



**CHAMBRE DES COMMUNES  
CANADA**

**PROMOUVOIR DES SOLUTIONS NOVATRICES  
POUR RELEVER LES DÉFIS DES RESSOURCES  
HUMAINES EN SANTÉ**

**Rapport du Comité permanent  
de la santé**

**La présidente  
Joy Smith, députée**

**JUIN 2010  
40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3<sup>e</sup> SESSION**

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

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

On peut obtenir des copies supplémentaires ou la version française de cette publication en écrivant à :  
Les Éditions et Services de dépôt Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5  
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943  
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757  
[publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca](mailto:publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca)  
<http://publications.gc.ca>

**PROMOUVOIR DES SOLUTIONS NOVATRICES  
POUR RELEVER LES DÉFIS DES RESSOURCES  
HUMAINES EN SANTÉ**

**Rapport du Comité permanent  
de la santé**

**La présidente  
Joy Smith, députée**

**JUIN 2010  
40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3<sup>e</sup> SESSION**



# **COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

## **40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2<sup>e</sup> SESSION**

### **PRÉSIDENTE**

Joy Smith

### **VICE-PRÉSIDENTES**

Joyce Murray

Judy Wasylycia-Leis

### **MEMBRES**

L'hon. Carolyn Bennett

Colin Carrie

Nicolas Dufour

Luc Malo

Tim Uppal

Patrick Brown

Patricia Davidson

Kirsty Duncan

Cathy McLeod

### **GREFFIÈRE DU COMITÉ**

Christine Holke David

### **BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT**

#### **Service d'information et de recherche parlementaires**

Karin Phillips

Marie Chia

Sonya Norris

# **COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

## **40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3<sup>e</sup> SESSION**

### **PRÉSIDENTE**

Joy Smith

### **VICES-PRÉSIDENTES**

Joyce Murray

Megan Leslie

### **MEMBRES**

L'hon. Carolyn Bennett

Colin Carrie

Nicolas Dufour

Luc Malo

Tim Uppal

Patrick Brown

Patricia Davidson

Kirsty Duncan

Cathy McLeod

### **GREFFIÈRE DU COMITÉ**

Christine Holke David

### **BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT**

#### **Service d'information et de recherche parlementaires**

Karin Phillips

Marie Chia

# **LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

a l'honneur de présenter son

## **SIXIÈME RAPPORT**

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les ressources humaines en santé et a convenu de faire rapport de ce qui suit :





# TABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : LE DÉFI DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ AU CANADA .....	3
CHAPITRE 2 : LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ .....	7
CHAPITRE 3 : NOUVELLES APPROCHES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION ET DE COLLABORATION PANCANADIENNE AU REGARD DES RHS .....	11
Introduction .....	11
Mécanismes actuels de planification et de collaboration pancanadiennes en matière de RHS .....	11
Observations du Comité .....	14
CHAPITRE 4 : RECHERCHE ET COLLECTE DE DONNÉES SUR LES RHS AU CANADA .....	17
Introduction .....	17
Collecte de données .....	17
Recherche .....	20
CHAPITRE 5 : PROMOUVOIR DES SOLUTIONS NOVATRICES POUR LES DÉFIS EN MATIÈRE DE RHS .....	23
Introduction .....	23
Collaboration interprofessionnelle (CIP) .....	23
Technologie de l'information sur la santé.....	26
CHAPITRE 6 : ACCÉLÉRER L'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ FORMÉS À L'ÉTRANGER .....	29
Introduction .....	29
Voies vers la pratique pour les professionnels de la santé formés à l'étranger .....	30
Accélérer l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger .....	30

Obstacles que doivent franchir les PSFE pour exercer leur profession .....	34
Observations du Comité .....	37
<b>CHAPITRE 7 : BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET DIFFICULTÉS POUR LES CLIENTÈLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.....</b>	<b>41</b>
Introduction .....	41
Collaboration horizontale en matière de RHS : Partenariat fédéral pour les soins de santé.....	42
Premières nations et Inuits .....	43
i) Rôles et responsabilités de Santé Canada.....	43
ii) Difficultés actuelles de recruter et de conserver des ressources humaines en santé autochtones .....	43
iii) Stratégies visant à améliorer le recrutement et le maintien en fonction de ressources humaines en santé autochtones dans les communautés inuites et des Premières nations.....	46
iv) Observations du Comité .....	48
Autres clientèles du gouvernement fédéral.....	50
i) Gendarmerie royale du Canada (GRC) .....	50
ii) Forces canadiennes .....	52
iii) Anciens Combattants Canada .....	53
iv) Détenus sous responsabilité fédérale.....	55
v) Immigrants et réfugiés .....	56
vi) Observations du Comité .....	57
<b>CHAPITRE 8 : ACCENT MIS SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE DE RECRUTEMENT ET DE RÉTENTION DANS LES RÉGIONS RURALES .....</b>	<b>59</b>
Introduction .....	59
Pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des RHS dans les régions rurales .....	60
Observations du Comité .....	61

CHAPITRE 9 : UN EXAMEN DES BESOINS, DÉFIS ET INNOVATIONS EN RHS PROPRES AU NORD .....	63
Introduction .....	63
Prestation des soins de santé dans le Nord.....	63
Les défis des RHS dans le Nord.....	64
Innovations touchant les RHS dans le Nord .....	65
Observations du Comité .....	66
CONCLUSION .....	69
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	71
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS – 40 <sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3 <sup>e</sup> SESSION.....	77
ANNEXE B : LISTE DES TÉMOINS – 40 <sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2 <sup>e</sup> SESSION.....	81
ANNEXE C : LISTE DES MÉMOIRES – 40 <sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3 <sup>e</sup> SESSION .....	85
ANNEXE D : LISTE DES MÉMOIRES – 40 <sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2 <sup>e</sup> SESSION .....	87
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT .....	89
OPINION DISSIDENTE DU BLOC QUÉBÉCOIS.....	91



# INTRODUCTION

---

Le 26 février 2009, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (ci-après le Comité) a convenu d'entreprendre une étude sur les ressources humaines en santé (RHS) au Canada s'appuyant sur le mandat suivant : la planification et la coordination pancanadiennes des RHS, la recherche et la collecte de données, la collaboration interprofessionnelle, les professionnels de la santé formés à l'étranger, les besoins en RHS des différentes clientèles fédérales, ainsi que le recrutement et la rétention dans les régions rurales et éloignées. Le Comité a également convenu de respecter, dans le cadre de son étude, la complexité des questions de compétences liées aux RHS et, notamment, le fait que la province de Québec, considérant que la planification des ressources humaines en santé relève de sa responsabilité exclusive, ne participe pas aux initiatives pancanadiennes actuellement en cours en matière de RHS<sup>1</sup>. Cette étude constitue également un approfondissement des questions abordées dans le cadre de l'examen prévu par la loi, du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, achevé en 2008, qui portait sur les progrès accomplis par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au regard de l'augmentation du nombre de professionnels de la santé au Canada promise dans le Plan décennal et l'Accord de 2003 sur la santé<sup>2</sup>.

Le présent rapport, qui comporte plusieurs chapitres, présente dans un premier temps le contexte nécessaire à la compréhension des défis que doivent actuellement relever les RHS au Canada et le rôle du gouvernement fédéral en matière de RHS. Les chapitres suivants traitent des différents sujets définis dans le mandat précité. Ces chapitres résument les témoignages que le Comité a entendus dans le cadre de son étude, soulignent les problèmes abordés par les témoins et définissent les mesures qui doivent être prises par le gouvernement fédéral pour y remédier.

Le Comité a tenu un total de 12 réunions d'avril 2009 à mai 2010 et mené une mission d'étude de deux jours à Iqaluit et Rankin Inlet du 24 au 26 mai 2009. Le Comité a entendu, lors de ses réunions et de ses visites, les témoignages de représentants du gouvernement fédéral, de chercheurs et d'universitaires, d'organisations de professionnels de la santé, d'organismes de soins de santé communautaires et de diverses autres personnes intéressées.

---

1 Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines fédéral-provincial-territorial, *Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf), p. 3.

2 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Examen parlementaire du Plan décennal pour consolider les soins de santé*, juin 2008, 39<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/392/HESA/Reports/RP3577300/hesarp06/hesarp06-f.pdf>.



# CHAPITRE 1 : LE DÉFI DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ AU CANADA

---

Le Comité reconnaît que les ressources humaines en santé (RHS) au Canada présentent de nombreux défis qui font l'objet de la présente étude. Selon la définition de Statistique Canada, tirée de la Classification nationale des professions, RHS désigne les dispensateurs rémunérés de soins de santé qui, au sein du système de santé, ont le mandat d'assurer aux Canadiens la prestation de soins de santé de grande qualité, sécuritaires, efficaces et axés sur le patient<sup>3</sup>. Il est à souligner que l'appellation RHS s'applique à tout un éventail de professionnels qui ne participent pas tous directement à la prestation de soins de santé, tels que les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les chiropraticiens, les docteurs en naturopathie, les dentistes, les pharmaciens, le personnel de laboratoires, des professionnels de la santé environnementale ou publique, les statisticiens de la santé, les épidémiologistes, les gestionnaires de l'information sur la santé, les économistes de la santé, ainsi que les agents de santé communautaire<sup>4</sup>. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) applique une définition encore plus vaste des RHS, puisqu'elle considère comme dispensateur de soins de santé toute personne participant à des activités visant principalement à améliorer la santé, qu'elle soit rémunérée ou non<sup>5</sup>. Cette vaste définition comprend un plus large éventail de participants, notamment les bénévoles et les aidants membres de la famille. Le présent rapport se fonde sur la conception plus vaste de l'OMS, qui comprend les professionnels de la santé rémunérés ou non.

D'après l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les ressources humaines en santé représentent également le plus gros poste de dépenses du système de soins de santé : sur chaque dollar dépensé en soins de santé au Canada, de 60 à 80 cents sont alloués aux RHS, et ce, sans compter le coût de formation des professionnels de la santé<sup>6</sup>. Ce qui signifie que sur les 160 milliards de dollars dépensés en soins de santé au Canada en 2007, de 96 à 128 milliards de dollars ont été alloués aux RHS<sup>7</sup>.

Cependant, la capacité du système de santé à fournir aux Canadiens des soins de santé sûrs et de qualité dépend en partie « d'un ensemble de prestataires de services

---

3 Définition fondée sur celle de Statistique Canada, dont la Classification nationale des professions limite l'appellation de dispensateurs de soins de santé aux personnes rémunérées. Elle diffère en cela de celle de l'Organisation mondiale de la santé qui considère comme dispensateur de soins de santé toute personne participant à des activités visant principalement à améliorer la santé. ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, 2007, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders\\_07\\_FR\\_final.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf).

4 *Ibid.*

5 *Ibid.*

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*

couvrant toute la gamme des compétences requises<sup>8</sup> », ainsi que d'autres déterminants de la santé.

Le Canada connaît pourtant, depuis un certain nombre d'années, des pénuries de RHS dans de nombreuses professions. Ainsi, estimait-on en 2007 à 11 000 équivalents temps plein la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada<sup>9</sup>. L'Association médicale canadienne estime par ailleurs que de 4 à 5 millions de Canadiens n'ont actuellement pas de médecin de famille<sup>10</sup>.

Il est important de souligner que l'ICIS a indiqué dans son rapport qu'on a observé, de 2003 à 2007, une augmentation variable selon les professions et, notamment, chez les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les sages-femmes et les pharmaciens<sup>11</sup>. On prévoit cependant toujours des pénuries de RHS en raison de divers facteurs tels que le vieillissement de la population active des professionnels de la santé, la réduction du nombre d'heures travaillées par les dispensateurs de soins de santé afin de garantir un meilleur équilibre travail/vie privée, et des problèmes de milieux de travail qui suscitent un absentéisme et un taux de renouvellement du personnel élevés<sup>12</sup>.

De plus, les zones rurales et reculées du Canada subissent des pénuries de RHS particulièrement graves en raison des mouvements de migration des dispensateurs de soins de santé qui, comme le reste de la population, ont tendance à migrer vers les centres qui connaissent une plus forte croissance économique<sup>13</sup>. Ainsi, de 1991 à 2001, les médecins, les technologues de laboratoire médical et les assistants dentaires ont eu tendance à désertier les zones rurales<sup>14</sup>. La situation est encore plus difficile dans les réserves, dans les communautés des Premières nations et des Inuits, ainsi que dans le Nord, où les soins primaires sont principalement assurés par des infirmières autorisées,

---

8 Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines fédéral-provincial-territorial, *Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf).

9 Associations des infirmières et infirmiers du Canada, *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*, mai 2009, [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN\\_Highlights\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN_Highlights_f.pdf).

10 Association médicale canadienne, « *Plus de médecins pour plus de soins* » : *Une promesse qui reste à remplir*, Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes au sujet des ressources humaines de la santé, 28 avril 2009.

11 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé*, 2007, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders\\_07\\_FR\\_final.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf).

12 Associations des infirmières et infirmiers du Canada, *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*, mai 2009, [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN\\_Highlights\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN_Highlights_f.pdf), et Association médicale canadienne, « *Plus de médecins pour plus de soins* » : *Une promesse qui reste à remplir*, Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes au sujet des ressources humaines de la santé, 28 avril 2009.

13 ICIS, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2009.

14 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé*, 2007, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders\\_07\\_FR\\_final.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf).



de sorte que ces groupes de population doivent également voyager sur de grandes distances pour recevoir des soins actifs et tertiaires<sup>15</sup>.

Le Canada a traditionnellement fait appel à des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) pour pallier les pénuries de personnels de santé, mais ces professionnels étrangers éprouvent des difficultés à faire reconnaître leurs titres et doivent attendre avant de pouvoir s'intégrer dans le système de soins de santé canadien<sup>16</sup>. Ainsi, la moitié des diplômés en médecine formés à l'étranger qui présentent chaque année au Canada une demande au programme d'études supérieures en sont à leur deuxième demande, parce qu'ils n'ont pas obtenu une place la première fois<sup>17</sup>.

---

15 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 41, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-F.PDF>, et *Santé Canada, Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones : Services de soins de santé*, <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/services/index-fra.php>.

16 ICIS, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2009.

17 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>.



## CHAPITRE 2 : LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

---

En vertu de la *Loi constitutionnelle de 1867*, les soins de santé ne relèvent pas d'un seul ordre de gouvernement, mais comportent plutôt divers volets qui peuvent relever tant des compétences fédérales que provinciales<sup>18</sup>. La *Constitution* accorde aux provinces des compétences prédominantes en matière de RHS. Le paragraphe 92(13), qui vise « la propriété et les droits civils dans la province », à savoir les contrats, les délits civils et la propriété, est la principale disposition qui attribue aux provinces des pouvoirs en matière de santé<sup>19</sup>. Il autorise les provinces à réglementer les affaires de la province et, notamment, la prestation publique ou privée d'assurances médicales, qui déterminent le barème des tarifs des services assurés par les dispensateurs de soins de santé. Plus important encore, il accorde aux provinces le droit de réglementer les dispensateurs de soins de santé. Le paragraphe 92(7) accorde aux provinces le pouvoir de créer et de réglementer les hôpitaux et les services de santé assurés par des hôpitaux, à l'exception des hôpitaux maritimes<sup>20</sup>.

L'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* accorde cependant au gouvernement fédéral des pouvoirs relatifs à certains groupes de personnes, telles que celles se trouvant dans la milice, au service militaire ou naval, les Premières nations et les Inuits, ainsi que les détenus fédéraux. En vertu de l'article 95, le gouvernement fédéral détient également des pouvoirs, concurrents à ceux des provinces, quant aux immigrants. Il est important de noter que la façon dont le gouvernement fédéral exerce les pouvoirs qu'il détient au regard de ces différents groupes en matière de prestation de soins de santé et de ressources humaines en santé varie grandement selon la nature de la clientèle visée. Le rôle du gouvernement fédéral, quant à ces différents groupes de population, est étudié plus en détail dans le chapitre 7. De plus, en tant qu'employeur de la fonction publique fédérale, le gouvernement fédéral est responsable de la santé et de la sécurité au travail de ses employés, ainsi que des prestations de santé liées à l'emploi des fonctionnaires fédéraux<sup>21</sup>.

Par ailleurs, le gouvernement fédéral peut, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>22</sup>, utiliser son pouvoir de dépenser pour établir des normes nationales pour les régimes d'assurance-maladie des provinces comme condition de sa contribution pécuniaire à ces régimes. Le pouvoir de dépenser n'est pas explicitement défini par la

---

18 Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada* (5<sup>e</sup> édition augmentée 2007), vol. 1, Thomson Carswell, Toronto, p. 32-1.

19 *Ibid.*, p. 32-2.

20 *Ibid.*

21 *Ibid.*

22 *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 1.

Constitution, mais est implicitement déduit des pouvoirs que possède le Parlement en matière de dette publique et de biens du domaine public (paragraphe 91(1A)) et de son pouvoir général de taxation (paragraphe 91(3)), qui ont été confirmés par les tribunaux<sup>23</sup>. De par son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral peut assortir les subventions qu'il accorde aux provinces de conditions, et, notamment, de conditions relatives à l'exercice des compétences provinciales au sujet desquelles le Parlement ne saurait directement légiférer<sup>24</sup>.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral a établi pour les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires, les normes suivantes : (1) la gestion publique, (2) l'intégralité, (3) l'universalité, (4) la transférabilité et (5) l'accessibilité<sup>25</sup>. Pour ce qui est des RHS, il est important de souligner que l'article 9 de la *Loi canadienne sur la santé*, qui traite de l'intégralité, prévoit « qu'au titre du régime provincial d'assurance-maladie, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins<sup>26</sup> ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé<sup>27</sup> ». Cela signifie que, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les services des médecins doivent être couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, mais que cette obligation ne s'applique pas aux services d'autres professionnels de la santé, tels que les pharmaciens, les physiothérapeutes, les chiropraticiens, les psychologues, les docteurs en naturopathie et d'autres non-médecins, qui sont examinés dans le présent rapport<sup>28</sup>.

Malgré cette séparation des pouvoirs, le gouvernement fédéral collabore depuis longtemps avec les provinces et les territoires en matière de santé et de soins de santé, comme en témoigne l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003, où les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ont reconnu la nécessité d'une collaboration intergouvernementale pour relever le défi des RHS partout au pays. Cependant, ils ont aussi convenu d'agir dans le respect complet des compétences de chaque gouvernement<sup>29</sup>. Dans cet Accord, les premiers ministres se sont entendus pour collaborer en matière de planification des RHS « pour améliorer les données qui permettent la planification à l'échelle nationale, pour favoriser l'interdisciplinarité des fournisseurs de soins par le biais de l'éducation, pour améliorer le

---

23 Marlisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, PRB 08-58F, 20 octobre 2008, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0858-f.pdf>.

24 *Ibid.*

25 *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 7.

26 La *Loi canadienne sur la santé* définit un médecin comme une personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice. *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 2.

27 *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 9.

28 Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada* (5<sup>e</sup> édition augmentée 2007), vol. 1, Thomson Carswell, Toronto, p. 32-5.

29 Santé Canada, *Système de soins de santé : Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, 2003, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>.

recrutement et le maintien en poste, et pour assurer une relève suffisante<sup>30</sup> ». À cette fin, le gouvernement fédéral s'est engagé à allouer 85 millions de dollars au renouvellement des RHS, de même qu'un financement continu de 20 millions de dollars par an à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé<sup>31</sup>.

Ces engagements ont été précisés en 2004 dans le Plan décennal fédéral-provincial-territorial (FPT) pour consolider les soins de santé, qui se fonde sur plusieurs principes dont la collaboration entre tous les gouvernements, la réalisation de progrès par la mise en commun des pratiques exemplaires, et une certaine souplesse en matière de compétences<sup>32</sup>. Cette entente reconnaît le principe d'un fédéralisme asymétrique qui permet l'existence d'ententes particulières pour n'importe quelle province, y compris le Québec qui a signé conjointement avec le gouvernement fédéral un communiqué distinct sur l'interprétation et la mise en œuvre du plan décennal<sup>33</sup>.

En matière de RHS, les gouvernements se sont entendus pour accroître la réserve de professionnels de la santé en établissant un plan d'action pour la formation, le recrutement et le maintien en poste des professionnels<sup>34</sup>. Afin d'atteindre ces objectifs, les premiers ministres se sont engagés à allouer 5,5 milliards de dollars additionnels sur 10 ans afin de réduire les délais d'attente, et ce, dans le cadre d'un travail de collaboration continu sur les RHS<sup>35</sup>. Le gouvernement fédéral s'engage par ailleurs à<sup>36</sup> :

- accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger;
- instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langue officielle afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités;
- prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé;

---

30 *Ibid.*

31 Santé Canada, *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : Rapport 2006-2007, Réalisations et nouveaux projets*, 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan\\_report-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan_report-fra.pdf).

