, 1650.

136 *Ibid.*, 1655.

L'organisme Les diététistes du Canada a cité des circonstances particulières qui, selon lui, font que « la politique fédérale sur les prêts étudiants et l'exemption d'intérêt [continuent] de nuire aux efforts des programmes qui cherchent à offrir une formation pratique après l'obtention du diplôme¹³⁷ ». Dans son mémoire, cet organisme fait observer que le remboursement doit se faire dans les 6 mois suivant l'obtention du diplôme, mais que « [l]es stages en diététique (qui durent environ 40 semaines) ne procurent aucune allocation pour les frais de subsistance et, qui plus est, peuvent être assortis de frais d'inscription¹³⁸ ».

L'organisme conclut que « [l]'obligation de remboursement (sans possibilité de report ou du maintien de l'exemption d'intérêt), combinée à un manque de revenu (non-admissibilité à des prêts étudiants), empêche certains étudiants de terminer leurs études¹³⁹ ». Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 14

que le gouvernement fédéral revoie les exigences de remboursement applicables au Programme canadien de prêts aux étudiants pour s'assurer que les professionnels de la santé sont traités équitablement et ne sont pas confrontés à des obstacles déraisonnables qui les empêchent de mener à bien leurs études.

Lors de son intervention au sujet de l'initiative d'exonération des prêts aux étudiants, la représentante du Collège royal des médecins de famille du Canada a déclaré devant le Comité : « Nous entendons dire que les localités rurales arrivent à recruter, mais qu'elles ont beaucoup de mal à retenir leurs médecins¹⁴⁰ »; en outre, elle souhaiterait que l'on mesure l'incidence des mesures incitatives du programme canadien de prêts aux étudiants sur le maintien en poste des professionnels de la santé¹⁴¹.

137 Les diététistes du Canada, *Pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : Profession et formation des diététistes*, mémoire remis au Comité, novembre 2014, p. 6.

138 *Ibid.*

139 *Ibid.*

140 HESA, [Témoignages](#), D^{re} F. Lemire (Collège des médecins de famille du Canada), 3 avril 2014, 0900.

141 *Ibid.*

E. SOUTIEN À LA RECHERCHE

Le Comité a appris que le gouvernement fédéral est un important bailleur de fonds de la recherche en santé¹⁴². Par exemple, des témoins ont expliqué que la recherche financée par les instances fédérales favorise l'expansion du champ de pratique des pharmaciens¹⁴³ et l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale¹⁴⁴.

Des témoins ont parlé d'autres initiatives de recherche susceptibles d'appuyer la maximisation des champs de pratique et le rendement optimal du système de soins de santé. La représentante de l'UBC Centre for Health Services and Policy Research a demandé que le gouvernement fédéral

investi[sse] dans une infrastructure de façon à mesurer et surveiller les champs de pratique des professionnels de la santé canadiens en fonction des aspects des soins pertinents. Le rôle du fédéral est nécessaire à la mise en œuvre de mesures de suivi et d'évaluation systématiques axées tout particulièrement sur les intrants et les extrants, de façon à estimer les coûts de l'intégration des changements et le rendement à long terme du capital investi¹⁴⁵.

Cette personne a ensuite recommandé que le gouvernement fédéral « réserve une partie des fonds de recherche pour combler les lacunes liées à la littérature et à nos connaissances dans divers domaines (p. ex., modèles de paiement et dossiers médicaux électroniques¹⁴⁶) ». Enfin, elle a recommandé que le gouvernement fédéral

finance la recherche pour évaluer les effets d'un certain nombre d'innovations essentielles du système de santé sur les ressources humaines en santé, tant en milieu urbain qu'en milieu rural; élaborer un cadre national pour l'adoption de lignes directrices et de normes de qualité pour favoriser l'optimisation, l'élargissement et le chevauchement des champs de pratique, et promouvoir les pratiques exemplaires et faciliter ensuite l'expansion et la pérennité des initiatives dans l'ensemble du pays¹⁴⁷.