32 Santé Canada, *Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

33 *Ibid.*

34 *Ibid.*

35 Santé Canada, *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : Rapport 2006-2007, Réalisations et nouveaux projets*, 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan\\_report-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan_report-fra.pdf).

36 Santé Canada, *Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé*, 2004, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

- participer à la planification des RHS avec les provinces et les territoires intéressés.

Les investissements, les programmes et les initiatives du gouvernement fédéral liés à ces engagements sont examinés en profondeur dans les chapitres suivants du présent rapport.

Enfin, il est important de souligner que le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes s'est aussi vu accorder le pouvoir d'examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé en vertu du paragraphe 25.9(1) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* qui autorise le transfert de fonds fédéraux aux provinces afin de donner effet à ce plan<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, L.R. 1985, ch. F-8, art. 1, 1995, ch. 17, art. 45.

# CHAPITRE 3 : NOUVELLES APPROCHES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION ET DE COLLABORATION PANCANADIENNE AU REGARD DES RHS

---

## Introduction

Si le Comité reconnaît que chaque gouvernement du Canada est responsable de la planification et de la gestion de son propre système de soins de santé, force lui est de constater que, selon les témoins qu'il a entendus, une collaboration intergouvernementale en matière de planification des RHS présente de nombreux avantages. Une planification et une collaboration nationales en matière de RHS permettent, selon eux, d'éviter la concurrence entre les gouvernements au regard d'un même bassin de professionnels de la santé, de promouvoir la mobilité interprovinciale de ces derniers afin de remédier aux problèmes d'inadéquation de l'offre et de la demande dans différentes régions du pays et, plus important encore, de partager les pratiques exemplaires que chaque gouvernement peut avoir trouvées pour relever le défi des RHS<sup>38</sup>.

## Mécanismes actuels de planification et de collaboration pancanadiennes en matière de RHS

À l'heure actuelle, la planification et la collaboration pancanadiennes se déroulent au sein du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) FPT. Ce dernier, qui a été créé en 2002 par la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé, a pour mandat de fournir aux sous-ministres des recommandations stratégiques sur la planification, l'organisation et la prestation de services de santé, y compris les questions relatives aux RHS, et de constituer un forum de discussions et d'échanges d'information à l'échelle nationale<sup>39</sup>. Le CCPSSRH est composé des représentants des 14 gouvernements, de même que de représentants du Groupe d'intervention action santé, des communautés des Premières nations, du Conseil des ministres de l'Éducation du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), d'un office régional de la santé et de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC).

- 
- 38 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 23 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-F.PDF>, et Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-F.PDF>.
- 39 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 41, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-F.PDF>.

Lors de son témoignage devant le Comité, la coprésidente fédérale du CCPSSRH a souligné les initiatives prises par ce dernier<sup>40</sup>. En 2007, le CCPSSRH a publié un Cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, plan d'action définissant des objectifs à court, à moyen et à long termes au regard des points suivants<sup>41</sup> :

- planifier et optimiser le niveau des effectifs, la répartition des disciplines et la distribution géographique des dispensateurs de soins de santé<sup>42</sup>;
- mettre en place, en collaboration étroite avec les employeurs et le système éducatif, un corps professionnel doté des compétences théoriques et pratiques requises pour fournir des services de santé sécuritaires et de haute qualité en s'adaptant à des contextes novateurs de manière à répondre à l'évolution des systèmes de santé et des besoins de la population;
- se doter d'une palette adéquate de dispensateurs de soins de santé et les répartir selon des modèles qui mettent à contribution toutes leurs compétences;
- recruter et maintenir en poste un corps professionnel viable dans un contexte de travail sain et sécuritaire.

Il est cependant important de souligner que le *Cadre* ne fixe pas d'objectifs précis en matière d'accroissement de l'offre de professionnels de la santé<sup>43</sup>.

Outre la publication de ce Cadre, le CCPSSRH a mené à bien une étude approfondie des différents modèles de prévision des RHS, ainsi que des ateliers destinés à partager des connaissances et à promouvoir l'amélioration des données et de la modélisation relatives aux RHS afin de répondre aux besoins des différents gouvernements en matière de politique et de planification. Il a créé un comité chargé d'aider les gouvernements à déterminer si les changements proposés à des titres d'admissibilité aux professions peuvent servir les intérêts des patients, des dispensateurs

---

40 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 14, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-F.PDF>, et Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 41, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-F.PDF>.

41 Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf).

42 Le Cadre utilise l'expression « prestataire de services », plutôt que « dispensateur de soins de santé », sans la définir.

43 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 14, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-F.PDF>.



de soins de santé et du système d'éducation. Le CCPSSRH a également joué un rôle actif au regard de la question des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) en appuyant un plan visant à élaborer et à mettre en œuvre une norme nationale d'évaluation des diplômés en médecine étrangers qui souhaitent suivre des études universitaires supérieures au Canada. Enfin, le CCPSSRH travaille actuellement à l'élaboration d'une stratégie visant à combler les lacunes constatées dans l'approche canadienne de la formation et de la collaboration interprofessionnelle<sup>44</sup>.

Malgré les différentes initiatives entreprises par le CCPSSRH, des témoins ont déclaré au Comité que ce dernier ne constituait pas un mécanisme efficace de consultation nationale en matière de planification des RHS, et ce, premièrement, parce que sa composition n'est pas assez inclusive, et qu'on n'y trouve aucun représentant de différentes catégories de professionnels de la santé qui dispensent des soins en collaboration<sup>45</sup> et, deuxièmement, parce que la mise en œuvre du Cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne est lente et que le CCPSSRH n'a pas réussi à ce que ce Cadre reçoive des gouvernements l'attention et l'appui qu'il mérite afin d'être mis en œuvre<sup>46</sup>. Il est d'ailleurs révélateur de constater que certains témoins qui se sont exprimés devant le Comité sur le besoin d'un plan ou d'une stratégie nationale pour relever le défi de RHS ne semblaient pas connaître l'existence du Cadre du CCPSSRH<sup>47</sup>.

Ainsi, des témoins ont-ils demandé que le mandat et la composition du CCPSSRH soient élargis « de manière à ce que les intervenants participent activement à l'établissement de buts réalistes et atteignables » en matière de RHS<sup>48</sup>. La majorité des témoins s'est également prononcée pour la création d'un nouvel observatoire national des RHS qui « permettrait de réunir les chercheurs, les gouvernements, les employeurs, les professionnels de la santé, les syndicats et les organisations internationales pour examiner et analyser les tendances des résultats dans la santé, les politiques de santé et donner des conseils factuels aux décideurs<sup>49</sup> ». Cet observatoire national constituerait un

---

44 La question sera traitée plus en détail dans une section consacrée aux solutions innovatrices aux défis des RHS. On entend par pratique de collaboration interprofessionnelle la prestation de services de santé complets aux patients par plusieurs fournisseurs de soins qui travaillent de concert à fournir des soins de qualité à l'intérieur d'un milieu et entre milieux. Association canadienne de physiothérapie, *Efficacité et ressources humaines en santé*, Mémoire au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 25 novembre 2009.

45 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-F.PDF>.

46 *Ibid.*

47 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 44, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 18 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESAEV44-F.PDF>.

48 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-F.PDF>.

49 *Ibid.*

outil de diffusion des connaissances où les intervenants pourraient partager les pratiques exemplaires qu'ils ont trouvées pour relever le défi des RHS<sup>50</sup>.

### Observations du Comité

Le Comité reconnaît que le CCPSSRH a pris des mesures considérables de planification de la collaboration et de diffusion des connaissances en matière de RHS. Il constate cependant que ce dernier devrait peut-être se soucier plus que le Cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne reçoive l'appui des gouvernements et des intervenants afin d'être mis en œuvre. Le Comité remarque également que ni la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé de Santé Canada ni le Cadre du CCPSSRH ne fixent d'objectifs précis en matière d'offre de professionnels de la santé au Canada. Le Comité reconnaît que le CCPSSRH a pris des mesures en vue d'élargir sa représentativité en invitant le Groupe d'intervention action santé, une coalition d'associations nationales en matière de santé et de consommation, ainsi que des organisations vouées à la protection et au renforcement du système de soins de santé public canadien<sup>51</sup>. Il a appris également que le CCPSSRH a récemment créé des groupes de travail consacrés à la collaboration interprofessionnelle et aux PSFE. Le Comité juge cependant qu'il serait peut-être nécessaire d'envisager la création d'un mécanisme additionnel, ou d'un observatoire national des RHS, qui soit indépendant des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, comme l'ont suggéré certains témoins. Par conséquent, le Comité recommande :

#### Recommandation 1 :

**Que le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines se penche sur la possibilité et la pertinence soit d'élargir sa composition afin d'inclure un plus large éventail d'intervenants et d'étendre son mandat afin de permettre l'établissement d'un inventaire de données et des recherches relatives aux pratiques exemplaires permettant de relever le défi des RHS au Canada, soit de créer un nouvel observatoire national des ressources humaines en santé indépendant dont la composition élargie pourrait promouvoir la recherche et la collecte de données sur les RHS, servir d'outil efficace de diffusion des connaissances et définir les principales priorités en matière de recherche;**

---

50 *Ibid.*

51 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 13 mai 2010, [http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA\\_EV17-F.PDF](http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA_EV17-F.PDF).

**Recommandation 2 :**

**Que le CCPSSRH fasse rapport sur la mise en œuvre du Cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, et, notamment, sur les progrès accomplis au regard de ses objectifs à court, à moyen et à long termes.**



# CHAPITRE 4 : RECHERCHE ET COLLECTE DE DONNÉES SUR LES RHS AU CANADA

---

## Introduction

La recherche et la collecte de données jouent un rôle non négligeable dans la planification des RHS. Pour déterminer s'il y a assez de professionnels de la santé ayant les compétences voulues pour assurer des soins de haute qualité, les décideurs doivent en premier lieu recueillir suffisamment de données sur l'offre actuelle de professionnels de la santé<sup>52</sup>. D'après l'ICIS, l'ensemble minimal de données pour mesurer l'offre de professionnels de la santé doit comprendre : les caractéristiques démographiques, les niveaux d'instruction et de formation, la répartition géographique, la migration, la réduction des effectifs non liée à la migration, les caractéristiques d'emploi et de pratique et la productivité<sup>53</sup>. L'établissement d'un portrait exact de l'offre actuelle de professionnels de la santé constitue donc la première étape de la planification des RHS. De plus, les décideurs doivent disposer des informations pertinentes sur les besoins futurs de la population en matière de soins de santé afin de déterminer quels types de professionnels de la santé seront requis<sup>54</sup>. Des recherches sur les pratiques exemplaires en matière de prestation des soins de santé sont également indispensables afin d'établir comment les professionnels des soins de santé doivent collaborer afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles. Ce chapitre traite des diverses initiatives de recherche et de collecte de données en RHS qui sont actuellement menées et constituent le fondement de la planification des RHS partout au Canada.

## Collecte de données

Le Comité a appris que l'ICIS a recueilli de l'information détaillée sur le profil démographique et les caractéristiques professionnelles d'un large éventail de travailleurs de la santé, comme les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les psychothérapeutes, les techniciens de laboratoire médical et les techniciens de radiation médicale<sup>55</sup>. L'ICIS recueille en outre les données relatives à 17 autres travailleurs de la santé, dont les chiropraticiens, les sages-femmes et les psychologues. L'ICIS a ajouté que les données qu'il recueille facilitent la planification collaborative nationale, car elles permettent aux planificateurs des RHS et aux décideurs du pays de

---

52 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, 2007, [http://secure.ICIS.ca/ICISweb/products/HCPProviders\\_07\\_FR\\_final.pdf](http://secure.ICIS.ca/ICISweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf).

53 ICIS, *Guide d'élaboration de fichiers de données pour appuyer la gestion des ressources humaines de la santé au Canada*, février 2005, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Guidance\\_Document\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Guidance_Document_f.pdf), p. 11.

54 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 23 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-f.PDF>.

55 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, le 23 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-F.PDF>.

comparer les tendances de la main-d'œuvre d'une province à l'autre. Selon l'ICIS, ces projets de collecte de données ont été rendus possibles par le financement de l'ICIS reçu dans le cadre de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé.<sup>56</sup>

Dans son rapport présenté aux membres du Comité, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, l'ICIS présente les dernières tendances démographiques et données sur la main-d'œuvre concernant les différentes catégories de professionnels de la santé au Canada. Il est souligné en outre dans le rapport qu'il y a des lacunes dans la recherche en ce qui concerne certaines de ces tendances; mentionnons, par exemple, le profil du départ à la retraite d'une variété de professionnels de la santé; les taux de départ chez les professionnels de la santé et les raisons expliquant ces taux; le pourcentage de Canadiens autochtones dans certaines professions de la santé<sup>57</sup>. D'autres témoins ayant comparu devant le Comité ont également souligné l'absence d'un minimum de données sur les RHS autochtones<sup>58</sup>. Les représentants de Santé Canada qui ont témoigné devant le Comité ont indiqué qu'ils travaillaient à analyser les données disponibles sur les RHS autochtones en collaboration avec l'ICIS, de même qu'à recueillir plus d'information au niveau local en collaboration avec les communautés<sup>59</sup>.

Des témoins ont signalé d'autres lacunes dans la collecte de données auxquelles il fallait remédier, dont la nécessité pour l'ICIS et Statistique Canada de refaire le recensement national sur le travail et la santé des infirmières, qui, selon des témoins, était périmé<sup>60</sup>. Ils ont ajouté que le recensement devrait s'appliquer aussi aux autres catégories de professionnels de la santé<sup>61</sup>. Certains témoins ont souligné la nécessité de centrer la collecte de données non seulement sur les tendances de l'offre de professionnels de la santé, mais encore sur les besoins de la population en matière de santé dans l'avenir, comme la gestion des maladies chroniques attribuables au vieillissement de la population<sup>62</sup>. Cela venait du fait que la planification des RHS était en train de passer d'un

---

56 On trouvera d'autres détails sur cette stratégie dans les sections où l'on examine les solutions novatrices aux problèmes des RHS. Santé Canada, *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, Rapport 2007-2008*, 2008, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/pdf/pubs/RHShs/2008-ar-ra-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/RHShs/2008-ar-ra-fra.pdf).

57 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders\\_07\\_FR\\_final.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf), p. 73.

58 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 05, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-F.PDF>.

59 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 13 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESAEV17-F.PDF>.

60 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-F.PDF>.

61 *Ibid.*

62 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 23 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-F.PDF>.

modèle lié aux tendances actuelles de l'utilisation des soins de santé aux futurs besoins de la population en santé. Des représentants de Statistique Canada ont indiqué que de telles données sont mises à la disposition des décideurs et des planificateurs, contre recouvrement des coûts, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui vise à recueillir des données sur les déterminants de la santé, sur l'état de santé et sur l'utilisation des services de santé<sup>63</sup>. Ils ont indiqué qu'il était possible de produire des données sur la santé à l'échelle régionale, mais qu'il était difficile d'en produire à l'échelle des collectivités en raison de problèmes de fiabilité et de confidentialité.

Le Comité reconnaît les efforts de l'ICIS qui élargit les initiatives de collecte de données pour qu'elles portent sur un large éventail de professionnels de la santé. Le Comité admet aussi toutefois qu'il est nécessaire que l'ICIS recueille de l'information détaillée sur le profil démographique et l'emploi de toutes les catégories de professionnels de la santé, y compris des données recueillies par le recensement. De plus, il pourrait s'assurer que ses données sont à jour en faisant de nouveaux recensements, comme le recensement national sur le travail et la santé des infirmières. En outre, l'ICIS devrait, en collaboration avec Santé Canada, examiner des façons de corriger les lacunes constatées dans la collecte de données sur les RHS autochtones. Enfin, le Comité constate qu'il est nécessaire aussi que l'ICIS travaille avec d'autres ministères et organismes fédéraux compétents afin de recueillir des données sur les RHS concernant la prestation de services et d'avantages de soins de santé aux autres groupes clients fédéraux, dont : la GRC; les immigrants et les réfugiés; les Forces canadiennes; les anciens combattants; les détenus sous responsabilité fédérale. Par conséquent, le Comité recommande :

### **Recommandation 3 :**

**Que Santé Canada songe sérieusement à fournir du financement à l'ICIS dans le cadre de sa Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé afin de lui permettre :**

- **d'élargir sa collecte de données pour qu'elle comprenne l'information sur le profil démographique et l'emploi de toutes les catégories de professionnels de la santé;**
- **de refaire le recensement national des RHS aussi souvent que nécessaire pour qu'il reste à jour.**

---

63 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 13 mai 2010, [http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA\\_EV17-F.PDF](http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA_EV17-F.PDF).

## Recommandation 4 :

**Que les ministères et organismes fédéraux compétents travaillent en étroite collaboration avec l'ICIS à établir un ensemble minimal de données pour la planification des RHS à l'intention de tous les groupes clients fédéraux, dont les Premières nations et les Inuits, la GRC, les anciens combattants, les membres des Forces canadiennes, les immigrants et les réfugiés, et les détenus sous responsabilité fédérale.**

## Recherche

Le Comité a entendu des organismes de recherche dire qu'un nombre appréciable de travaux de recherche avaient été faits pour évaluer les défis à relever sur le plan des RHS ainsi que divers projets pilotes novateurs d'un bout à l'autre du pays qui avaient donné de bons résultats sur le plan de la satisfaction des besoins des dispensateurs de soins de santé<sup>64</sup>. Par exemple, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a demandé la production d'un rapport en 2001 qui avait pour titre Engagement de soins et dans lequel étaient signalées les initiatives fructueuses du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, lequel avait lancé un programme visant à soulager les infirmières-chefs d'une proportion de 20 à 30 % des soins aux patients en échange de services de mentorat auprès des jeunes infirmières sans expérience<sup>65</sup>. Cependant, en dépit de la publication de recherches soulignant la résolution de difficultés en matière de RHS, les organismes de recherche ont également attiré l'attention sur l'absence de mécanisme au Canada pour recueillir et diffuser l'information à un large éventail d'acteurs<sup>66</sup>.

En outre, des témoins qui ont comparu devant le Comité ont soulevé la question du financement de la recherche en santé. Ils ont fait valoir qu'en accordant un financement suffisant à la recherche clinique réalisée par les dispensateurs de soins de santé, on pourrait attirer d'autres dispensateurs de soins de santé au Canada et les conserver<sup>67</sup>. L'accroissement du financement de la recherche clinique nous permettrait de fournir plus de possibilités d'évaluation et d'amélioration de l'efficacité des systèmes de la santé au Canada<sup>68</sup>.

---

64 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Rapport au Comité permanent de la santé : Étude sur les ressources humaines en santé*, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2009.

65 *Ibid.*

66 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 23 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-F.PDF>.

67 *Ibid.*

68 *Ibid.*



Le Comité reconnaît qu'il pourrait être nécessaire d'établir des mécanismes supplémentaires pour la collecte et le partage de données de recherche dans le domaine des RHS afin de promouvoir l'innovation dans la fourniture de services de santé d'un bout à l'autre du pays, comme il est dit plus haut dans le présent rapport. Le Comité estime aussi que des fonds suffisants devraient être accordés aux IRSC pour qu'ils puissent continuer de soutenir la recherche clinique faite par les dispensateurs de soins de santé, comme moyen d'assurer leur recrutement et leur conservation, aussi bien que comme moyen d'appui de l'objectif global d'amélioration de la fourniture de soins de santé. Par conséquent, le Comité recommande :

**Recommandation 5 :**

**Que le gouvernement fédéral songe sérieusement à accorder à l'ICIS des fonds pour concevoir des mécanismes visant à soutenir la recherche clinique dans le domaine des RHS, voyant là une façon d'attirer et de retenir des professionnels de la santé au Canada.**

**Recommandation 6 :**

**Que le gouvernement fédéral continue de financer le Conseil canadien de la santé et l'ICIS afin qu'ils déterminent la meilleure combinaison de professionnels de la santé, rémunérés et non rémunérés, dans différentes collectivités et pour divers groupes de population.**



# CHAPITRE 5 : PROMOUVOIR DES SOLUTIONS NOVATRICES POUR LES DÉFIS EN MATIÈRE DE RHS

---

## Introduction

De nombreuses solutions novatrices sont en cours d'élaboration afin de relever certains des défis en matière de RHS que connaît le système de soins de santé canadien. Le présent chapitre souligne les innovations en matière de prestation des services de santé mises en œuvre partout au Canada, et met tout particulièrement l'accent sur la collaboration interprofessionnelle et les technologies de l'information sur la santé. Sont également définies dans ce chapitre les façons dont le gouvernement fédéral pourrait promouvoir et soutenir ces innovations.

## Collaboration interprofessionnelle (CIP)

Il est reconnu depuis longtemps au Canada que la modification des modèles de fourniture de soins de santé, pour qu'ils comprennent un large éventail de professionnels de la santé constitue une stratégie clé pour résoudre le problème des pénuries de RHS aussi bien que pour améliorer l'efficacité de la fourniture de soins de santé. En fait, dans le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les premiers ministres s'étaient engagés à ce que la moitié des Canadiens aient accès à des équipes de soins de santé multidisciplinaires en 2010 au plus tard<sup>69</sup>. Le terme collaboration interprofessionnelle (CIP) s'entend de la prestation de services de santé complets aux patients par plusieurs dispensateurs de soins qui travaillent de concert à fournir des soins de qualité à l'intérieur d'un milieu et entre milieux<sup>70</sup>. Elle témoigne de ce que les compétences voulues pour répondre aux besoins complexes d'aujourd'hui en matière de santé ne peuvent être réunies en un seul spécialiste ou en une seule profession. Est lié étroitement à la pleine réalisation de la CIP le besoin de changer la façon dont les professionnels de la santé sont formés afin qu'ils disposent des connaissances et des compétences nécessaires pour travailler efficacement au sein d'équipes interprofessionnelles; c'est ce qu'on appelle la formation et l'enseignement interprofessionnels<sup>71</sup>.

Le Comité a appris que Santé Canada avait investi dans plus de 32 projets de collaboration interprofessionnelle dans le cadre de sa Stratégie pancanadienne relative

---

69 Santé Canada, *Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

70 Association canadienne de physiothérapie, *Efficacité et ressources humaines en santé*, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 25 novembre 2009.

71 Santé Canada, *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, Rapport 2006-2007, Réalisations et nouveaux projets*, 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan\\_report-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan_report-fra.pdf).

aux ressources humaines en santé<sup>72</sup>. Les représentants de Santé Canada ont dit au Comité que ces projets étaient centrés sur une sensibilisation accrue et le partage des pratiques exemplaires en matière de soins collaboratifs; l'offre de programmes d'éducation interprofessionnelle obligatoires par les institutions d'enseignement; l'augmentation du nombre d'éducateurs capables d'enseigner la collaboration interprofessionnelle et du nombre de professionnels de la santé formés en collaboration interprofessionnelle<sup>73</sup>.

D'autres témoins ont dit que nombre de modèles de CIP novateurs avaient été conçus d'un bout à l'autre du pays grâce au financement obtenu par l'entremise du Fonds pour la réforme de la santé axé sur les soins primaires créé dans le cadre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé<sup>74</sup> et au financement accordé par Santé Canada. Par exemple, le Comité a appris l'existence de Somerset West, un centre de santé communautaire (CSC) du centre-ville d'Ottawa, un centre de services interprofessionnels comprenant des médecins, des infirmières praticiennes, des diététiciens, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes, des acupuncteurs, des podologistes, des travailleurs des services sociaux, des infirmières, des promoteurs de la santé et, bien sûr, du personnel de soutien administratif<sup>75</sup>.

Le Comité a appris que ce centre était régi par un conseil d'administration communautaire et qu'il reflétait les besoins en santé de la population du quartier, y compris l'accès à la médecine traditionnelle chinoise. Des témoins ont ajouté que le modèle de pratique du CSC Somerset West s'était traduit par d'importantes économies en raison de son recours efficace à des infirmières praticiennes.

Le Comité a su qu'on réussit également à intégrer des professionnels des soins de santé parallèles au sein d'équipes de collaboration interprofessionnelle d'un bout à l'autre du Canada. Ainsi, il a entendu des docteurs en naturopathie qui aident à fournir des soins intégrés et novateurs à des patients atteints de cancer à InspireHealth, l'une de quatre cliniques à Vancouver qui participent à une recherche sur les modèles de prestation de services visant des patients atteints de cancer, dans le cadre du Partenariat canadien contre le cancer<sup>76</sup>. Le Comité a aussi entendu dire que des chiropraticiens ont été intégrés à la clinique Joe Sylvester qui fait partie de l'organisme Anishnawbe Health Toronto, une clinique multidisciplinaire qui offre des soins de santé aux communautés autochtones

---

72 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 14, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 avril 2009, [http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA\\_EV14-F.PDF](http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA_EV14-F.PDF).

73 *Ibid.*

74 Santé Canada, *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, 2003, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>.

75 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 44, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 18 novembre 2009, [http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESA\\_EV44-F.PDF](http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESA_EV44-F.PDF).

76 Association canadienne des docteurs en naturopathie, *Mémoire à l'intention du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, 7 mai 2009, p. 4.

urbaines<sup>77</sup>. Les professionnels des soins de santé parallèles qui ont comparu devant le Comité ont précisé que leur inclusion dans le large éventail des services de soins de santé offerts dans le contexte d'équipes de collaboration interprofessionnelle permettait de réduire le fardeau des médecins en offrant des soins préventifs et des traitements complémentaires pour soigner des affections chroniques et des troubles musculosquelettiques<sup>78</sup>.

Malgré les nombreux exemples d'innovations dans la fourniture de soins de santé visant à inclure différents professionnels de la santé, le Comité a appris qu'il n'y avait pas eu de changements généralisés dans la fourniture de soins de santé dans tout le pays. Selon des témoins, les mécanismes de financement comme le Fonds pour la réforme de la santé axé sur les soins primaires ont certes servi à faire la promotion de projets pilotes novateurs, mais il reste que cela n'a pas été suffisant pour susciter des changements durables dans l'ensemble du pays<sup>79</sup>. Ils ont demandé que le Fonds pour la réforme de la santé soit augmenté dans le prochain transfert canadien en matière de santé prévu pour 2014 afin de promouvoir un changement durable de la CIP dans l'ensemble du pays<sup>80</sup>. D'autres témoins ont souligné les barrières systémiques à l'établissement de la CIP, dont les lois provinciales régissant la portée de la pratique des professionnels, un manque de possibilités de formation et d'éducation interprofessionnelles, les modes de rémunération des dispensateurs de soins et les questions concernant la responsabilité<sup>81</sup>.

S'ils ont reconnu que ces barrières systémiques relevaient toujours de la compétence provinciale, des témoins ont tenu à préciser que le gouvernement fédéral pourrait résoudre le problème des barrières systémiques à la CIP dans sa sphère de compétence, dans le contexte des groupes clients fédéraux et de la fonction publique fédérale. Par exemple, le gouvernement fédéral pourrait s'attaquer aux barrières à la CIP dans le Régime de soins de santé de la fonction publique, comme l'exigence selon laquelle une ordonnance médicale est nécessaire pour accéder à des soins de santé non médicaux, comme la physiothérapie<sup>82</sup>. Le Comité a aussi entendu dire que le gouvernement fédéral pourrait inclure les traitements et les soins offerts par les

---

77 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-F.PDF>, p. 9,

78 Association canadienne des docteurs en naturopathie, Mémoire à l'intention du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 7 mai 2009, p. 3, et Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-F.PDF>, p. 9.

79 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 44, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 18 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESAEV44-F.PDF>.

80 Association canadienne de physiothérapie, *Efficacité et ressources humaines en santé*, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 25 novembre 2009.

81 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 46, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESAEV46-F.PDF>.

82 *Ibid.*

professionnels des soins de santé parallèles, comme les chiropraticiens et les docteurs en naturopathie dans les services et avantages qu'il propose aux groupes clients fédéraux<sup>83</sup>.

Le Comité convient tout à fait que nombre de questions liées à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle relèvent de la compétence provinciale. Cependant, le Comité reconnaît aussi que le gouvernement fédéral pourrait examiner des façons de supprimer les barrières à la collaboration interprofessionnelle dans son territoire, y compris les groupes clients fédéraux et les prestations d'assurance-maladie qu'il verse à ses employés aux termes du Régime de soins de santé de la fonction publique. Le Comité appuie également les témoins selon qui des mécanismes de financement durable doivent être consacrés à la mise en œuvre de la CIP dans les provinces et les territoires. Par conséquent, le Comité recommande :

**Recommandation 7 :**

**Que le gouvernement fédéral se penche sur les barrières systémiques à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle dans son territoire, y compris ses responsabilités comme employeur de la fonction publique fédérale et les avantages et les services de soins de santé qu'il offre aux groupes clients fédéraux, dont les Premières nations et les Inuits, la GRC, les anciens combattants, les immigrants et les réfugiés, les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des Forces canadiennes.**

**Recommandation 8 :**

**Que le gouvernement fédéral songe à la possibilité d'établir des mécanismes de financement durable consacrés à la promotion de la collaboration interprofessionnelle dans les provinces et les territoires.**

## **Technologie de l'information sur la santé**

Des témoins qui ont comparu devant le Comité ont également souligné l'importance de la technologie de l'information sur la santé dans la résolution des problèmes touchant les RHS. On entend par technologie de l'information sur la santé un large éventail de sources de données intégrées qui donnent accès rapidement aux renseignements sur la santé des patients pouvant être communiqués à divers professionnels de la santé ainsi qu'au patient, et qui peuvent comprendre : les dossiers de santé électroniques des patients, les ordonnances électroniques et la télésanté, c'est-à-dire le recours aux technologies de télécommunication comme le téléphone ou la

---

83 Association canadienne des docteurs en naturopathie, Mémoire à l'intention du Comité permanent de la santé ressources humaines, 7 mai 2009, p. 3, et Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA/EV17-F.PDF>, p. 9

vidéoconférence, pour dispenser des services de soins de santé<sup>84</sup>. Le Comité a entendu dire que les efforts actuellement déployés dans la conception de dossiers de santé électroniques (DSE) au Canada par le truchement de l'Inforoute Santé du Canada feront la promotion des soins collaboratifs interprofessionnels en facilitant le partage d'informations entre les différents professionnels de la santé<sup>85</sup>. Qui plus est, le Comité a appris que, grâce à la technologie de l'information sur la santé, les Canadiens peuvent se soigner eux-mêmes, allégeant du même coup la charge de travail des professionnels de la santé. Par exemple, la technologie de l'information permet aux Canadiens de mesurer eux-mêmes à la maison leurs niveaux de glucose dans le sang, leur évitant des visites chez le médecin<sup>86</sup>.

En fait, le Comité a pu constater de première main, durant sa mission d'enquête au Nunavut, l'importance de la technologie de l'information sur la santé pour relever les défis des RHS dans les régions rurales et éloignées. Durant sa visite de l'hôpital général Qikiqtanin à Iqaluit, le Comité a appris que la technologie de l'information permettait le transfert de données d'imagerie médicale, ce qui réduit la nécessité, pour les patients, d'aller dans le Sud aussi bien que celle, pour les spécialistes, de venir dans le Nord pour analyser les résultats des examens médicaux. En outre, la technologie de la vidéoconférence est utilisée efficacement pour les examens dermatologiques et de santé mentale, l'éducation médicale permanente, la visite de proches et les examens de suivi par un spécialiste. La technologie de l'information s'est traduite par des diminutions des frais de transport pour des questions de santé, qui représentent actuellement 18,5 %, soit 50 millions de dollars, du budget total du Nunavut pour la santé et les services sociaux. En outre, la technologie de l'information a permis aux résidents inuits d'obtenir des soins au sein de leurs communautés, réduisant ainsi les fardeaux culturels et le stress liés au déplacement vers les centres urbains du Sud.

Le Comité continue donc d'appuyer les investissements en cours du gouvernement fédéral dans la technologie de l'information sur la santé, notamment les dossiers de santé électroniques, les ordonnances électroniques et la télésanté par le truchement de l'Inforoute Santé du Canada, comme moyen de relever les défis des RHS d'un bout à l'autre du Canada. Jusqu'à maintenant, le gouvernement fédéral a investi dans Inforoute Santé du Canada environ 2,1 milliards de dollars<sup>87</sup>.

---

84 RAND, « Health Information Technology », Research Brief, [http://www.rand.org/pubs/research\\_briefs/RB9136/index1.html](http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9136/index1.html).

85 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 46, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 novembre 2009, [http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESA\\_EV46-F.PDF](http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESA_EV46-F.PDF).

86 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 14, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 avril 2009, [http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA\\_EV14-F.PDF](http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA_EV14-F.PDF).

87 Inforoute Santé du Canada, *Rapport annuel 2008-2009 : Bâtir ensemble l'avenir de la santé*, <http://www.inforoute.ca/flash/ar-bp/fr/ar/index.html>.





# CHAPITRE 6 : ACCÉLÉRER L'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ FORMÉS À L'ÉTRANGER

---

## Introduction

Historiquement, le Canada a fait appel à des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) et, notamment, à des diplômés en médecine étrangers (DME) pour remplir ses besoins en main-d'œuvre de la santé. On entend par diplômé en médecine étranger tout médecin qui a obtenu un diplôme d'une école de médecine d'un autre pays que le Canada ou les États-Unis<sup>88</sup>. Un DME est donc un citoyen canadien qui est allé étudier la médecine à l'étranger ou encore un résident permanent ou un citoyen canadien qui a été formé à l'étranger avant d'immigrer au Canada<sup>89</sup>.

En 2007, les DME représentaient quelque 23 % de l'ensemble des médecins en activité au Canada, soit une baisse par rapport aux 33 % atteints à la fin des années 1970<sup>90</sup>. Selon l'ICIS, les pays qui fournissent le plus de DME au Canada sont le Royaume-Uni, l'Afrique du Sud, l'Inde, l'Irlande et l'Égypte<sup>91</sup>. Le Comité a également appris que les citoyens canadiens qui font leurs études de médecine à l'étranger représentent une proportion grandissante des DME qui souhaitent acquérir une formation postdoctorale et obtenir l'autorisation d'exercer au Canada. En 2008, 24 % des DME qui se sont portés candidats à un poste de formation postdoctorale au Canada étaient des citoyens canadiens ayant fait leurs études à l'étranger, contre quelque 40 % en 2010<sup>92</sup>. Les infirmières constituent une autre importante catégorie de professionnels de la santé ayant été formés à l'étranger, les infirmières formées à l'étranger constituant 6,5 % de l'effectif d'infirmières agréées au Canada en 2005<sup>93</sup>.

Afin de s'attaquer à la pénurie de RHS au Canada, le gouvernement fédéral s'est engagé à accélérer et à élargir l'évaluation et l'intégration des diplômés en santé formés à l'étranger, dans le cadre des objectifs globaux énoncés dans le Plan décennal pour

---

88 Centre canadien d'information pour les diplômés internationaux en médecine, [http://www.img-canada.ca/fr/licensure\\_overview/img-definition.htm](http://www.img-canada.ca/fr/licensure_overview/img-definition.htm).

89 *Ibid.*

90 ICIS, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2009.

91 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, 2007, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders\\_07\\_FR\\_final.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf).

92 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>, p. 6.

93 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders\\_07\\_FR\\_final.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf).

consolider les soins de santé<sup>94</sup>. Dans le présent chapitre, nous examinerons et évaluerons les initiatives prises par le gouvernement fédéral, les organismes de santé professionnels et les autres acteurs pour accélérer l'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger et leur intégration dans les systèmes de santé du Canada, les efforts étant centrés notamment sur l'intégration des DME.

### **Voies vers la pratique pour les professionnels de la santé formés à l'étranger**

Les voies menant à la pratique pour les PSFE varient beaucoup, selon leur profession, leurs antécédents universitaires et leur niveau de formation, les exigences de l'organisme les régissant ainsi que le territoire où ils vivent. Cependant, on trouvera dans le tableau ci-dessous les étapes générales que les PSFE doivent franchir pour exercer leur profession au Canada.

**Tableau 1**

<b>Voies à suivre par les PSFE pour exercer leur profession</b>	
<b>Première étape</b>	<b>Préparation et soutien dans le pays d'origine avant l'arrivée</b>
<b>Deuxième étape</b>	<b>Évaluation et vérification des attestations d'études et de la formation</b>
<b>Troisième étape</b>	<b>Examens professionnels particuliers, tests linguistiques et autres activités d'évaluation, comme la formation postdoctorale et le placement en clinique par le truchement de programmes de transition.</b>
<b>Quatrième étape</b>	<b>Les autorités de réglementation compétentes enregistrent le PSFE ou lui accordent un permis.</b>
<b>Cinquième étape</b>	<b>S'il ne parvient pas à faire reconnaître ses diplômes, le PSFE doit trouver des solutions de rechange, comme s'inscrire à des programmes de perfectionnement, demander un permis provisoire ou chercher une autre profession liée à la santé.</b>

Source : Tableau dressé à l'aide de données tirées de l'étude du Forum des ministres du marché du travail intitulée Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger, [http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/publications/rtcae/cpc\\_dossier/PDF/cpc.pdf](http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/publications/rtcae/cpc_dossier/PDF/cpc.pdf).

### **Accélérer l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger**

Le Comité a appris, par l'entremise des témoins, que le gouvernement fédéral, les organismes professionnels de la santé et d'autres acteurs avaient pris de nombreuses initiatives pour aider les DME et les autres PSFE à exercer leur activité. D'abord, des

94 Santé Canada, *Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé*, 2004, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

fonctionnaires ont dit au Comité que le gouvernement fédéral avait créé le Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers (BORTCE) en 2007 pour fournir aux travailleurs formés à l'étranger l'information ainsi que les services d'orientation et d'aiguillage dont ils ont besoin pour accélérer la reconnaissance de leurs titres de compétences<sup>95</sup>. Le BORTCE a des bureaux tant au Canada qu'à l'étranger et sert d'intermédiaire entre les pouvoirs publics, les employeurs, les organismes chargés de délivrer les permis d'exercer et les immigrants. Selon des fonctionnaires fédéraux, on s'attend à ce que, d'ici octobre 2010, le BORTCE ait des bureaux en Chine, en Inde, dans les Philippines et au Royaume-Uni.

En outre, le Comité a appris que le Forum des ministres du marché du travail s'était entendu sur le Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger du travail en novembre 2009, aux termes duquel les pouvoirs publics, les organismes de réglementation et les autres acteurs s'engagent à veiller à ce que les intéressés sachent au bout d'un an si leurs titres de compétence sont reconnus ou s'ils doivent satisfaire à des exigences supplémentaires<sup>96</sup>. On apprend en outre dans le Cadre que ce principe de rapidité du service serait mis en œuvre par les organismes représentant les professionnels de la santé suivants au plus tard le 31 décembre 2010 : technologues de laboratoires médicaux, ergothérapeutes, pharmaciens, physiothérapeutes et infirmières agréées<sup>97</sup>. Pour les dentistes, les infirmières auxiliaires, les technologues en radiation médicale et les médecins, la date limite serait le 31 décembre 2012<sup>98</sup>.

Durant sa comparution devant le Comité, la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC), une association nationale représentant les 13 organismes provinciaux et territoriaux responsables de la délivrance de permis et de la réglementation des médecins d'un bout à l'autre du Canada dans leur territoire, a souligné que ses membres étaient en bonne voie d'atteindre les objectifs énoncés dans le Cadre<sup>99</sup>. Plus particulièrement, la FOMC a dit avoir rédigé une ébauche d'entente sur les normes nationales d'inscription des médecins au Canada tant pour les diplômés en médecine canadiens que pour les DME<sup>100</sup>. Cette ébauche de normes nationales a été conçue pour tous les aspects de la formation médicale que sont la reconnaissance des diplômes en médecine, les examens d'admission du Conseil médical du Canada (CMC), la

---

95 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 41, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA/EV41-F.PDF>, p. 3.

96 Forum des ministres du marché du travail, *Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger*, novembre 2009 [http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/publications/rtcae/cpc\\_dossier/PDF/cpc.pdf](http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/publications/rtcae/cpc_dossier/PDF/cpc.pdf), p. 7.

97 *Ibid.*, p. 12.

98 *Ibid.*

99 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESA/EV50-F.PDF>, p. 3.

100 *Ibid.*

reconnaissance de la formation ou de la supervision postdoctorales ainsi que la délivrance des permis par l'organisme de réglementation. En outre, la FOMC a précisé que le Cadre prévoit que les DME qui ne satisfont pas initialement aux normes nationales devraient pouvoir demander un permis d'exercice temporaire<sup>101</sup>. Par conséquent, sont également énoncés dans le Cadre les critères de la délivrance de permis d'exercice temporaire aux DME et du passage d'un permis temporaire à un permis sans réserve<sup>102</sup>. Cette entente remplacerait l'approche actuelle, où les DME et les médecins formés au Canada doivent se conformer à des normes et à des exigences différentes pour l'obtention d'un permis d'exercer selon le territoire où ils font une demande. Par conséquent, ces normes nationales aideront aussi à faciliter la mobilité des médecins au Canada, comme l'exige le chapitre 7, l'Accord sur le commerce intérieur, qui précise qu'un travailleur ayant compétence pour exercer dans une province ou un territoire doit avoir accès aux possibilités d'emploi dans tout autre territoire ou province signataire de l'Accord<sup>103</sup>.