Dans un mémoire présenté au Comité SoinsSantéCAN a écrit :

Les [Instituts de recherche en santé du Canada] IRSR peuvent contribuer au financement de la recherche en comblant le manque de données probantes dans la littérature actuelle – telles que les analyses coûts-avantages et de [retour du capital investi] RCI relatives aux différents modèles de soins et champs d'exercices et des études d'impact des changements sur les résultats auprès des patients¹⁴⁸.

142 HESA, [Témoignages](#), D^r R. Bland (Association des psychiatres du Canada), 10 avril 2014, 0955.

143 HESA, [Témoignages](#), J. Cooper (Association des pharmaciens du Canada), 10 avril 2014, 0850.

144 HESA, [Témoignages](#), D^r R. Bland (Association des psychiatres du Canada), 10 avril 2014, 0950.

145 HESA, [Témoignages](#), S. Wong (UBC Centre for Health Services and Policy Research), 12 mars 2015, 1645.

146 *Ibid.*

147 *Ibid.*

148 SoinsSantéCAN, mémoire remis au Comité le 16 mars 2015, p. 4.

Un témoin représentant l'Association des psychiatres du Canada a également souligné qu'il est important que le gouvernement fédéral « soutienne [financièrement] la réalisation de projets de démonstration sur la façon dont les soins collaboratifs peuvent contribuer à résoudre les problèmes courants auxquels les systèmes de santé font face, notamment en ce qui concerne les groupes mal desservis comme les Autochtones, les sans-abri et les collectivités rurales et isolées¹⁴⁹ ».

149 HESA, [Témoignages](#), D^r R. Bland (Association des psychiatres du Canada), 10 avril 2014, 0955.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

que le Partenariat fédéral pour les soins de santé intervienne auprès de toutes les parties intéressées afin de s'assurer de leur pleine participation aux efforts constants destinés à faciliter les partenariats stratégiques visant à améliorer les programmes, les modèles de soins interdisciplinaires et les politiques fondées sur des données probantes. 4

RECOMMANDATION 2

que le ministère de la Défense nationale envisage de revoir la composition de ses équipes de collaboration professionnelle en santé mentale – qui incluent les psychologues, les psychiatres, les travailleurs en santé mentale et les travailleurs sociaux –, afin de s'assurer que la prestation de services sur le théâtre des opérations et au pays réponde aux besoins de nos Forces armées. 5

RECOMMANDATION 3

que le Conseil du Trésor envisage d'ajouter le poste de sage-femme dans les sous-groupes professionnels qu'il a définis. 8

RECOMMANDATION 4

que Santé Canada revoie le rôle des hygiénistes dentaires, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des sages-femmes, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, afin d'améliorer sa capacité à fournir les services de santé requis dans les régions rurales et éloignées grâce à une équipe de soignants..... 10

RECOMMANDATION 5

que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires afin de revoir les dispositions de l'Accord sur le commerce intérieur pour harmoniser les règles relatives à la reconnaissance des titres de compétence des psychologues, tout en maintenant les exigences permettant de s'assurer que ces professionnels ont la formation requise pour exercer..... 12

RECOMMANDATION 6

que le gouvernement fédéral collabore avec les instances provinciales et territoriales et les associations de professionnels de la santé à la promotion d'une approche pancanadienne cohérente concernant l'élargissement des champs d'exercice. 13

RECOMMANDATION 7

que le gouvernement fédéral revoie l'exigence concernant le renvoi de patients par des médecins vers des services de santé couverts par le Régime de soins de santé de la fonction publique, afin de s'assurer que l'accès aux soins demeure approprié. 15

RECOMMANDATION 8

que le gouvernement fédéral revoie la capacité des infirmiers et infirmières praticiens à être signataires autorisés dans le cadre des programmes fédéraux d'impôt et de prestations, afin de permettre aux Canadiens de se prévaloir rapidement de prestations ayant une incidence sur leur santé. 15

RECOMMANDATION 9

que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'approches axées sur les équipes interprofessionnelles dans la prestation de soins de santé primaires, et qu'il appuie la recherche dans ce sens. 17