Le Comité a appris que, pour faciliter davantage le processus de reconnaissance des titres de compétence étrangers des DME, le gouvernement fédéral a accordé au CMC, un organisme créé par le Parlement afin d'établir une norme de qualification nationale pour la pratique de la médecine au Canada, du financement dans le but d'améliorer la vérification des titres de compétence et le processus d'évaluation des DME<sup>104</sup>. Le financement accordé dans le cadre du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) a permis au CMC de créer un répertoire national des compétences médicales des DME. Grâce à ce répertoire, les titres de compétence des DME peuvent être examinés simultanément par de multiples organismes de divers territoires d'un bout à l'autre du pays; les DME n'ont donc pas à envoyer des copies de leurs documents à chacun des organismes. CMC a également reçu des fonds pour concevoir un examen d'évaluation informatisé (EECMC) qui est offert dans plus de 70 pays et qui vise à évaluer les connaissances médicales des DME avant leur arrivée au Canada et permet au Gouvernement du Canada d'évaluer les personnes qui demandent à immigrer au Canada comme travailleurs qualifiés<sup>105</sup>.

Le Comité a appris de plus que les organismes intéressés ont déployé des efforts pour améliorer l'accès des DME à la formation postdoctorale. Tous les étudiants en médecine canadiens doivent acquérir une formation postdoctorale ou suivre un programme de résidence avant qu'un organisme de réglementation médicale au Canada

---

101 *Ibid*, p. 4.

102 *Ibid*.

103 *Ibid*.

104 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009 <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>, p. 5.

105 *Ibid*.

ne puisse leur délivrer un permis d'exercer<sup>106</sup>. Selon leurs titres de compétence et la formation précédemment acquise, certains DME peuvent également devoir suivre un programme de formation postdoctorale partiel ou complet au Canada<sup>107</sup>. Pour faciliter ce processus, le Conseil médical du Canada a conçu un nouvel examen clinique reconnu dans tout le pays visant spécialement les DME qui demandent à être admis à un programme de formation postdoctorale<sup>108</sup>. Le Comité a appris de plus que le Service canadien de jumelage des résidents (CARMS), l'organisme chargé du jumelage d'étudiants en médecine avec les places en formation postdoctorale au Canada, a ouvert pleinement le processus de jumelage et de sélection aux DME en 2006<sup>109</sup>. Le CARMS a commencé lui aussi à parrainer un symposium annuel pour les DME afin de leur donner accès à de l'information leur permettant de comprendre le système de formation postdoctorale canadien et de négocier leur entrée dans ce dernier<sup>110</sup>.

Enfin, le Comité a appris que Santé Canada finançait à hauteur de 75 millions de dollars des programmes de soutien supplémentaires pour promouvoir l'intégration des PSFE aux systèmes de santé canadiens dans le cadre de son Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger (IRPSFE)<sup>111</sup>. Lancée en 2005, l'IRPSFE accorde quelque 90 % de son financement aux provinces et aux territoires pour la mise en œuvre de programmes de soutien novateurs destinés aux PSFE, comme des programmes de transition visant à aider les PSFE à acquérir les connaissances et les compétences ou à répondre aux critères officiels pour pouvoir réussir aux examens d'agrément<sup>112</sup>. L'IRPSFE de Santé Canada finance aussi des initiatives pancanadiennes, comme l'élaboration d'un programme d'orientation visant à aider les PSFE à mieux comprendre le système de santé du Canada<sup>113</sup>.

- 
- 106 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 7, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> avril 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-F.PDF>, p. 3.
- 107 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>, p. 9.
- 108 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 7, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> avril 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-F.PDF>, p. 5.
- 109 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>, p. 6.
- 110 *Ibid.*
- 111 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 41, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-f.PDF>, p. 9.
- 112 *Ibid.*
- 113 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 14, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-F.PDF>, p. 3.

## Obstacles que doivent franchir les PSFE pour exercer leur profession

Malgré les efforts déployés pour accélérer l'intégration des PSFE au système de santé du Canada, le Comité a entendu des témoins dire que nombreux sont ceux qui continuent de faire face à des obstacles à surmonter pour exercer leur profession. Des témoins ont en effet fait remarquer que le coût de tous les examens du CMC que doit passer tout DME pour obtenir un permis d'exercer sans réserve, dont l'examen d'évaluation ainsi que les examens d'aptitude 1 et 2, et qui fluctue de 1 200 \$ à 3 600 \$ selon l'examen, pourrait être prohibitif pour les immigrants de fraîche date<sup>114</sup>. En outre, le Comité a appris que les DME éprouvent des difficultés particulières à être reçus à ces examens, car ils ne connaissent pas la formule d'examen à choix multiples et n'ont pas le même accès au matériel de préparation aux examens, comme les séries de questions, qu'ont les médecins formés au Canada<sup>115</sup>. Selon les données du CMC, entre 1994 et 2006, seulement 48 % environ des DME qui ont été reçus à l'examen d'évaluation initial ont réussi les parties 1 et 2 de l'examen de qualification, qui sont nécessaires à la délivrance du permis d'exercer sans réserve au Canada<sup>116</sup>.

Enfin, le Comité a appris que les DME ont difficilement accès au système de formation postdoctorale. Le Comité a certes appris qu'il y avait eu une forte hausse du nombre de DME ayant obtenu une place en résidence au Canada, passant de 73 en 2003 à 442 en 2009, mais il a également entendu que nombre d'entre eux ne sont toujours pas admis<sup>117</sup>. Selon le CARMS, 31 % des 1 600 DME qui ont demandé une place en résidence en 2008 ont été acceptés<sup>118</sup>. Toujours selon le CARMS, environ la moitié des DME qui font une demande chaque année ont déjà fait l'année d'avant une demande qui a été rejetée<sup>119</sup>. Le CARMS a ajouté que la proportion de places libres en résidence était d'une pour quatre DME présentant une demande<sup>120</sup>.

---

114 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 7, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> avril 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-F.PDF>, p. 1 et p. 11.

115 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 14, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-F.PDF>, p. 11.

116 Ce calcul est fondé sur les données fournies au Comité par le Conseil médical du Canada. Il indique la différence en pourcentage des DME qui ont réussi l'examen d'évaluation et qui se sont présentés ensuite aux examens de qualification. Conseil médical du Canada, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, février 2010.

117 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 41, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAE41-F.PDF>, p. 9.

118 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>, p. 9.

119 *Ibid*, p. 7.

120 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 41, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-F.PDF>, p. 9.

Des organismes médicaux nationaux, dont le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et l'Association médicale canadienne (AMC), ont expliqué qu'il n'y avait pas assez de places en résidence pour les DME en raison de l'incapacité actuelle de les guider et de les former<sup>121</sup>. Des témoins ont fait valoir que le système médical était incapable de former les DME parce que les places de formation postdoctorale étaient accordées à des étudiants en médecine étrangers parrainés par leur gouvernement pour faire des études complètes ou spécialisées au Canada pour ensuite retourner dans leur pays d'origine<sup>122</sup>. Selon l'Association des facultés de médecine du Canada, 830 étudiants étrangers étaient titulaires d'un visa de formation, dont 120 inscrits en première année de résidence<sup>123</sup>. Toutefois, d'autres ont fait remarquer que les étudiants étrangers possédant un visa ne pouvaient pas être comparés directement aux DME tant du point de vue de leurs connaissances que de la formation qu'ils recevaient au Canada<sup>124</sup>.

Le Comité a aussi appris que d'autres professionnels de la santé formés à l'étranger éprouvaient des difficultés semblables pour faire reconnaître leurs titres de compétence étrangers. Par exemple, la Société canadienne de science de laboratoire médical a souligné que quelque 90 % des technologistes de laboratoire médical formés à l'étranger ne satisfaisaient pas aux normes réglementaires en vigueur au Canada<sup>125</sup>. Elle a ajouté que le taux d'échec de ces derniers aux examens nationaux restait bien au-dessus de la moyenne canadienne.

Pour résoudre certaines de ces difficultés, les témoins ont souligné l'importance des programmes de transition et d'adaptation qui aident les PSFE à acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour remplir toutes les conditions de l'obtention d'un permis d'exercer au Canada. À titre d'exemple, le Comité a appris que le gouvernement de l'Alberta, en collaboration avec Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), a créé un programme d'évaluation de la communication médicale, qui a été couronné de succès et qui permet aux DME d'acquérir les connaissances linguistiques et culturelles nécessaires pour réussir les examens cliniques oraux<sup>126</sup>. Toutefois, d'autres ont

---

121 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-F.PDF>, p. 7.

122 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 46, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESAEV46-F.PDF>, p. 2.

123 Association des facultés de médecine du Canada, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 25 novembre 2009, p. 5.

124 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 13 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESAEV17-F.PDF>.

125 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 11 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESAEV16-F.PDF>.

126 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 07, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> avril 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-F.PDF>, p. 1-2.

fait remarquer que les programmes de transition devaient eux aussi être mieux intégrés dans le système d'éducation médicale. Le Comité a appris que nombre de programmes de transition pour DME axés sur l'expérience clinique supervisée durant une période de plusieurs années n'étaient pas reconnus comme des programmes de formation officiels par les organismes de réglementation et que, par conséquent, une foule de DME devaient suivre une formation en résidence après deux ans de formation clinique supervisée<sup>127</sup>. Ils ont donc proposé que les programmes de transition soient accrédités par les universités afin d'être reconnus dans l'évaluation des titres de compétence des candidats<sup>128</sup>. Enfin, les témoins ont ajouté que les programmes de transition devaient être financés de façon durable pour pouvoir porter fruit à long terme<sup>129</sup>.

Pour résoudre le problème du manque de places en résidence pour DME, des témoins ont proposé que l'on accorde un financement de l'ordre de 5 millions de dollars sur cinq ans aux écoles de médecine et aux hôpitaux universitaires pour leur permettre d'acquérir les ressources et l'infrastructure voulues afin de pouvoir offrir des places de résidence aux DME et des programmes de mentorat aux DME possédant un permis d'exercice provisoire et de l'expérience clinique appréciable<sup>130</sup>. D'autres témoins ont proposé que le gouvernement du Canada réduise le nombre de résidents titulaires d'un visa afin d'augmenter la capacité de notre système d'éducation médicale de former des DME au niveau postdoctoral<sup>131</sup>. Les places de résidents titulaires d'un visa étant financées par des gouvernements étrangers, les témoins ont fait valoir que le gouvernement du Canada pourrait subventionner des places en formation postdoctorale qui pourraient être offertes à des DME<sup>132</sup>.

D'autres témoins ont proposé l'adoption d'une approche systémique. Étant donné que CIC considère que les médecins représentent une catégorie professionnelle prioritaire au sein du groupe des travailleurs qualifiés immigrant au Canada, le Conseil médical du Canada a recommandé que le gouvernement du Canada exige que les médecins souhaitant immigrer au Canada inscrivent les résultats de l'examen d'évaluation du CMC dans leur demande d'immigration pour que le gouvernement du Canada puisse les inclure

---

127 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>, p. 3.

128 *Ibid.*

129 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 11 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESAEV16-E.PDF>

130 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-F.PDF>, p. 7 et p. 11.

131 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 46, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESAEV46-F.PDF>, p. 2.

132 *Ibid.*



dans les critères d'évaluation des candidats<sup>133</sup>. Le CMC a précisé que ses données montraient que si un candidat échouait à l'examen d'évaluation, que ce soit à sa première tentative ou plusieurs fois par la suite, il avait vraisemblablement moins de 35 % de chances d'obtenir un permis d'exercer sans réserve au Canada<sup>134</sup>.

Une autre solution proposée par les témoins était la conclusion d'ententes de reconnaissances mutuelles avec des associations professionnelles médicales des pays d'où viennent les plus forts contingents d'immigrants. Ainsi, le Comité a appris que le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a conclu des ententes pour accréditer et accueillir des médecins de famille diplômés américains et australiens et qu'il s'employait à conclure des accords semblables avec d'autres pays<sup>135</sup>. Si certains considéraient les accords de réciprocité comme un moyen de reconnaître les PSFE sans formation ni expérience, d'autres, en revanche, ont fait valoir que cela pourrait soulever des questions relatives à l'équité, car il pourrait arriver que des immigrants de pays signataires d'accords de réciprocité soient avantagés par rapport aux autres<sup>136</sup>.

### Observations du Comité

Le Comité reconnaît la complexité du processus canadien de reconnaissance des titres de compétence des PSFE. En fait, le Comité a appris que le système met en jeu 53 ministères provinciaux et territoriaux, cinq organismes d'évaluation provinciaux, plus de 200 établissements postsecondaires et plus de 440 organismes de réglementation<sup>137</sup>. Le Comité reconnaît certes que la responsabilité relative à l'éducation, à l'accréditation et à la délivrance de permis aux PSFE incombe aux provinces et aux territoires, mais il estime que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans le soutien des provinces et des territoires et des autres acteurs dans ce domaine. Comme les porte-parole de CIC l'ont dit, le gouvernement du Canada est responsable, dans la plupart des cas, de la sélection des immigrants venant au Canada et, par conséquent, il doit aussi veiller à ce que « les nouveaux arrivants soient à même d'utiliser de manière productive leurs talents, leurs compétences et leurs ressources une fois au Canada<sup>138</sup> ».

---

133 Conseil médical du Canada, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, février 2010.

134 *Ibid.*

135 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 44, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 18 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESAEV44-F.PDF>, p. 3.

136 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion no 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009 <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>, p. 7 et Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 07, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-E.PDF>, p. 15.

137 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 14, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-F.PDF>, p. 3.

138 *Ibid.*

Le Comité a appris que de nombreuses initiatives avaient été prises pour soutenir l'accélération de l'intégration des PSFE et des DME, un bon nombre d'entre elles étant financées par le gouvernement fédéral. Cependant, le Comité a également appris que bien des PSFE et des DME éprouvaient de la difficulté à être reçus aux examens d'obtention de permis et à accéder à la formation postdoctorale, entraînant des retards qui nuisent considérablement au maintien de leurs compétences. Le Comité reconnaît aussi le coût élevé de l'obtention d'un permis d'exercer pour tous les diplômés en médecine. Le Comité est d'avis que le soutien continu des programmes de transition et d'adaptation et des permis de transition est essentiel si on veut que les PSFE acquièrent les compétences, les connaissances et l'expérience voulues pour s'intégrer au système de santé du Canada. Toutefois, le Comité est également conscient du fait que certains témoins ont soutenu que les programmes de transition sont des ponts menant souvent « nulle part<sup>139</sup> » lorsque leur formation clinique n'est pas reconnue par les organismes de réglementation. En outre, le Comité a appris que les écoles de médecine et les hôpitaux d'enseignement ne sont pas à même d'intégrer les DME dans le système de soins de santé, ce qui cause une pénurie des places en résidence offertes aux DME et aux autres diplômés en médecine.

Le Comité a aussi été informé de deux nouvelles questions touchant les DME qu'il faut examiner. Premièrement, il a appris que les écoles de médecine canadiennes acceptent en formation postdoctorale des étudiants étrangers qui rentrent ensuite dans leur pays pour y pratiquer, tandis que de nombreux DME qui vivent au Canada ne réussissent pas à obtenir un poste de formation. De plus, le Comité a aussi appris qu'un nombre croissant de DME sont des citoyens canadiens qui ont étudié la médecine à l'étranger. Cependant, ces DME ont autant de difficultés à obtenir un poste de formation postdoctorale que les autres DME au Canada. Bien que le CARMS ait reçu une subvention de Santé Canada pour approfondir la question<sup>140</sup>, le Comité estime qu'il faut faire plus à cet égard. Le Comité recommande donc :

#### **Recommandation 9 :**

**Que Santé Canada continue de financer durablement les programmes de permis de transition et d'adaptation à l'intention des professionnels de la santé formés à l'étranger, ainsi que les programmes communautaires de préceptorat dans le cadre desquels des médecins en exercice évaluent et encadrent les diplômés en médecine étrangers.**

---

139 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 50, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 9 décembre 2009 <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF>, p. 3.

140 *Ibid.*

**Recommandation 10 :**

**Que Santé Canada travaille avec les acteurs concernés pour veiller à ce que les programmes de transition financés par le gouvernement fédéral offrant de la formation clinique supervisée sur une longue période soient inclus dans l'évaluation de la formation et des compétences des PSFE.**

**Recommandation 11 :**

**Que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines réalise une étude approfondie sur les diplômés en médecine étrangers et l'accès à des postes de formation postdoctorale au Canada, se penchant notamment sur des questions comme les capacités et le financement des postes au sein du système d'éducation médicale ou des places en clinique supervisée, l'évaluation du système de jumelage en résidence pour ces diplômés et la situation des résidents titulaires de visas au sein du système; et que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines fasse rapport des constatations de son étude sur les postes de formation postdoctorale pour les diplômés en médecine étrangers.**

**Recommandation 12 :**

**Que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, tenant compte de la compétence culturelle préexistante des citoyens canadiens qui se rendent à l'étranger étudier la médecine, œuvre en collaboration avec les acteurs compétents afin de trouver des façons d'accélérer l'évaluation et l'intégration de ces médecins diplômés à l'étranger en vue de la formation postdoctorale en médecine au Canada.**

**Recommandation 13 :**

**Que le gouvernement du Canada lance une initiative afin de rapatrier les médecins canadiens qui pratiquent à l'étranger; une telle initiative pourrait ramener au pays jusqu'à 300 médecins.**

**Recommandation 14 :**

**Que le gouvernement du Canada envisage d'accorder un financement ciblé aux provinces et aux territoires pour qu'ils accroissent la capacité des écoles de médecine et des hôpitaux universitaires de**

**jouer un rôle constructif afin d'intégrer les diplômés en médecine étrangers et les autres diplômés en médecine aux systèmes de santé.**

**Recommandation 15 :**

**Que le gouvernement du Canada tienne sa promesse de 2008 de financer 50 nouveaux postes de résidents par année pendant quatre ans, ce qui coûtera 40 millions de dollars.**

**Recommandation 16 :**

**Que le gouvernement du Canada envisage d'exiger que les médecins souhaitant immigrer au Canada inscrivent les résultats de l'examen d'évaluation du CMC dans leur demande d'immigration pour que le gouvernement du Canada puisse en tenir compte dans l'évaluation de leur candidature.**

# CHAPITRE 7 : BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET DIFFICULTÉS POUR LES CLIENTÈLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

---

## Introduction

Comme il est indiqué au chapitre 2, le gouvernement fédéral exerce des pouvoirs à l'égard de certains groupes : Premières nations et Inuits, immigrants, Forces canadiennes, anciens combattants, GRC et détenus sous responsabilité fédérale. À ce titre, il offre certains soins de santé primaires et supplémentaires à environ 1,3 million de Canadiens par l'entremise de six ministères : Santé Canada, Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), Anciens Combattants Canada (ACC), ministère de la Défense nationale (MDN), Service correctionnel du Canada (SCC) et la GRC<sup>141</sup>. Pour le gouvernement fédéral, le coût global de ces soins de santé et des prestations connexes s'établit à environ 2,7 milliards de dollars chaque année, ce qui en fait le 5<sup>e</sup> dispensateur de soins de santé en importance au pays<sup>142</sup>.

Bien que les prestations et soins de santé que le gouvernement fédéral offre à chacune des clientèles susmentionnées diffèrent considérablement, les ministères et les organismes fédéraux font face aux mêmes difficultés sur le plan des ressources en matière de santé (RHS), dont un taux de postes à combler élevé dans les professions visées. Par exemple, en 2008, le MDN avait un taux de postes d'infirmières vacants de 25 % et SCC un taux de postes en psychologie vacants de 35 %<sup>143</sup>. En raison de ces taux élevés, les ministères et les organismes fédéraux doivent passer des contrats avec des tiers, ce qui occasionne un fardeau financier considérable : le coût des contrats de service du MDN avec des tiers pour les services de médecins s'élevait à 26 millions de dollars en 2007 tandis qu'il était de 6 millions de dollars pour AAC<sup>144</sup>. Qui plus est, on a dit au Comité que la capacité des ministères et des organismes fédéraux d'offrir des salaires et des avantages concurrentiels aux professionnels de la santé est restreinte en raison de l'adoption de la *Loi sur le contrôle des dépenses*, laquelle limite à 1,5 % les augmentations annuelles de salaire des employés professionnels et administratifs de la fonction publique fédérale<sup>145</sup>.

---

141 Gouvernement du Canada, Bureau des ressources humaines en santé du PFSS, *Bienvenue! Le travail à la fonction publique fédérale*, <http://www.PFSS-pfss.gc.ca/PFSS-pfss/oRHS-brhs/home-accueil.asp?lang=fra>.

142 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n<sup>o</sup> 4, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 23 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESAEV04-F.PDF>, p. 6.

143 *Ibid.*

144 *Ibid.*

145 Partenariat fédéral pour les soins de santé, *Le PFSS et le Bureau des ressources humaines en santé*, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 mars 2010, p. 7.

Dans le présent chapitre, nous examinons comment les ministères et les organismes fédéraux s'y prennent pour surmonter, seuls et ensemble, les difficultés liées aux RHS pour offrir les services et les prestations et pour répondre aux besoins de leurs clientèles en matière de santé. Nous commençons par brosser un tableau de la collaboration horizontale que prévoit le Partenariat fédéral pour les soins de santé, puis nous examinons en détail les besoins et les difficultés propres à chacune des clientèles du gouvernement fédéral.

### **Collaboration horizontale en matière de RHS : Partenariat fédéral pour les soins de santé**

On a dit au Comité que les six ministères et organismes responsables des services et des prestations destinés aux clientèles du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé travaillent ensemble pour relever les défis communs liés aux RHS grâce au Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS). Ce dernier est une initiative horizontale qui vise la réalisation d'économies d'échelle dans les secteurs de responsabilité des ministères et des organismes fédéraux; il permet également de déterminer les secteurs qui se prêtent à une collaboration dans le domaine des soins de santé<sup>146</sup>. Face aux pénuries de RHS auxquelles se heurtent les ministères fédéraux, les membres du PFSS ont créé le Bureau des ressources humaines en santé, chargé de coordonner des activités collectives de recrutement et de maintien en fonction ainsi que de fournir une direction et de l'aide aux organismes membres du PFSS qui sont confrontés aux mêmes problèmes et défis en matière de RHS<sup>147</sup>.

Le Comité a appris que depuis octobre 2008, le Bureau des ressources humaines en santé du PFSS applique trois stratégies visant à combler les postes vacants de professionnels de la santé dans la fonction publique fédérale. D'abord, le Bureau s'emploie à régler les questions de classification professionnelle et de rémunération dans le secteur des services de santé; à cet effet, il appuie les médecins de la fonction publique fédérale qui demandent à ne plus être assujettis aux niveaux de classification actuels et il a commandé une étude à Statistique Canada pour comparer les niveaux de rémunération entre médecins du secteur public et médecins en pratique privée<sup>148</sup>. Ensuite, le Bureau met en œuvre des initiatives de recrutement de RHS : par exemple, il offre des placements en milieu clinique et participe à des salons de l'emploi ainsi qu'à des activités de sensibilisation pour faire connaître le gouvernement fédéral en tant qu'employeur de choix auprès des professionnels de la santé<sup>149</sup>. Enfin, le Bureau cherche à promouvoir des communautés de praticiens en servant de noyau communautaire fonctionnel où les

---

146 *Ibid.*

147 Gouvernement du Canada, Bureau des ressources humaines en santé du PFSS, *À propos de nous*, <http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/ohhr-brhs.asp?lang=fra&cont=501>.

148 Partenariat fédéral pour les soins de santé, *Le PFSS et le Bureau des ressources humaines en santé*, mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 mars 2010, p. 8.

149 *Ibid.*, p. 9.

professionnels de la santé peuvent se réunir pour établir des liens, mettre en commun les pratiques exemplaires et renforcer leur communauté par la formation et la collaboration<sup>150</sup>.

## Premières nations et Inuits

### i) Rôles et responsabilités de Santé Canada

Aux termes de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, « peuples autochtones » s'entend notamment des « Indiens, des Inuits et des Métis du Canada »<sup>151</sup>. Le paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867* reconnaît au gouvernement fédéral la compétence principale à l'égard des Premières nations et des Inuits. Selon l'interprétation qu'en donne le gouvernement fédéral, cette responsabilité s'applique uniquement aux membres des Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits. Conformément à la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, le gouvernement fédéral fournit certains services et prestations de santé à ces clientèles, principalement par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)<sup>152</sup>.

La DGSPNI emploie 800 infirmiers et infirmières ainsi que travailleurs visiteurs qui fournissent des services de santé dans les communautés des Premières nations et des Inuits du pays<sup>153</sup>. Certaines communautés des Premières nations et inuites sont toutefois responsables de l'administration de ces services en vertu d'accords de contribution ou d'ententes de transfert de services de santé avec la DGSPNI<sup>154</sup>. Outre les programmes fédéraux de soins de santé, les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves ont accès à des soins actifs et à des soins primaires qui sont médicalement nécessaires, dans des hôpitaux et par l'entremise de services médicaux offerts dans leur province au même titre que tous les autres Canadiens<sup>155</sup>.

### ii) Difficultés actuelles de recruter et de conserver des ressources humaines en santé autochtones

On a dit au Comité que l'une des principales difficultés qui touchent les RHS et auxquelles se heurtent les communautés des Premières nations et inuites consiste à recruter, en leur sein même, des travailleurs de la santé. Selon l'Organisation nationale de

---

150 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 4, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 23 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA/EV04-E.PDF>, p. 7.

151 *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, ch. 11, partie II, par. 35(2).

152 Santé Canada, *À propos de Santé Canada — Politique de 1979 sur la santé des Indiens*, [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli\\_1979-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php).

153 Santé Canada, *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones — Services de soins de santé*, <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-spnia/services/index-fra.php>.

154 *Ibid.*

155 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, novembre 2002, <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf>, p. 239.

la santé autochtone (ONSA), il y a un manque disproportionné de professionnels de la santé autochtones au Canada<sup>156</sup>. Par exemple, seulement 3,7 % des professionnels de la santé s'identifient comme Autochtones en Saskatchewan alors que les Autochtones représentent 8,5 % de la population des travailleurs dans cette province<sup>157</sup>. Selon le recensement de 2006, seulement 240 personnes qui se sont identifiées comme membres des Premières nations ont obtenu un diplôme en médecine, en médecine vétérinaire ou en dentisterie<sup>158</sup>. Le Comité a appris qu'il est essentiel d'augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones pour améliorer le maintien en fonction des RHS dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves, car les professionnels de la santé d'origine autochtone sont plus enclins à retourner dans leurs communautés et à y demeurer en raison des liens familiaux et des réseaux sociaux qu'ils ont tissés<sup>159</sup>. Enfin, ils sont en mesure de fournir des soins adaptés à la culture dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves<sup>160</sup>.

Des témoins ont cependant expliqué qu'il existait de nombreux obstacles au recrutement de travailleurs de la santé parmi les Premières nations et les Inuits. Le principal obstacle est le manque d'instruction requis pour faire carrière dans le domaine de la santé, instruction qui fait défaut à bon nombre d'Autochtones et d'Inuits; leur taux d'achèvement des études secondaires est démesurément inférieur à celui des autres Canadiens<sup>161</sup>. Selon le recensement de 2001, 16 % des Canadiens âgés de 20 à 24 ans n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Chez les Canadiens autochtones du même groupe d'âge, la proportion est de 43 %<sup>162</sup>. On a dit au Comité qu'au Québec, seulement 3 % des étudiants des Premières nations satisfont aux exigences d'accès à l'éducation postsecondaire<sup>163</sup>. Et parmi ceux qui y satisfont, beaucoup n'ont pas les connaissances nécessaires en mathématiques ou en sciences pour faire carrière dans le domaine de la santé<sup>164</sup>.

Des témoins ont également dit au Comité que les membres des Premières nations et les Inuits qui désirent faire des études postsecondaires en sciences de la santé sont

---

156 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 5, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-F.PDF>, p. 5.

157 *Ibid.*

158 *Ibid.*

145 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 5, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-F.PDF>, p. 11.

160 *Ibid.*

161 *Ibid.*, p. 5.

162 Michael Mendelson, *Improving Primary and Secondary Education on Reserves in Canada*, Caledon Institute of Social Policy, octobre 2006, <http://www.caledoninst.org/Publications/PDF/608ENG%2Epdf>, p. 1.

163 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 5, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-E.PDF>, p. 4.

164 *Ibid.*



souvent en butte à des obstacles. Malgré les bourses d'études qui sont offertes, des témoins ont indiqué que les dispositions en matière de financement font souvent fi des besoins particuliers des étudiants inuits et des Premières nations, qui doivent, par exemple, interrompre et prolonger leurs études parce qu'ils ont des obligations familiales ou qu'ils participent à un programme de transition<sup>165</sup>.

Enfin, le Comité a appris que les étudiants inuits et des Premières nations étaient confrontés à des obstacles culturels, sociaux et géographiques dans la poursuite d'études postsecondaires en sciences de la santé. Certains d'entre eux avaient du mal à maîtriser la langue d'enseignement<sup>166</sup>. Ils étudient encore dans des établissements où de nombreux professionnels de la santé ignorent tout de leurs pratiques culturelles ou ne reconnaissent pas les contributions de la médecine traditionnelle<sup>167</sup>. Beaucoup d'étudiants des Premières nations et inuits doivent poursuivre des études postsecondaires loin de leurs communautés et des réseaux de soutien sociaux pendant de longues périodes, ce qui ajoute à leur isolement<sup>168</sup>.

Des témoins ont indiqué que les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves ont de la difficulté à conserver les RHS faute de fonds suffisants. Selon eux, ces communautés avaient de la difficulté à retenir des professionnels de la santé parce que les échelles salariales du gouvernement fédéral ne faisaient pas le poids comparativement aux salaires offerts par d'autres fournisseurs de services de santé<sup>169</sup>. Des médecins autochtones ont contracté une lourde dette pour leurs études et leur formation et sont donc réticents à revenir dans leurs communautés pour exercer leur profession moyennant un salaire moindre<sup>170</sup>. On a dit aussi au Comité que les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves font face à des pénuries de RHS parce qu'elles n'ont pas assez de financement de base de Santé Canada pour embaucher les RHS nécessaires pour répondre aux besoins de la population croissante<sup>171</sup>. Malgré la population grandissante de ces communautés, Santé Canada n'a doté, dit-on, qu'un autre poste d'infirmière dans le cadre de sa stratégie de transformation des soins infirmiers en 2004<sup>172</sup>.

Les conditions sociales difficiles dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves influent également sur le maintien en fonction de professionnels de la santé, comme l'a expliqué un témoin :

---

165 *Ibid.*, p. 9.

166 *Ibid.*, p. 4.

167 *Ibid.*, p. 5.

168 *Ibid.*, p. 4.

169 *Ibid.*, p. 10.

170 *Ibid.*

171 *Ibid.*, p. 6.

172 *Ibid.*

Nous parlions de l'expérience d'une étudiante dans le programme de soins infirmiers. Elle vient d'Onion Lake, à la frontière de l'Alberta et de la Saskatchewan. Je lui ai demandé si elle entendait revenir dans la région à la fin de ses études à l'école de sciences infirmières. Elle a répondu qu'idéalement, elle aimerait cela, mais qu'elle va rester dans un centre urbain jusqu'à ce que ses enfants aient terminé l'école, car elle ne veut pas qu'ils aient autant de difficultés qu'elle en mathématiques et en sciences<sup>173</sup>.

On a indiqué au Comité que les médecins autochtones ont un taux d'épuisement professionnel plus élevé à cause du stress qu'occasionne le travail dans les régions rurales et éloignées et des nombreux rôles qu'ils assument comme intervenants dans leurs communautés<sup>174</sup>.

### **iii) Stratégies visant à améliorer le recrutement et le maintien en fonction de ressources humaines en santé autochtones dans les communautés inuites et des Premières nations**

Le Comité a appris que Santé Canada avait introduit en 2005 l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) afin d'accroître le nombre de professionnels de la santé autochtones et de transmettre des connaissances et des compétences culturelles à d'autres professionnels de la santé pour qu'ils puissent fournir des soins adaptés aux groupes autochtones<sup>175</sup>. Des représentants de Santé Canada ont indiqué au Comité que IRHSA dotée d'un budget de 100 millions de dollars sur cinq ans, avait permis d'augmenter le nombre d'étudiants autochtones bénéficiaires d'une bourse d'études dans le domaine de la santé; en quatre ans, soit de 2005 à 2009, 1 398 étudiants autochtones ont reçu une bourse<sup>176</sup>.

Des fonds de l'IRHSA ont été affectés à l'élaboration de programmes d'études pour les écoles médicales et de soins infirmiers afin que les étudiants acquièrent les connaissances et les compétences culturelles nécessaires pour offrir d'excellents soins aux Autochtones et pour travailler dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves<sup>177</sup>. Les programmes d'études adaptés à la culture permettent aussi aux étudiants autochtones d'acquérir une formation en sciences de la santé qui tient compte de leurs expériences personnelles.

L'IRHSA fournit aussi des fonds à des collèges et à des universités pour la conception de programmes de transition qui facilitent l'admission d'étudiants autochtones à des programmes dans le domaine de la santé<sup>178</sup>. On a dit au Comité que les programmes de transition aident les étudiants qui n'ont pu terminer leurs études

---

173 *Ibid.*, p.18.

174 *Ibid.*, p. 20.

175 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 41, 2<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA/EV41-F.PDF>, p. 2.

176 *Ibid.*

177 *Ibid.*, p. 7.

178 *Ibid.*

secondaires à acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour poursuivre des études postsecondaires. Ces programmes visent entre autres à relever les taux d'achèvement scolaire peu élevés dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves. On a dit aussi au Comité que l'IRHSA favorisait la mise en œuvre d'initiatives destinées à faire connaître davantage les exigences scolaires, notamment en mathématiques et en sciences, auxquelles il faut satisfaire pour faire carrière dans le domaine de la santé.

En ce qui concerne le maintien en fonction de professionnels de la santé dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves, des témoins ont indiqué au Comité qu'en renouvelant l'IRHSA, Santé Canada cherchera à offrir davantage de formation aux auxiliaires communautaires et aux professionnels paramédicaux œuvrant dans des domaines comme la toxicomanie, la santé mentale, le diabète, la santé maternelle et infantile, ainsi que les soins à domicile, afin qu'ils soient plus en mesure d'offrir des services de santé et du soutien aux professionnels travaillant au sein de ces communautés<sup>179</sup>. Le Comité a appris que Santé Canada collaborait avec l'Assemblée des Premières Nations pour déterminer quels sont les fonds nécessaires pour relever les échelles salariales inférieures qui sont offertes aux RHS dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves<sup>180</sup>.

Des témoins ont mentionné au Comité que l'IRHSA fournit un soutien nécessaire aux programmes et aux organismes qui cherchent à accroître les RHS autochtones au Canada. Ils ont souligné l'importance des fonds accordés aux programmes de transition pour les étudiants autochtones, ce qui comprend des services d'orientation, un encadrement et des places réservées où les étudiants peuvent s'entretenir avec d'autres, résoudre des problèmes et conserver un sentiment d'appartenance à la communauté pendant leurs études<sup>181</sup>.

Ils ont également souligné l'importance des activités d'information communautaire où on invite les jeunes autochtones à faire carrière dans le domaine de la santé. On a parlé au Comité d'un programme au Québec qui est financé par les gouvernements fédéral et provincial et grâce auquel des représentants de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador se rendent auprès d'étudiants inuits et des Premières nations du niveau secondaire pour les renseigner sur les conditions préalables et les étapes à franchir pour faire des études universitaires en sciences de la santé<sup>182</sup>. Les étudiants peuvent ensuite visiter des campus universitaires et y rencontrer des étudiants pour en apprendre sur la vie universitaire.

---

179 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 13 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESAEV17-F.PDF>.

180 *Ibid.*

181 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 5, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 25 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-F.PDF>, p. 13.

182 *Ibid.*, p. 14.

Les témoins voyaient d'un bon œil l'IRHSA de Santé Canada, mais ils se sont dits préoccupés du financement. D'abord, ils ont mentionné que même si le financement de l'IRHSA avait été prolongé pour deux autres années, jusqu'en 2012, ce n'était pas assez long pour accroître sensiblement le nombre de professionnels de la santé autochtones. Comme ils l'ont fait observer, « il faut au moins neuf années pour former un médecin<sup>183</sup> ».

Ensuite, des témoins ont indiqué que les fonds accordés dans le cadre de l'IRHSA ne permettaient pas aux organismes de maintenir leurs activités<sup>184</sup>. On a dit au Comité que des organismes, qui faisaient la promotion des carrières dans le domaine de la santé auprès des peuples autochtones par le biais de programmes de rayonnement et de mentorat, de conférences et de programmes éducatifs sur la compétence culturelle et la sécurité, dont l'Association des médecins indigènes du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et l'Organisation nationale de la santé autochtone, ont reçu de l'IRHSA des fonds destinés uniquement à des projets plutôt qu'au fonctionnement de base. Comme ces organismes n'ont pas d'autres sources de financement, elles parviennent difficilement à maintenir leurs activités au-delà des projets pour lesquels elles ont reçu des fonds. C'est pourquoi on recommande que Santé Canada adopte un modèle de financement axé non plus sur les projets mais sur les activités de base.

Enfin, des témoins ont souligné la nécessité d'accorder plus de bourses d'études aux étudiants inuits et des Premières nations qui se destinent au secteur de la santé et que des fonds soient prévus pour le perfectionnement professionnel<sup>185</sup>. À cet effet, des témoins ont suggéré que davantage de fonds soient affectés aux programmes d'aide aux études postsecondaires d'Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), qui prévoient des fonds pour les frais de scolarité des Indiens inscrits<sup>186</sup> et des Inuits<sup>187</sup> admissibles.

#### iv) Observations du Comité

Le Comité reconnaît que, tout en cherchant à améliorer les résultats pour la santé des communautés inuites et des Premières nations dans les réserves, le gouvernement du Canada doit veiller à augmenter les ressources humaines en santé autochtones. Il a appris que de nombreux obstacles à cette augmentation sont profondément ancrés dans des réalités socioéconomiques, dont le faible niveau de scolarité et l'incapacité de payer des études postsecondaires. Il a néanmoins entendu parler d'heureuses initiatives

---

183 *Ibid.*, p. 2.

184 *Ibid.*, p. 8.

185 *Ibid.*, p. 17.

186 Indien inscrit : personne qui est inscrite ou qui peut l'être en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones*, 1<sup>er</sup> février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://pintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95>.

187 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n<sup>o</sup> 16, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 11 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA/EV16-F.PDF>.

financées par l'IRHSA de Santé Canada qui contribuent à atténuer certaines difficultés, soit les bourses d'études, de même que les programmes de transition, d'information et d'encadrement. Le Comité a aussi entendu que ces programmes doivent bénéficier d'un financement assuré et durable pour réussir. Il n'ignore pas non plus que les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves sont en butte à de nombreuses difficultés liées au maintien des RHS, dont les pénuries, l'épuisement professionnel et le manque de fonds pour verser les salaires du marché aux professionnels de la santé. Le Comité a appris qu'il serait possible de régler certaines de ces questions en ayant recours à une vaste palette de professionnels de la santé, comme les sages-femmes, les guérisseurs traditionnels, les représentants en santé communautaire et les experts en promotion de la santé. Il reconnaît toutefois qu'il est important d'encourager les RHS autochtones à travailler dans tous les domaines du système de santé : enseignement de la médecine traditionnelle autochtone dans les facultés, prestation de soins aux populations autochtones vivant en milieu urbain, prestation de soins tertiaires et élaboration de la politique de santé autochtone<sup>188</sup>. Par conséquent, le Comité recommande :

**Recommandation 17 :**

**Que Santé Canada offre un financement assuré et durable aux ressources humaines en santé autochtones, ce qui inclut le soutien, par exemple, des programmes et des initiatives de transition, d'encadrement et d'information, les bourses d'études et le leadership dont font preuve des organismes dans ce domaine, ainsi que des initiatives qui favorisent le recrutement et le maintien d'une vaste palette de professionnels de la santé comme les sages-femmes, les représentants en santé communautaire, les guérisseurs traditionnels, les experts en promotion de la santé et les intervenants en toxicomanie.**

**Recommandation 18 :**

**Que Santé Canada revoie son modèle de financement axé sur les projets dans le cadre de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, afin de déterminer s'il répond aux besoins des intervenants de même qu'à ceux des communautés inuites et des Premières nations dans les réserves.**

**Recommandation 19 :**

**Que Santé Canada continue de se concentrer davantage sur le maintien des professionnels de la santé dans les communautés inuites**

---

188 *Ibid.*, p. 18.