RECOMMANDATION 10

que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, favorise l'harmonisation pancanadienne des champs de pratique. 18

RECOMMANDATION 11

que le gouvernement fédéral continue de travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et autres parties intéressées à l'établissement des dossiers médicaux électroniques partout au Canada. 18

RECOMMANDATION 12

que le gouvernement fédéral travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants intéressés afin de prendre la mesure des défis liés à la planification des ressources en santé, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, et de faciliter la mise en commun de pratiques exemplaires et des données sur la planification..... 21

RECOMMANDATION 13

que le gouvernement fédéral revoie les programmes de stages et ceux destinés aux étudiants, comme le Programme fédéral d'expérience de travail étudiante et le Répertoire des étudiants admissibles à l'intégration de Santé Canada, dans le but d'offrir des occasions de formation aux professionnels de la santé. 23

RECOMMANDATION 14

que le gouvernement fédéral revoie les exigences de remboursement applicables au Programme canadien de prêts aux étudiants pour s'assurer que les professionnels de la santé sont traités équitablement et ne sont pas confrontés à des obstacles déraisonnables qui les empêchent de mener à bien leurs études..... 25

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

Organismes et individus	Date	Séance
<p>Service correctionnel du Canada</p> <p>Michele Brenning, commissaire adjointe, Services de santé</p> <p>Henry de Souza, directeur général, Services cliniques</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>Debra Gillis, directrice générale par intérim, Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits</p> <p>Ministère de la Défense nationale</p> <p>Col Hugh MacKay, médecin-chef adjoint, Forces canadiennes</p>	2014/03/04	16
<p>Association des facultés de médecine du Canada</p> <p>Geneviève Moineau, présidente-directrice générale</p> <p>Collège des médecins de famille du Canada</p> <p>Francine Lemire, directrice exécutive et présidente-directrice générale</p> <p>Fédération des ordres des médecins du Canada</p> <p>Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction</p> <p>Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada</p> <p>Danielle Fréchette, directrice exécutive, Bureau de l'innovation des systèmes de santé et des relations externes</p>	2014/04/03	20
<p>Canadian Association of Practical Nurse Educators</p> <p>Judy Morrow, membre du conseil d'administration</p> <p>Debbi Templeton, coordonnatrice, Programme de la santé de la commission scolaire New Frontiers</p> <p>Canadian Association of Schools of Nursing</p> <p>Cynthia Baker, directrice exécutive</p> <p>Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires</p> <p>Paul Fisher, président</p> <p>Canadian Council of Registered Nurse Regulators</p> <p>Anne Coghlan, présidente</p>	2014/04/08	21

Organismes et individus	Date	Séance
<p>Association des infirmières et infirmiers du Canada</p> <p>Barbara Mildon, présidente</p> <p>Josette Roussel, infirmière-conseillère principale, Pratique professionnelle</p>	2014/04/08	21
<p>Association des facultés de pharmacie du Canada</p> <p>Harold Lopatka, directeur exécutif</p> <p>Association des pharmaciens du Canada</p> <p>Janet Cooper, directrice principale, Affaires professionnelles et services aux membres</p> <p>Phil Emberley, directeur, Innovation dans la pratique de la pharmacie</p> <p>Association des psychiatres du Canada</p> <p>Roger Bland, membre, Professeur mis à l'émérite, département de la psychiatrie, University of Alberta</p> <p>Société canadienne de psychologie</p> <p>Karen Cohen, chef de la direction</p>	2014/04/10	22
<p>Association canadienne des ergothérapeutes</p> <p>Paulette Guitard, professeur et ancienne présidente</p> <p>Association chiropratique canadienne</p> <p>Robert David, président</p> <p>Ward MacDonald, membre</p> <p>Association dentaire canadienne</p> <p>Kevin Desjardins, directeur, Affaires publiques</p> <p>Benoit Soucy, directeur, Affaires cliniques et scientifiques</p> <p>Association canadienne des hygiénistes dentaires</p> <p>Victoria Leck, directrice, Développement professionnel</p> <p>Ann Wright, directrice, Hygiène dentaire</p> <p>Association canadienne de physiothérapie</p> <p>Kate O'Connor, directrice, Politiques et recherches</p> <p>Association des paramédics du Canada</p> <p>Pierre Poirier, directeur général</p>	2015/03/10	52