**et dans les réserves des Premières nations, tout en respectant les institutions et les initiatives existantes; et de régler, en particulier, les questions concernant les préoccupations culturelles et l'échelle salariale des professionnels de la santé dans ces communautés.**

**Recommandation 20 :**

**Que Santé Canada envisage d'intensifier sa collaboration avec Affaires indiennes et du Nord Canada, d'autres ministères concernés et des organismes comme l'Association des médecins autochtones du Canada, l'Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada et l'Organisation nationale de la santé du Canada, afin de promouvoir les carrières en sciences de la santé à tous les paliers d'éducation : primaire, secondaire et postsecondaire.**

**Autres clientèles du gouvernement fédéral**

**i) Gendarmerie royale du Canada (GRC)**

La GRC est responsable des soins de santé de ses membres conformément à la *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*<sup>189</sup>. La *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique donc pas aux membres de la GRC. On a dit au Comité qu'il existe deux dimensions aux prestations et services de santé que la GRC offre à ses membres. Premièrement, des soins de santé généraux leur sont offerts dans le cadre des régimes d'assurance-santé de la GRC : les membres reçoivent des soins de professionnels qu'ils choisissent dans la collectivité, mais dont les services sont payés par la GRC<sup>190</sup>. S'il y a lieu, la GRC assume les frais de transport ou de réinstallation des membres qui ont besoin de services non disponibles dans la collectivité. Elle ne fournit donc pas de services ou de traitements directs à ses membres<sup>191</sup>.

Deuxièmement, la GRC est responsable de la santé et de la sécurité de ses membres au travail<sup>192</sup>. À l'appui de ce mandat, la direction générale de la santé et de la sécurité au travail de la GRC établit des politiques et des programmes visant à promouvoir un environnement de travail sain et sûr, ce qui englobe l'élaboration de normes nationales de santé physique et psychologique. Il lui incombe également de surveiller l'état de santé des membres tout au long de leur carrière par l'entremise des divisions régionales. À cette fin, des médecins des divisions procèdent à des évaluations périodiques de l'état de santé physique et mentale des membres au moins tous les trois ans. On a dit au Comité que

---

189 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 4, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2010, [http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA\\_EV04-F.PDF](http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA_EV04-F.PDF), p. 3.

190 *Ibid.*

191 *Ibid.*

192 *Ibid.*

pour favoriser davantage la santé et le bien-être des membres, la GRC a établi le poste de directeur général du perfectionnement et du mieux-être, qui existe depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 et dont le titulaire est chargé d'élaborer une stratégie de mieux-être pour la GRC<sup>193</sup>.

On a dit au Comité que les défis que devait relever la GRC au chapitre des RHS avaient trait à la santé et la sécurité au travail. Des témoins ont signalé les énormes difficultés physiques, émotive et psychologiques auxquelles font face des membres de la GRC dans le cadre de leur travail : « Ils sont régulièrement exposés à des incidents traumatisants ou tragiques, à des atrocités, à des catastrophes naturelles et à une profonde souffrance humaine<sup>194</sup>. » Bon nombre d'entre eux souffrent de blessures de stress opérationnel, qui peuvent se définir comme étant toutes difficultés psychologiques persistantes résultant du service opérationnel; elles peuvent inclure les troubles médicaux diagnostiqués tels l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique<sup>195</sup>. Le Comité a appris que si elles ne sont pas diagnostiquées, les blessures de stress opérationnel (BSO) peuvent avoir de grandes répercussions sur le fonctionnement et le bien-être des gens, comme des changements de comportement, la dépression, voire le suicide<sup>196</sup>.

Des témoins ont mentionné que la GRC n'avait pas les ressources humaines en santé nécessaires pour traiter les BSO de ses membres. On a dit au Comité que les médecins qui effectuaient l'évaluation physique et mentale des membres de la GRC étaient souvent employés à contrat sept jours par mois et connaissaient peu la profession de police ou les outils permettant de diagnostiquer de telles blessures<sup>197</sup>. On a également dit au Comité que la GRC employait 14 psychologues, mais qu'ils travaillaient avec des unités spéciales de police et n'offraient pas de services de counselling aux membres de la GRC<sup>198</sup>. Enfin, on a dit au Comité que le suivi et la gestion des cas des membres qui avaient une BSO et qui recevaient des soins dans la collectivité, ainsi que la collecte de données, étaient insuffisants.

De l'avis de témoins, pour corriger cette situation, il faudrait que la direction générale de la santé et de la sécurité au travail dispose d'un budget stable qui tient compte du besoin accru de diagnostics de BSO parmi les membres de la GRC<sup>199</sup>. Les professionnels de la santé avaient besoin d'une formation pointue qui porte sur la culture et les expériences des membres de la GRC, de même que des outils pour reconnaître les symptômes des BSO<sup>200</sup>. Les témoins ont aussi indiqué que la GRC pouvait embaucher

---

193 *Ibid.*, p. 4.

194 *Ibid.*, p. 3.

195 *Ibid.*

196 *Ibid.*, p. 3-5.

197 *Ibid.*, p. 2.

198 *Ibid.*, p. 16.

199 *Ibid.*, p.12.

200 *Ibid.*, p. 4.

des psychologues cliniciens qui savent traiter les victimes de traumatismes<sup>201</sup>. Ils estimaient que les membres de la GRC devaient avoir accès aux mêmes avantages et services que les autres membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé, par exemple le Programme pour l'autonomie des anciens combattants d'ACC, qui prévoit des services à domicile pour les anciens combattants et leurs familles<sup>202</sup>. Enfin, des témoins ont souligné la nécessité d'un changement culturel au sein de la GRC qui encouragerait les membres à consulter s'ils ont un problème de santé mentale<sup>203</sup>.

## ii) Forces canadiennes

La *Loi sur la défense nationale* confère au ministre de la Défense le pouvoir de gérer et de diriger les Forces canadiennes<sup>204</sup>. À son tour, le ministre confie au Groupe des Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) la gestion et la direction des soins de santé offerts aux membres des Forces canadiennes<sup>205</sup>. Comme ceux-ci reçoivent des soins de santé du gouvernement fédéral, la *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique pas à eux.

On a dit au Comité que le Groupe des SSFC exerce sa propre compétence dans le domaine de la santé et offre aux membres divers services : soins primaires et tertiaires, formation relative à la santé, soins dentaires, santé publique et professionnelle, systèmes d'approvisionnement pharmaceutiques, recherches en santé et soutien offert par des équipes de santé pour les opérations militaires. Ces services sont fournis par des militaires des Forces canadiennes ainsi que par des professionnels civils de la santé<sup>206</sup>.

Comme l'ont indiqué des témoins au Comité, les Services de santé des Forces canadiennes ont commencé à éprouver, dans les années 1990, de graves pénuries de personnel dans le domaine de la santé<sup>207</sup>. C'est ce qui a conduit à la réalisation du projet Rx2000 en 2000, qui visait à améliorer le recrutement et le maintien en fonction de professionnels de la santé dans le secteur militaire grâce à des incitatifs de recrutement concurrentiels, à des barèmes de rémunération, à des possibilités de formation médicale continue et à des occasions d'emploi dans d'autres milieux de travail<sup>208</sup>.

Par ailleurs, le projet Rx2000 prévoyait une réforme des soins de santé primaires dans le secteur militaire, axée sur l'élaboration d'une pratique centrée sur le patient et

---

201 *Ibid.*, p. 9.

202 *Ibid.*, p. 11.

203 *Ibid.*, p. 15.

204 MDN, *Services de santé des Forces canadiennes*, <http://www.forces.gc.ca/health-sante/default-fra.asp>.

205 *Ibid.*

206 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 4, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESAEV04-F.PDF>, p. 5.

207 *Ibid.*, p. 5.

208 *Ibid.*



faisant appel à la collaboration et sur la continuité des soins. On a dit au Comité que le modèle de soins de santé des Forces canadiennes qui repose sur la collaboration fait appel à divers professionnels de la santé : médecins, infirmiers et infirmières praticiens, adjoints aux médecins, physiothérapeutes, spécialistes cliniques et spécialistes de la santé des populations. Ce modèle s'est ensuite appliqué à la santé mentale : des psychologues, des psychiatres, des infirmières en santé mentale, des travailleurs sociaux et des conseillers pastoraux travaillent ensemble pour soigner les patients<sup>209</sup>. Des témoins ont aussi indiqué que l'élaboration d'un système d'information sur la santé, incluant les dossiers de santé électroniques des membres des Forces canadiennes, a facilité la réforme<sup>210</sup>.

En dépit du succès du projet Rx2000, grâce auquel les SSFC peuvent répondre à la plupart de leurs besoins en matière de ressources humaines en santé, il reste certaines lacunes à combler. On a dit au Comité que les SSFC avaient de la difficulté à recruter des pharmaciens étant donné les pénuries générales dans cette profession et les salaires élevés exigés. De plus, le recrutement de professionnels civils de la santé pose encore un problème en raison des disparités de salaire entre les secteurs public et privé. Par conséquent, les SSFC se voient encore obligés de recourir à des contractuels, dont les honoraires sont de 130 à 200 % plus élevés que ceux prévus dans les régimes provinciaux de soins de santé.

### **iii) Anciens Combattants Canada**

En reconnaissance des services et des contributions des anciens membres des Forces canadiennes, Anciens Combattants Canada (ACC) offre des prestations d'assurance maladie et des services de réadaptation aux anciens combattants afin de faciliter leur insertion dans la vie civile. Ces prestations et services sont prévus dans la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes, de 2005*, couramment appelée la nouvelle Charte des anciens combattants, et dans la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants*<sup>211</sup>.

ACC emploie divers professionnels de la santé à différents titres dans le cadre de ses programmes de prestations d'assurance maladie et de réadaptation<sup>212</sup>. D'abord, il emploie des professionnels de la santé pour administrer ses programmes de prestations et de services au lieu d'offrir des services directs aux clients. Ensuite, il recourt à divers professionnels de la santé qui fournissent directement des soins et des services de réadaptation par l'entremise des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress professionnel du Ministère et de l'Hôpital Sainte-Anne, géré par ACC. Ces professionnels de la santé fournissent divers services : ils répondent aux besoins physiques,

---

209 *Ibid.*, p. 12.

210 *Ibid.*, p. 6.

211 Anciens Combattants Canada, *La nouvelle Charte des anciens combattants*, <http://www.vac-acc.gc.ca/clientele/sub.cfm?source=Forces>.

212 Anciens Combattants Canada, *Rapport au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 17 mai 2010.

psychologiques et sociaux des anciens combattants; ils fournissent des soins palliatifs et des soins pour le traitement de la démence, la gestion de la douleur et le traitement des blessures de stress opérationnel<sup>213</sup>. En tout, l'effectif des professionnels de la santé du Ministère se compose de 377 infirmières et infirmiers, de 51 médecins militaires et de 57 ergothérapeutes à contrat<sup>214</sup>. Le Ministère a également établi un vaste réseau de gestionnaires des soins cliniques, d'ergothérapeutes, de psychoéducateurs, de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux, qui fournissent du soutien et des traitements aux clients ayant des besoins complexes en matière de santé mentale<sup>215</sup>.

Les représentants d'ACC n'ont pu comparaître devant le Comité, mais ils lui ont présenté un mémoire exposant les défis en matière de RHS. On y indique que le Ministère prévoyait des taux de vacance de 25 % pour le personnel infirmier et de 55 % pour les médecins militaires d'ici 2014 en raison des départs à la retraite et des pénuries de travailleurs de la santé généralisées à l'échelle du pays<sup>216</sup>. On y explique également les défis en matière de RHS qui touchent le Ministère :

- un processus de dotation fastidieux qui décourage les candidats potentiels;
- la perception, parmi les médecins, que la rémunération dans la fonction publique ne correspond pas aux honoraires prévus dans le secteur privé pour les structures de services;
- les difficultés à trouver des professionnels de la santé bilingues qui peuvent servir les clients dans la langue de leur choix;
- la nécessité d'obtenir du financement stable pour les possibilités de perfectionnement professionnel.

Le mémoire expose aussi les efforts déployés pour régler les problèmes. Afin d'améliorer les processus d'embauche, on prend contact avec les candidats dès réception des demandes d'emploi et l'on effectue auprès d'eux un suivi des entrevues. On a modifié la méthode d'entrevue et l'on a investi dans des stratégies de marketing pour renseigner davantage les professionnels de la santé des possibilités d'emploi à ACC. On offre aussi des possibilités de recherche aux employés en collaboration avec des universités, des organismes internationaux et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le domaine des traumatismes et des problèmes de santé mentale dans le secteur militaire.

---

213 *Ibid.*

214 *Ibid.*

215 *Ibid.*

216 *Ibid.*

#### iv) Détenus sous responsabilité fédérale

Conformément à la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, le Service correctionnel du Canada (SCC) est chargé d'offrir aux détenus sous responsabilité fédérale des services de santé essentiels et l'accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels qui contribuent à leur réadaptation et à leur réintégration dans la collectivité<sup>217</sup>. La *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique pas non plus aux détenus sous responsabilité fédérale pendant leur incarcération dans les pénitenciers fédéraux. Le SCC vise à fournir des services de santé essentiels qui sont comparables aux normes provinciales et communautaires. Les services de santé sont fournis aux détenus sous responsabilité fédérale dans 52 centres de santé au Canada et dans quatre hôpitaux régionaux gérés par le Secteur des services de santé du SCC<sup>218</sup>.

Le Secteur des services de santé emploie environ 800 personnes représentant diverses professions de la santé : personnel infirmier, médecins, pharmaciens, psychologues, épidémiologistes et travailleurs sociaux<sup>219</sup>. C'est cependant le personnel infirmier qui prodigue principalement les soins, et les services de médecins sont fournis à contrat<sup>220</sup>. De plus, le Secteur des services de santé représente le plus gros employeur fédéral pour le personnel infirmier et les psychologues<sup>221</sup>. Ces professionnels de la santé sont chargés d'offrir des soins de santé aux contrevenants présentant un risque élevé et ayant des besoins complexes et diversifiés en matière de santé : maladie mentale, toxicomanie et alcoolisme, colère et violence<sup>222</sup>.

Des témoins ont indiqué au Comité que le SCC doit relever de nombreux défis en matière de RHS et faire face notamment à des pénuries dans certaines professions de la santé. On a dit au Comité que le taux de vacance est de 20 % en psychologie, de 6 % pour le personnel infirmier et de 11 % pour les travailleurs sociaux<sup>223</sup>. En plus des défis liés aux RHS qui touchent également les autres ministères fédéraux, dont le vieillissement de l'effectif et les questions de rémunération, on a mentionné que de nombreux professionnels de la santé ne sont pas disposés à travailler dans des centres de santé en milieu rural ni dans des régions éloignées<sup>224</sup>. Qui plus est, comme les professionnels de la santé sont réglementés par les provinces, on a du mal à transférer le personnel entre les

---

217 SCC, *Normes des Services de santé*, <http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/hlthstds/healthstds5-fra.shtml>.

218 SCC, *Secteur des services de santé — Faits en bref*, août 2008, <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/qf/15-fra.pdf>.

219 *Ibid.*

220 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 11 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA/EV16-F.PDF>.

221 *Ibid.*

222 *Ibid.*

223 *Ibid.*

224 *Ibid.*

établissements dans différentes provinces<sup>225</sup>. Cela représente un défi particulier pour le Ministère en ce qui concerne le personnel infirmier et les psychologues. Enfin, on a signalé que la difficulté d'offrir des services aux contrevenants fédéraux ayant des problèmes complexes de santé mentale et physique nuit au recrutement et au maintien en fonction des professionnels de la santé<sup>226</sup>.

Le Comité a appris que le SCC avait mis en œuvre une stratégie de recrutement et de maintien en poste en 2008 pour régler les problèmes de RHS. Conformément à cette stratégie, le SCC a produit une série de documents de promotion des carrières dans le domaine de la santé au SCC et il a publié dans des revues professionnelles des articles qui soulignent le travail des psychologues<sup>227</sup>. Le SCC a également créé des possibilités de stages pratiques pour les médecins, les psychologues et autres professionnels de la santé; des postes ont ainsi été créés pour certains d'entre eux<sup>228</sup>. Enfin, le SCC s'est penché sur les problèmes de maintien en fonction; il a investi 8 millions de dollars dans la formation et le perfectionnement du personnel infirmier et il a affecté des fonds annuels au perfectionnement professionnel des psychologues<sup>229</sup>.

#### **v) Immigrants et réfugiés**

Par l'entremise de la Direction générale de la gestion de la santé, Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) s'occupe de tous les aspects de l'immigration qui touchent la santé, incluant les évaluations de santé des personnes qui demandent à immigrer au Canada, ainsi que les services et les prestations destinés aux demandeurs du statut de réfugié. En vertu du paragraphe 38(1) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, CIC est mandaté pour évaluer l'état de santé des personnes qui présentent une demande de résidence permanente ou temporaire, en tenant compte des trois motifs d'exclusion suivants : le risque pour la santé publique, le risque pour la sécurité publique et le fardeau excessif pour les services de santé ou les services sociaux<sup>230</sup>. Pour ce faire, il voit à la sélection et à la formation de médecins praticiens établis un peu partout dans le monde, qui procèdent aux examens médicaux indépendants pour évaluer l'état de santé des personnes présentant une demande de résidence permanente ou temporaire<sup>231</sup>.

Par ailleurs, la Direction générale de la gestion de la santé fournit des prestations et des services de santé aux demandeurs du statut de réfugié, aux réfugiés au sens de la Convention, aux personnes détenues aux fins de l'immigration, aux victimes du trafic de

---

225 *Ibid.*

226 *Ibid.*

227 *Ibid.*

228 *Ibid.*

229 *Ibid.*

230 Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6<sup>e</sup> éd., [http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf), p. 342.

231 *Ibid.*, p. 357.

personnes et aux personnes à la charge de ces groupes. Elle se fonde sur des motifs humanitaires dans le cadre de son Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), un programme d'assurance-santé géré par une compagnie d'assurance<sup>232</sup>. D'après un décret daté de 1957, ce programme a pour but de fournir des services de santé urgents et essentiels aux groupes susmentionnés qui n'ont pas les moyens de payer de tels services<sup>233</sup>. Le PFSI comprend des services de santé de base semblables à ceux qui sont fournis aux autres citoyens et résidents canadiens par les régimes provinciaux, de même que des services de santé supplémentaires qui sont fournis aux assistés sociaux dans différentes provinces, par exemple les soins dentaires, les médicaments sur ordonnance essentiels et les soins de la vue<sup>234</sup>.

On a dit au Comité que, puisque CIC offrait des services de santé dans le cadre du PFSI, ses rôles et responsabilités avaient trait à la gestion de ce programme d'assurance plutôt qu'à la prestation des services de santé. CIC ne participe donc pas directement au recrutement et au maintien en fonction des ressources humaines en santé. On a cependant indiqué que maintes augmentations de coûts associés au PFSI étaient attribuables aux difficultés liées à la prestation des services dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, ce qui inclut l'accès aux fournisseurs de soins de santé<sup>235</sup>.

#### vi) Observations du Comité

Le Comité croit que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan en s'attaquant aux principales difficultés liées aux RHS que doivent surmonter les divers groupes dont il est directement responsable. Il croit cependant que des défis particuliers se posent aux ministères et organismes fédéraux qui doivent offrir des services de santé à ces groupes, dont bon nombre ont des besoins complexes en matière de santé, en particulier sur le plan de la santé mentale. Bien que les Forces canadiennes et Anciens Combattants Canada aient établi des stratégies novatrices pour fournir les RHS nécessaires au traitement des problèmes de santé mentale, le Comité a appris que les membres des Forces canadiennes déployés ont accès non pas à des psychologues cliniciens, mais plutôt à des psychiatres en raison des limites qu'il faut imposer à la taille des forces déployées<sup>236</sup>. De plus, la GRC vient tout juste de commencer à élaborer sa propre stratégie de mieux-être afin de s'occuper des besoins en santé mentale de ses

---

232 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 16, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 11 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA/EV16-F.PDF>.

233 Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6<sup>e</sup> éd., [http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf), p.342.

234 *Ibid.*

235 *Ibid.*

236 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 4, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 23 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA/EV04-F.PDF>, p. 13.

membres. Entre-temps, le Service correctionnel du Canada a encore de la difficulté à réduire les taux de postes de psychologue vacants.

Le Comité recommande que ces ministères et organismes fédéraux collaborent au sein du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSI) pour régler les problèmes communs liés aux RHS, notamment la rémunération, le recrutement et le maintien en fonction. Le Comité croit que les membres du PFSI pourraient aussi chercher à régler les problèmes communs liés aux RHS et mettre en commun les pratiques exemplaires pour la prestation de services de santé mentale et de services de soutien, dont la gestion des cas, la collecte de données, le recrutement et le maintien en fonction de professionnels de la santé mentale et les outils d'évaluation de la santé mentale<sup>237</sup>. Par conséquent, le Comité recommande :

**Recommandation 21 :**

**Que les membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé veillent à ce que le Groupe de travail sur la santé mentale qu'ils ont mis sur pied dispose de fonds suffisants pour examiner les problèmes communs liés aux ressources humaines en santé et à la prestation de services de santé mentale et de services de soutien, dont la gestion des cas, le recrutement et le maintien en fonction de professionnels de la santé mentale et les outils d'évaluation de la santé mentale.**

**Recommandation 22 :**

**Que la GRC continue de renforcer les éléments suivants de sa stratégie de développement du milieu de travail et de mieux-être : gestion des cas et collecte de données, formation des professionnels de la santé aux réalités des membres de la GRC, élaboration d'outils d'évaluation de la santé mentale, recrutement et maintien en fonction de professionnels de la santé mentale spécialisés dans les traumatismes.**

---

237 Dans le rapport annuel qu'ils ont présenté au Comité, les membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé ont indiqué qu'ils avaient établi un groupe de travail sur la santé mentale pour favoriser les discussions entre organismes et l'échange de renseignements concernant les services, les programmes et les politiques de santé mentale. Bien que ce groupe de travail ait tenu plusieurs réunions, il est indiqué dans le rapport que le groupe n'a pas reçu assez de fonds pour réaliser toutes les activités prévues. Gouvernement du Canada, Partenariat fédéral pour les soins de santé, *Rapport annuel 2008-2009 — Partenariat fédéral pour les soins de santé*, p. 18.

# CHAPITRE 8 : ACCENT MIS SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE DE RECRUTEMENT ET DE RÉTENTION DANS LES RÉGIONS RURALES

---

## Introduction

Selon les données du Recensement de 2006, 20 % de la population canadienne vit en zone rurale, ce qui inclut, selon Statistique Canada, les villes et les collectivités de 1 000 habitants ou plus qui se trouvent hors des zones où la densité de population est de plus de 400 habitants au kilomètre carré<sup>238</sup>. Les études menées par l'ICIS démontrent que les populations des régions rurales ont en moyenne des résultats de santé moins bons que le reste de la population canadienne, car tant les femmes que les hommes qui vivent dans ces régions ont une espérance de vie inférieure et sont exposés à des risques de mortalité plus élevés en termes de maladies de l'appareil circulatoire, de blessures et de suicide<sup>239</sup>. Les chercheurs attribuent ces résultats de santé au fait que les résidents des régions rurales du Canada sont plus susceptibles que les résidents des zones urbaines de vivre dans de moins bonnes conditions socioéconomiques, d'avoir un niveau de scolarité moins élevé, de présenter des comportements nuisibles pour la santé, particulièrement en matière de tabagisme et d'alimentation<sup>240</sup>. De plus, l'accès aux soins de santé demeure, en région rurale, un problème persistant qui résulte en partie du manque de professionnels des soins de santé installés dans ces régions<sup>241</sup>. En 2004, environ 16 % des médecins de famille et 2,4 % des spécialistes étaient installés dans les régions rurales et les petites villes du Canada, alors que ces dernières représentent 21,1 % de la population du Canada<sup>242</sup>.

Le présent chapitre souligne les initiatives innovatrices actuellement menées pour accroître le nombre de professionnels de la santé offrant des soins à la population des régions rurales du Canada. Il définit également des pistes quant aux initiatives que pourrait prendre le gouvernement fédéral pour remédier aux problèmes de ressources humaines en santé dans les régions rurales.

---

238 Statistique Canada, « Population urbaine et rurale, par province et territoire », <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/demo62a-fra.htm>.

239 ICIS, *Les communautés rurales du Canada : Comprendre la santé rurale et ses déterminants*, 2006, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/rural\\_canadians\\_2006\\_report\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/rural_canadians_2006_report_f.pdf), p. iv.

240 *Ibid.*, p. v.

241 ICIS, *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*, 2005, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Geographic\\_Distribution\\_of\\_Physicians\\_FINAL\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Geographic_Distribution_of_Physicians_FINAL_fr.pdf), p. 1.

242 *Ibid.*, p. viii.

## Pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des RHS dans les régions rurales

Selon les témoins qui ont comparu devant le Comité, les trois principaux facteurs associés au fait qu'un étudiant décide d'exercer en milieu rural à la fin de ses études et de sa formation sont le fait d'avoir grandi en milieu rural, des expériences cliniques et éducatives positives au premier cycle des études de médecine, ainsi qu'une formation ciblée en médecine rurale au niveau postdoctoral, et, notamment, des programmes de résidence qui préparent les candidats à l'exercice de la médecine en milieu rural<sup>243</sup>.

Le Comité a appris que ces trois facteurs avaient mené, au Canada, à la création d'écoles de médecine vouées à l'exercice de la médecine en région rurale ou éloignée. Le Comité a ainsi appris que l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) a élaboré un modèle particulier d'enseignement médical et de recherche qui vise à doter les diplômés des connaissances et des compétences nécessaires à faire carrière dans le Nord de l'Ontario, ou dans un milieu rural nordique, isolé, autochtone ou francophone similaire<sup>244</sup>. Pour ce faire, elle s'efforce de recruter des étudiants qui s'intéressent plus particulièrement à la médecine rurale et reflètent la population qu'ils seront amenés à servir. Ainsi, environ 90 % des étudiants ont-ils grandi dans le Nord de l'Ontario, tandis que de 40 à 50 % d'entre eux proviennent de région rurale ou éloignée et que de 6 à 11 % d'entre eux sont originaires de communautés autochtones<sup>245</sup>. L'EMNO offre également un programme axé sur la médecine rurale, la formation interprofessionnelle et la santé des Autochtones. Le Comité a également appris que le Rural Ontario Medical Program propose des programmes de formation axés sur la médecine familiale qui sont offerts en régions rurales et dont les étudiants décident, dans 85 % des cas, d'effectuer leur résidence dans ces mêmes régions rurales<sup>246</sup>.

Outre les initiatives visant à élaborer des modèles innovateurs de formation en médecine rurale, les témoins ont également attiré l'attention du Comité sur des stratégies qui pourraient améliorer la rétention des médecins en région rurale. Il s'agit, notamment, d'offrir aux professionnels de la santé la possibilité de faire de l'enseignement clinique dans des écoles de médecine rurale qui favorise leur implantation au sein de la collectivité<sup>247</sup>. Les témoins ont par ailleurs souligné la nécessité d'offrir aux professionnels de la santé en milieu rural des possibilités de formation et de perfectionnement continu, soit en leur offrant des programmes d'enseignement à distance, soit en les aidant à trouver des remplaçants afin qu'ils puissent voyager pour améliorer leurs compétences<sup>248</sup>.

---

243 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 6, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 30 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4393630/HESAEV06-F.PDF>, p. 1.

244 *Ibid.*

245 *Ibid.*, p. 2.

246 *Ibid.*, p. 4.

247 *Ibid.*, p. 4.

248 *Ibid.*, p. 7.



Enfin, les témoins ont parlé de l'importance des incitatifs financiers dans le recrutement et dans la rétention des professionnels de la santé en milieu rural. Ils ont expliqué que les incitatifs financiers devraient être plus axés sur le fait de mieux rémunérer les professionnels de la santé en région rurale en raison des services plus étendus qu'ils assurent et de leur degré plus élevé de responsabilité, plutôt que sur le fait de les dédommager pour les éventuelles contraintes associées au fait de vivre en région rurale ou éloignée<sup>249</sup>. Les témoins ont par ailleurs expliqué que les incitatifs financiers devraient être répartis tout au long de la carrière des professionnels de la santé vivant dans ces régions, car la remise de grosses sommes au début de leur carrière ne favorise pas la rétention à long terme et crée des dissensions lorsque des professionnels de la santé établis dans une même collectivité ne reçoivent pas le même niveau de compensation financière<sup>250</sup>.

Les témoins ont souligné qu'il était indispensable que les intervenants collaborent à la promotion de pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées, notamment par examen de l'ensemble des modèles de formation en médecine rurale du pays et des pratiques exemplaires des différents gouvernements<sup>251</sup>. Ils ont expliqué que le meilleur moyen était, pour ce faire, d'organiser une conférence nationale sur la santé rurale financée par le gouvernement fédéral<sup>252</sup>. Ils ont également suggéré que les faits établis et les recommandations formulées dans le cadre de cette conférence servent de fondement à une stratégie nationale de la santé rurale<sup>253</sup>.

## **Observations du Comité**

Le Comité reconnaît que le gouvernement fédéral ne joue pas un rôle direct dans la prestation des soins de santé dans les régions rurales et éloignées, sauf dans le cas des réserves des Premières nations et des communautés inuites. Cependant, le Comité prend partie pour les témoins qui estiment que le gouvernement fédéral pourrait favoriser une collaboration entre les ordres de gouvernement intéressés dans le domaine de la santé rurale et des ressources humaines en santé. L'étude du Comité a révélé qu'il existe d'excellents modèles d'éducation en santé qui assurent la promotion de la médecine rurale partout au Canada. Le Comité a également appris que ces modèles d'éducation en santé rurale constituent les exemples concrets sur lesquels se fondent certaines des recommandations et lignes directrices sur le recrutement et le maintien des professionnels de la santé en zone rurale, qui seront présentées à l'Assemblée mondiale de la santé qui doit se tenir en mai 2010<sup>254</sup>. Le Comité recommande donc :

---

249 *Ibid.*, p. 8.

250 *Ibid.*

251 *Ibid.*, p. 4.

252 *Ibid.*

253 *Ibid.*, p. 13.

254 *Ibid.*, p. 6.

**Recommandation 23 :**

**Que Santé Canada tienne une conférence nationale sur la santé rurale afin que les différents intervenants puissent discuter de leurs pratiques exemplaires et formuler des recommandations quant à la santé rurale, à la formation et au recrutement de ressources humaines en santé.**

**Recommandation 24 :**

**Que Santé Canada cible des fonds afin d'appuyer des initiatives visant à accroître le nombre d'étudiants en santé rurale, notamment : des bourses d'études à l'intention des étudiants issus du milieu rural qui souhaitent faire carrière dans les régions rurales.**

**Recommandation 25 :**

**Que le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines FPT envisage de créer un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner, pour ensuite y réagir, les pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des RHS dans les régions rurales et éloignées, et, notamment, les lignes directrices et les recommandations présentées par le groupe d'experts de l'OMS lors de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2010.**

# **CHAPITRE 9 : UN EXAMEN DES BESOINS, DÉFIS ET INNOVATIONS EN RHS PROPRES AU NORD**

---

## **Introduction**

Le Comité, voulant examiner directement les besoins, les défis et les innovations en RHS propres aux territoires du nord du Canada, a effectué une mission d'enquête à Iqaluit et à Rankin Inlet, au Nunavut, du 24 au 26 mai 2009. Durant son séjour, il a rencontré les porte-parole du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut, ainsi que les professionnels de la santé locaux lors de ses visites des hôpitaux et des centres de santé communautaires. Le présent chapitre met en lumière les principaux défis des RHS en prestation des soins de santé dans le Nord, ainsi que les solutions locales mises au point afin de répondre aux besoins sanitaires et culturels des populations du Nord.

## **Prestation des soins de santé dans le Nord**

Lors de sa visite au Nunavut, le Comité a appris que la prestation des soins de santé dans le Nord ne se fait pas du tout de la même façon que dans le reste du Canada. Selon les porte-parole ministériels, le Nunavut compte un hôpital complet avec bloc opératoire, l'Hôpital général de Qikiqtani à Iqaluit, et deux centres de santé régionaux offrant des services élargis et un omnipraticien à temps plein, soit à Rankin Inlet et à Cambridge Bay. D'autres villages sont dotés de centres de santé communautaires dirigés par des infirmières qui ont accès à des médecins à Iqaluit 24 heures par jour, 7 jours sur 7. Le Comité a aussi entendu dire que deux centres de soins continus de 20 lits ouvriront bientôt leurs portes au Nunavut.

Le Comité a appris que les soins de première ligne ne se présentent pas de la même façon pour les médecins de famille et les infirmières du Nunavut que pour ceux des autres régions du Canada. Il a su qu'il y a 24 médecins de famille ou omnipraticiens équivalents temps plein au Nunavut, dont 14 sont situés à Iqaluit tandis que les autres se déplacent dans le territoire. Les porte-parole ministériels ont indiqué que bon nombre de ces médecins travaillent au Nunavut de façon temporaire, comme suppléants. Par ailleurs, le Comité a appris que les spécialistes aussi viennent au Nunavut à tour de rôle, pour de courtes durées. Par conséquent, les soins de première ligne sont dispensés principalement par les infirmières, tandis que les médecins de famille tiennent souvent le rôle d'experts-conseils auprès d'elles. Les médecins dispensent les soins de première ligne uniquement dans les cas difficiles et fournissent d'autres services, notamment l'obstétrique, l'anesthésie et la gestion des soins aux patients.

Les soins secondaires et tertiaires sont disponibles à quelques endroits seulement au Nunavut, et le Comité a appris que de nombreuses personnes doivent donc quitter leur village pour obtenir ces services. Par conséquent, le ministère de la Santé et des Services sociaux a établi trois grands axes nord-sud de transport des patients à l'extérieur des trois grandes régions du Nunavut qui ont besoin de soins secondaires et tertiaires : la région de

Qikiqtani (Baffin) à l'est, la région de Kivalliq au centre et la région de Kitikmeot à l'ouest. Le Comité a appris que la région de Kitikmeot envoie les patients à Yellowknife ou à Edmonton; les patients de la région centrale se rendent à Winnipeg; et les patients de la région de Baffin se rendent à Iqaluit ou à Ottawa pour être traités. Par conséquent, les voyages pour fins médicales consomment une part importante du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est-à-dire quelque 50 millions de dollars par année, soit environ 18,5 % du budget total. Toutefois, les porte-parole ministériels ont dit s'attendre à ce que les frais de voyage diminuent avec l'utilisation croissante de la télésanté.

### **Les défis des RHS dans le Nord**

Le Comité s'est laissé dire que le Nunavut fait face à des défis particuliers en matière de recrutement et de maintien des professionnels de la santé. Durant sa visite de l'Hôpital général de Qikiqtani, il a appris que l'hôpital a de la difficulté à recruter et à garder du personnel à cause de la pénurie de logement à Iqaluit. Comme l'a signalé l'administrateur de l'hôpital, la saison de construction dure seulement quatre mois environ et la demande d'habitations est élevée à Iqaluit, de sorte qu'il reste très peu d'unités de logement pour accueillir les éventuels médecins et infirmières. Le Comité a aussi appris que malgré une stratégie de recrutement dynamique, le Nunavut ne peut pas offrir suffisamment de primes et d'incitatifs pour attirer des professionnels de la santé dans la région. L'administrateur de l'hôpital a signalé en particulier que le Nunavut ne peut pas offrir assez d'indemnités de déplacement de vacances pour permettre aux médecins et aux infirmières de voyager à l'extérieur du Nunavut pendant leurs vacances ou pour le perfectionnement professionnel. Le Comité a aussi appris que l'Hôpital général de Qikiqtani doit composer actuellement avec des pénuries de personnel de 40 %, et seulement 54 % des postes d'infirmières au Nunavut sont comblés.

En ce qui concerne le recrutement de médecins, les porte-parole du ministère de la Santé et des Services sociaux ont indiqué que les exigences de l'autorisation d'exercer constituent des obstacles pour les médecins des autres régions du Canada. Toutefois, ils ont souligné que l'Accord sur le commerce intérieur constitue un pas dans la bonne direction en vue d'harmoniser les exigences quant à l'autorisation d'exercer des médecins d'un bout à l'autre du pays. De plus, ils considèrent que l'Accord de reconnaissance mutuelle qu'ont signé l'Ontario et le Québec, pour reconnaître les titres de compétences des médecins dans ces deux provinces, pourrait être une solution possible au Nunavut.

S'agissant du recrutement et du maintien de membres des populations locales dans la main-d'œuvre de la santé au Nunavut, le Comité a appris que de nombreux étudiants inuits font face à des obstacles à une carrière en santé au Collège de l'Arctique du Nunavut. En effet, les administrateurs du Collège ont signalé que rares sont les élèves inuits qui réussissent à obtenir leur diplôme d'études secondaires, une condition préalable pour s'inscrire au programme de soins infirmiers. De plus, de nombreux étudiants doivent alors étudier dans leur langue seconde, l'anglais, plutôt que dans leur langue maternelle. En outre, de nombreux étudiants au Collège ont atteint l'âge adulte et ont par conséquent des obligations familiales. Le Comité a entendu dire que le Collège réussit à former de

nombreux infirmiers et infirmières malgré ces obstacles, mais qu'environ 30 % quittent le Nunavut pour aller travailler ailleurs au Canada.

Les administrateurs de l'Hôpital général de Qikiqtani ont indiqué que l'emploi de personnel local présente aussi des défis particuliers. Ils ont signalé que de nombreux employés inuits hésitent à accepter des fonctions de gestion parce que les compétences exigées ne relèvent pas de la formation reçue. De plus, bon nombre sont réticents à accepter un rôle qui pourrait les obliger à réprimander des membres du personnel dont le travail laisse à désirer, puisque ces personnes risquent d'être une connaissance ou même un membre de la parenté.

Enfin, les porte-parole ministériels ont dénoncé le recrutement de PSFE comme solution possible aux pénuries de RHS dans le Nord. Ils ont expliqué qu'après avoir signé un contrat pour engager 100 infirmières des Philippines, très peu ont réussi l'examen qui leur aurait permis d'exercer au Canada. De plus, les défis culturels sont de taille, puisqu'il faut que les PSFE s'adaptent à la prestation de soins de santé dans le Nord et à un groupe de population très précis. De plus, le champ d'activité requis au Nunavut va bien au-delà de la formation et des compétences qu'ont de nombreuses infirmières formées à l'étranger. Les porte-parole ministériels ont toutefois souligné que les infirmières qui ont surmonté ces difficultés comptaient parmi les meilleures du territoire. Ils ont donc recommandé que les PSFE suivent au moins une année de formation ou de pratique dans le sud du Canada avant de commencer à pratiquer au Nunavut.

Afin de surmonter certaines de ces difficultés, les porte-parole ministériels ont recommandé que se poursuive le financement fédéral offert par le truchement de l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires et du Fonds de transport pour raison médicale. Ils ont en outre recommandé que le financement fédéral au Nunavut tienne compte des différences entre les difficultés qu'affrontent les Inuits vivant dans le nord et celles des groupes de population des Premières nations qui vivent dans le Sud.

### **Innovations touchant les RHS dans le Nord**

Au cours de ses visites, le Comité a entendu parler de différents programmes et initiatives mis au point pour répondre aux besoins sanitaires et culturels de la population locale. Il a pris connaissance du programme de conseiller en santé mentale du Collège de l'Arctique du Nunavut visant à former des étudiants pour qu'ils puissent répondre aux besoins en santé mentale de la population locale, notamment en ce qui touche la toxicomanie, le suicide et les séquelles des pensionnats. Les étudiants inscrits au programme ont comme mentors des guérisseurs traditionnels pour les aider à mieux s'intégrer à la communauté. De plus, le Collège de l'Arctique du Nunavut a aussi mis au point des programmes de cheminement particulier qui permettent aux étudiants d'enrichir les compétences en santé déjà acquises dans une profession de la santé et de les appliquer à une autre carrière en santé plus avancée. Par exemple, les étudiants formés comme aides à domicile peuvent faire fond sur leur formation pour s'inscrire au programme de sciences infirmières. Le Comité a aussi été voir le programme de naissance de Rankin Inlet offert par le Centre de bien-être Kivalliq, qui dispense des soins axés sur la famille aux femmes enceintes de la communauté. Le programme de naissance

est une initiative d'Inuites de la communauté souhaitant aider les femmes à accoucher selon les pratiques de naissance traditionnelles. Au Centre de bien-être, des sages-femmes fournissent des soins pré et post-nataux complets ainsi que des services de counselling aux femmes ayant une grossesse à faible risque. L'accouchement a lieu ensuite au Centre de santé Kivalliq<sup>255</sup> avec l'aide des sages-femmes. Les services étant assurés par deux sages-femmes agréées permanentes, une sage-femme agréée occasionnelle et un travailleur de protection de la maternité, le Comité a été heureux d'apprendre que le programme s'emploie à incorporer les coutumes traditionnelles aux pratiques d'accouchement, dont la participation des pères et de sages-femmes non agréées traditionnelles.