Organismes et individus	Date	Séance
Association canadienne des sages-femmes	2015/03/12	53
Emmanuelle Hébert, présidente		
Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada		
Bryce Durafourt, président		
Cline Medical Centre		
John C. Cline, directeur médical		
SoinsSantéCAN		
Raj Bhatla, membre, Centre de santé mentale Royal Ottawa		
William Tholl, président et directeur général		
InspireHealth		
Janice Wright, médecin chef, Services cliniques		
Pure North S'Energy Foundation		
Mark Atkinson, directeur, Assurance de la qualité		
Samantha Kimball, directrice de recherche		
Allan Markin, fondateur		
UBC Centre for Health Services and Policy Research		
Sabrina Wong, directrice intérimaire		

ANNEXE B

LISTE DES MÉMOIRES

Organismes et particuliers

Association canadienne de counseling et de psychothérapie

Association canadienne de physiothérapie

Association canadienne des hygiénistes dentaires

Association canadienne des optométristes

Association canadienne des sages-femmes

Association canadienne des technologues en radiation médicale

Association chiropratique canadienne

Association des facultés de médecine du Canada

Association médicale canadienne

Cline Medical Centre

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada

InspireHealth

Les diététistes du Canada

Pure North S'Energy Foundation

SoinsSantéCAN

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents ([réunions n^{os} 16, 20, 21, 22, 52, 53, 55, 59, et 60](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

Ben Lobb

Rapport supplémentaire du Nouveau Parti démocratique

Les membres néo-démocrates du Comité permanent de la santé encouragent fortement l'inclusion de recommandations qui visent à donner aux étudiants en médecine, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé la possibilité d'entamer le remboursement de leurs prêts d'études une fois qu'ils ont terminé leur résidence ou leur stage obligatoire pour faire leur entrée dans la profession, et qui permettent aux étudiants de profiter au maximum des programmes fédéraux d'exonération de remboursement du prêt d'études. En outre, nous nous inquiétons des témoignages selon lesquels les politiques de remboursement des prêts d'études au Canada nuisent aux efforts de recrutement et de rétention dans les communautés rurales et éloignées.

La Fédération d'étudiants en médecine du Canada a indiqué au Comité que le report du remboursement des prêts à la fin de la résidence maximiserait l'efficacité du Programme d'exonération du prêt d'études pour les médecins de famille et le personnel infirmier, qui incite les médecins et les infirmières à pratiquer leur profession dans les communautés rurales et éloignées. Elle a fait valoir que certains étudiants endettés ne peuvent se prévaloir du programme puisqu'ils transforment leurs prêts en marge de crédit ayant des taux moins élevés au début de leur résidence. Ils ne sont donc pas admissibles à l'exonération puisqu'ils n'ont plus de prêt étudiant non remboursé.

Le Collège des médecins de famille du Canada a fait écho aux préoccupations des étudiants en médecine et a recommandé que l'on examine les effets du Programme d'exonération du remboursement du prêt d'études sur la rétention des professionnels de la santé dans les communautés rurales et éloignées.

En outre, les Diététistes du Canada ont indiqué au Comité que les politiques de remboursement des prêts d'études, combiné à l'absence de revenu au cours des stages, forcent certains étudiants à abandonner leurs études.

Par conséquent, nous recommandons que l'on examine les politiques du Programme canadien de prêts aux étudiants qui touchent le recrutement et la rétention des professionnels de la santé, y compris le report du remboursement des prêts consentis en vertu du Programme canadien des prêts aux étudiants à la fin de la période de formation en résidence ou du stage obligatoire pour entrer dans une profession.