### **Observations du Comité**

Grâce à sa mission d'enquête, le Comité a pu mieux connaître les défis particuliers des RHS que doivent relever les populations du nord du Canada en ce qui concerne le recrutement et le maintien de personnel et la prestation des soins de santé. Le Comité a aussi appris que bon nombre des problèmes de santé dans le Nord, notamment les taux croissants de diabète, d'obésité et d'infections transmissibles sexuellement (ITS) sont liés aux déterminants généraux de la santé comme la pauvreté, l'accès à des aliments sains, la perte d'identité et les questions culturelles. Ces observations donnent à penser qu'il faudra adopter une vaste approche pour régler les problèmes des RHS dans le Nord, notamment insister sur la présence de professionnels de la santé qui utilisent des méthodes préventives et qui favorisent la santé mentale et le bien-être global, en plus de viser d'autres déterminants de la santé comme la pauvreté. Le Comité a appris qu'il faut comprendre que les défis en santé ne sont pas du tout les mêmes pour les populations du nord que pour les Premières nations vivant dans le sud et que pour les autres Canadiens. Cela s'explique en partie par la géographie qui entrave l'accès aux aliments sains à faible coût, ce qui entraîne des troubles de santé comme le diabète, les problèmes dentaires et l'obésité, en plus de nuire à l'accès aux soins et au traitement pour les populations qui vivent dans des régions éloignées. Le Comité recommande par conséquent :

#### **Recommandation 26 :**

**Que Santé Canada, Affaires indiennes et du Nord canadien et l'Agence de la santé publique du Canada aient recours aux professionnels de la santé et aux agents de programmes compétents en sécurité alimentaire et en loisirs dans le cadre de leurs programmes au Nunavut.**

#### **Recommandation 27 :**

**Que le gouvernement du Canada envisage de poursuivre le financement de l'Initiative de viabilité du système de santé des**

---

255 L'hôpital local de Rankin Inlet.

**territoires et du Fonds de transport pour raison médicale au-delà de 2012.**

**Recommandation 28 :**

**Que le gouvernement du Canada, dans ses décisions de financement, continue de tenir compte des différences entre les difficultés des Inuits vivant dans le Nord et celles des populations des Premières nations au sud.**

**Recommandation 29 :**

**Au cours de sa mission d'étude au Nunavut, le Comité a entendu parler des difficultés que vivent les Inuits au Nunavut lorsqu'ils essaient d'obtenir des places dans les facultés de médecine des provinces; il souhaite donc porter la question à l'attention de l'Association des facultés de médecine du Canada et lui demander son avis à ce sujet.**





## CONCLUSION

---

Le Comité a appris que bon nombre d'initiatives novatrices sont en cours pour relever les défis des RHS au Canada, notamment en matière de collaboration interprofessionnelle (CIP), de technologie de l'information sur la santé, de modèles d'éducation en santé pour la médecine rurale, et de programmes de transition pour les étudiants autochtones et les professionnels de la santé formés à l'étranger. L'étude du Comité montre clairement qu'il faut faire preuve d'audace et d'envie de réussir en matière de RHS afin d'élaborer des solutions locales et originales mettant à contribution une vaste palette de professionnels de la santé, allant des sages-femmes aux gestionnaires de l'information sur la santé. Le Comité a appris que ces solutions novatrices ont été rendues possibles par la collaboration soutenue et les investissements financiers des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, dès les accords de 2003 et de 2004 sur la réforme de la santé. Il reste, cependant, qu'il est clair que l'obtention de résultats durables dans la résolution des défis des RHS au Canada requiert une collaboration durable des divers ordres de gouvernement, ainsi que le leadership du gouvernement fédéral qui devrait offrir des mécanismes de financement assurés et durables permettant : une réforme des soins primaires, l'accroissement de la capacité du système d'éducation en santé, l'intégration des professionnels en santé formés à l'étranger et l'accroissement des ressources humaines en santé autochtones. Le gouvernement fédéral doit être plus efficace dans sa promotion de la planification collaborative concernant les RHS en coopération avec les gouvernements intéressés, que ce soit au moyen de mécanismes existants ou de mécanismes nouvellement établis. Ses efforts de planification collaborative et ses initiatives de financement doivent en outre être liés à des cibles précises pour que l'on puisse mesurer les progrès. Enfin, le gouvernement fédéral a également un rôle à jouer dans la promotion d'une mutation culturelle vers la CIP en supprimant les barrières à la collaboration interprofessionnelle dans son territoire. Il doit, de surcroît, poursuivre ses efforts afin de garantir que les groupes clients dont il a la responsabilité directe ont accès aux professionnels de la santé dont ils ont besoin. Sans ces changements, la réforme de la santé au Canada restera un simple projet pilote.



## **LISTE DES RECOMMANDATIONS**

---

### **Recommandation 1 :**

**Que le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines se penche sur la possibilité et la pertinence soit d'élargir sa composition afin d'inclure un plus large éventail d'intervenants et d'étendre son mandat afin de permettre l'établissement d'un inventaire de données et des recherches relatives aux pratiques exemplaires permettant de relever le défi des RHS au Canada, soit de créer un nouvel observatoire national des ressources humaines en santé indépendant dont la composition élargie pourrait promouvoir la recherche et la collecte de données sur les RHS, servir d'outil efficace de diffusion des connaissances et définir les principales priorités en matière de recherche.**

### **Recommandation 2 :**

**Que le CCPSSRH fasse rapport sur la mise en œuvre du Cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, et, notamment, sur les progrès accomplis au regard de ses objectifs à court, à moyen et à long termes.**

### **Recommandation 3 :**

**Que Santé Canada songe sérieusement à fournir du financement à l'ICIS dans le cadre de sa Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé afin de lui permettre :**

- d'élargir sa collecte de données pour qu'elle comprenne l'information sur le profil démographique et l'emploi de toutes les catégories de professionnels de la santé;**
- de refaire le recensement national des RHS aussi souvent que nécessaire pour qu'il reste à jour.**

### **Recommandation 4 :**

**Que les ministères et organismes fédéraux compétents travaillent en étroite collaboration avec l'ICIS à établir un ensemble minimal de données pour la planification des RHS à l'intention de tous les groupes clients fédéraux, dont les Premières nations et les Inuits, la GRC, les anciens combattants, les membres des Forces canadiennes, les immigrants et les réfugiés, et les détenus sous responsabilité fédérale.**

**Recommandation 5 :**

**Que le gouvernement fédéral songe sérieusement à accorder à l'ICIS des fonds pour concevoir des mécanismes visant à soutenir la recherche clinique dans le domaine des RHS, voyant là une façon d'attirer et de retenir des professionnels de la santé au Canada.**

**Recommandation 6 :**

**Que le gouvernement fédéral continue de financer le Conseil canadien de la santé et l'ICIS afin qu'ils déterminent la meilleure combinaison de professionnels de la santé, rémunérés et non rémunérés, dans différentes collectivités et pour divers groupes de population.**

**Recommandation 7 :**

**Que le gouvernement fédéral se penche sur les barrières systémiques à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle dans son territoire, y compris ses responsabilités comme employeur de la fonction publique fédérale et les avantages et les services de soins de santé qu'il offre aux groupes clients fédéraux, dont les Premières nations et les Inuits, la GRC, les anciens combattants, les immigrants et les réfugiés, les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des Forces canadiennes.**

**Recommandation 8 :**

**Que le gouvernement fédéral songe à la possibilité d'établir des mécanismes de financement durable consacrés à la promotion de la collaboration interprofessionnelle dans les provinces et les territoires.**

**Recommandation 9 :**

**Que Santé Canada continue de financer durablement les programmes de permis de transition et d'adaptation à l'intention des professionnels de la santé formés à l'étranger, ainsi que les programmes communautaires de préceptorat dans le cadre desquels des médecins en exercice évaluent et encadrent les diplômés en médecine étrangers.**

**Recommandation 10 :**

**Que Santé Canada travaille avec les acteurs concernés pour veiller à ce que les programmes de transition financés par le gouvernement fédéral offrant de la formation clinique supervisée sur une longue**

période soient inclus dans l'évaluation de la formation et des compétences des PSFE.

**Recommandation 11 :**

**Que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines réalise une étude approfondie sur les diplômés en médecine étrangers et l'accès à des postes de formation postdoctorale au Canada, se penchant notamment sur des questions comme les capacités et le financement des postes au sein du système d'éducation médicale ou des places en clinique supervisée, l'évaluation du système de jumelage en résidence pour ces diplômés et la situation des résidents titulaires de visas au sein du système; et que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines fasse rapport des constatations de son étude sur les postes de formation postdoctorale pour les diplômés en médecine étrangers.**

**Recommandation 12 :**

**Que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, tenant compte de la compétence culturelle préexistante des citoyens canadiens qui se rendent à l'étranger étudier la médecine, œuvre en collaboration avec les acteurs compétents afin de trouver des façons d'accélérer l'évaluation et l'intégration de ces médecins diplômés à l'étranger en vue de la formation postdoctorale en médecine au Canada.**

**Recommandation 13 :**

**Que le gouvernement du Canada lance une initiative afin de rapatrier les médecins canadiens qui pratiquent à l'étranger; une telle initiative pourrait ramener au pays jusqu'à 300 médecins.**

**Recommandation 14 :**

**Que le gouvernement du Canada envisage d'accorder un financement ciblé aux provinces et aux territoires pour qu'ils accroissent la capacité des écoles de médecine et des hôpitaux universitaires de jouer un rôle constructif afin d'intégrer les diplômés en médecine étrangers et les autres diplômés en médecine aux systèmes de santé.**

**Recommandation 15 :**

**Que le gouvernement du Canada tienne sa promesse de 2008 de financer 50 nouveaux postes de résidents par année pendant quatre ans, ce qui coûtera 40 millions de dollars.**

**Recommandation 16 :**

**Que le gouvernement du Canada envisage d'exiger que les médecins souhaitant immigrer au Canada inscrivent les résultats de l'examen d'évaluation du CMC dans leur demande d'immigration pour que le gouvernement du Canada puisse en tenir compte dans l'évaluation de leur candidature.**

**Recommandation 17 :**

**Que Santé Canada offre un financement assuré et durable aux ressources humaines en santé autochtones, ce qui inclut le soutien, par exemple, des programmes et des initiatives de transition, d'encadrement et d'information, les bourses d'études et le leadership dont font preuve des organismes dans ce domaine, ainsi que des initiatives qui favorisent le recrutement et le maintien d'une vaste palette de professionnels de la santé comme les sages-femmes, les représentants en santé communautaire, les guérisseurs traditionnels, les experts en promotion de la santé et les intervenants en toxicomanie.**

**Recommandation 18 :**

**Que Santé Canada revoie son modèle de financement axé sur les projets dans le cadre de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, afin de déterminer s'il répond aux besoins des intervenants de même qu'à ceux des communautés inuites et des Premières nations dans les réserves.**

**Recommandation 19 :**

**Que Santé Canada continue de se concentrer davantage sur le maintien des professionnels de la santé dans les communautés inuites et dans les réserves des Premières nations, tout en respectant les institutions et les initiatives existantes; et de régler, en particulier, les questions concernant les préoccupations culturelles et l'échelle salariale des professionnels de la santé dans ces communautés.**

**Recommandation 20 :**

**Que Santé Canada envisage d'intensifier sa collaboration avec Affaires indiennes et du Nord Canada, d'autres ministères concernés et des organismes comme l'Association des médecins autochtones du Canada, l'Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada et l'Organisation nationale de la santé du Canada, afin de promouvoir les carrières en sciences de la santé à tous les paliers d'éducation : primaire, secondaire et postsecondaire.**

**Recommandation 21 :**

**Que les membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé veillent à ce que le Groupe de travail sur la santé mentale qu'ils ont mis sur pied dispose de fonds suffisants pour examiner les problèmes communs liés aux ressources humaines en santé et à la prestation de services de santé mentale et de services de soutien, dont la gestion des cas, le recrutement et le maintien en fonction de professionnels de la santé mentale et les outils d'évaluation de la santé mentale.**

**Recommandation 22 :**

**Que la GRC continue de renforcer les éléments suivants de sa stratégie de développement du milieu de travail et de mieux-être : gestion des cas et collecte de données, formation des professionnels de la santé aux réalités des membres de la GRC, élaboration d'outils d'évaluation de la santé mentale, recrutement et maintien en fonction de professionnels de la santé mentale spécialisés dans les traumatismes.**

**Recommandation 23 :**

**Que Santé Canada tienne une conférence nationale sur la santé rurale afin que les différents intervenants puissent discuter de leurs pratiques exemplaires et formuler des recommandations quant à la santé rurale, à la formation et au recrutement de ressources humaines en santé.**

**Recommandation 24 :**

**Que Santé Canada cible des fonds afin d'appuyer des initiatives visant à accroître le nombre d'étudiants en santé rurale, notamment : des bourses d'études à l'intention des étudiants issus du milieu rural qui souhaitent faire carrière dans les régions rurales.**

**Recommandation 25 :**

**Que le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines FPT envisage de créer un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner, pour ensuite y réagir, les pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des RHS dans les régions rurales et éloignées, et, notamment, les lignes directrices et les recommandations présentées par le groupe d'experts de l'OMS lors de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2010.**

**Recommandation 26 :**

**Que Santé Canada, Affaires indiennes et du Nord canadien et l'Agence de la santé publique du Canada aient recours aux professionnels de la santé et aux agents de programmes compétents en sécurité alimentaire et en loisirs dans le cadre de leurs programmes au Nunavut.**

**Recommandation 27 :**

**Que le gouvernement du Canada envisage de poursuivre le financement de l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires et du Fonds de transport pour raison médicale au-delà de 2012. 66**

**Recommandation 28 :**

**Que le gouvernement du Canada, dans ses décisions de financement, continue de tenir compte des différences entre les difficultés des Inuits vivant dans le Nord et celles des populations des Premières nations au sud.**

**Recommandation 29 :**

**Au cours de sa mission d'étude au Nunavut, le Comité a entendu parler des difficultés que vivent les Inuits au Nunavut lorsqu'ils essaient d'obtenir des places dans les facultés de médecine des provinces; il souhaite donc porter la question à l'attention de l'Association des facultés de médecine du Canada et lui demander son avis à ce sujet.**



# ANNEXE A LISTE DES TÉMOINS

## 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3<sup>e</sup> SESSION

Organisations et individus	Date	Réunion
<p><b>À titre personnel</b></p> <p>Paulette Smith</p> <p><b>Ministère de la Défense nationale</b></p> <p>H.W. Jung, directeur général des services de santé, Commandant du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, médecin-chef des Forces canadiennes et médecin honoraire de la Reine</p> <p><b>Ministère des Anciens Combattants</b></p> <p>Janet Bax, directrice exécutive, Secrétariat de partenariat fédéral pour les soins de santé</p> <p>Hilary Flett, gestionnaire, Bureau des ressources humaines en santé, Secrétariat de partenariat fédéral pour les soins de santé</p> <p><b>Gendarmerie royale du Canada</b></p> <p>Rich Boughen, directeur général intérimaire, Santé et sécurité au travail</p> <p>Murray Brown, représentant des relations fonctionnelles, Santé et sécurité au travail</p> <p>Alain Tousignant, dirigeant principal adjoint, Ressources humaines et dirigeant principal de l'apprentissage, intérimaire</p>	2010/03/23	4
<p><b>Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada</b></p> <p>Rhonda Goodtrack, directrice de l'éducation, Secrétaire-trésorière</p> <p>Audrey-Claire Lawrence, directrice exécutive</p> <p><b>Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador</b></p> <p>Michel Deschênes, analyste des politiques</p> <p>Isabelle Verret, agente de programme, Initiative relative aux ressources humaines en santé autochtone</p> <p><b>Indigenous Physicians Association of Canada</b></p> <p>Marcia Anderson, ancienne présidente</p>	2010/03/25	5

<b>Organisations et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<p><b>Organisation nationale de la santé autochtone</b>  Valorie Whetung, directrice,  Centre des Premières nations</p>	2010/03/25	5
<p><b>Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire</b>  Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive</p>		
<p><b>École de médecine du nord de l'Ontario</b>  Roger Strasser, médecin</p>	2010/03/30	6
<p><b>Rural Ontario Medical Program</b>  Michelle Hunter, gestionnaire  Peter Wells, directeur exécutif</p>		
<p><b>Société de la médecine rurale du Canada</b>  Lee Teperman, agent d'administration  John Wootton, président-élu</p>		
<p><b>Alberta International Medical Graduates Association</b>  Chander Hariramani, trésorier,  Alberta  Ali Varastehpour, vice-président,  Edmonton</p>	2010/04/01	7
<p><b>Service canadien de jumelage des résidents</b>  Jim Boone, directeur général et chef de la direction</p>		
<p><b>Fédération des ordres des médecins du Canada</b>  Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction</p>		
<p><b>J.A. Hildes Northern Medical Unit</b>  Bruce Martin, médecin,  Faculté de médecine, Université du Manitoba</p>		
<p><b>Conseil médical du Canada</b>  Ian Bowmer, directeur général et chef de la direction</p>		
<p><b>Association canadienne des institutions de santé universitaires</b>  Glenn Brimacombe, président et directeur général  Jack Kitts, président du conseil,  Président et directeur général de l'Hôpital d'Ottawa</p>	2010/05/11	16
<p><b>Association des collèges communautaires du Canada</b>  Terry Anne Boyles, vice-présidente,  Affaires publiques</p>		

<b>Organisations et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<p><b>Association des collèges communautaires du Canada</b></p> <p>Rae Gropper, consultante</p> <p><b>Association canadienne des ergothérapeutes</b></p> <p>Elizabeth Steggles, professeure adjointe, Coordonnatrice de projet, École des sciences de la réadaptation, Université McMaster, Institute for Applied Health Sciences</p> <p><b>Association canadienne de santé publique</b></p> <p>Cordell Neudorf, président, Conseil d'administration</p> <p><b>Société canadienne de science de laboratoire médical</b></p> <p>Christine Nielsen, directrice exécutive</p> <p><b>Service correctionnel Canada</b></p> <p>Fraser Macaulay, commissaire adjoint intérimaire, Gestion des ressources humaines</p> <p>Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé</p> <p><b>Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration</b></p> <p>Lise Scott, directrice générale, Gestion de la santé</p>	2010/05/11	16
<p><b>Le Comité consultatif sur la prestation des soins de la santé et les ressources humaines</b></p> <p>Margo Craig Garrison, co-présidente fédérale</p> <p>Joshua Tepper, co-président provincial</p> <p><b>Ministère de la Santé</b></p> <p>Debra Gillis, directrice, Soins primaire, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits</p> <p>Abby Hoffman, sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale de la politique stratégique</p> <p>Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits</p>	2010/05/13	17
<p><b>Statistique Canada</b></p> <p>Gary Catlin, directeur général, Direction de la santé, de la justice et des enquêtes spéciales</p>	2010/05/13	17

---

<b>Organisations et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<b>Statistique Canada</b> Jeff Latimer, directeur, Division de la statistique de la santé Sylvain Tremblay, analyste principal, Chef de la section, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	2010/05/13	17

# ANNEXE B LISTE DES TÉMOINS

## 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2<sup>e</sup> SESSION

Organisations et individus	Date	Réunion
<p><b>À titre personnel</b></p> <p>Mary Fernando, médecin</p> <p>Merrilee Fullerton, médecin</p> <p>Peter Kuling, médecin</p> <p><b>Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration</b></p> <p>Corinne Prince St-Amand, directrice générale, Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers</p> <p><b>Ministère de la Santé</b></p> <p>Kathryn McDade, directrice générale, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique, le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines</p> <p>Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits</p> <p><b>Ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences</b></p> <p>Brendan Walsh, gestionnaire, Mobilité de la main-d'oeuvre, Portal de l'immigration</p> <p>Carol White, directrice générale, Intégration au marché du travail</p>	2009/04/02	14
<p><b>Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé</b></p> <p>Maureen O'Neil, présidente-directrice générale</p> <p><b>Institut canadien d'information sur la santé</b></p> <p>Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes et Directeur exécutif régional du Québec</p> <p>Francine Anne Roy, directrice, Information sur les ressources de santé</p> <p><b>Instituts de recherche en santé du Canada</b></p> <p>Alain Beaudet, président</p> <p><b>Conseil canadien de la santé</b></p> <p>JohnG. Abbott, chef de la direction</p> <p>Jeanne Besner, présidente</p>	2009/04/23	16

<b>Organisations et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<p><b>Association chiropratique canadienne</b></p> <p>Deborah Kopansky-Giles, professeure associée, Canadian Memorial Chiropractic College</p> <p>Richard Valade, président</p>	2009/04/28	17
<p><b>Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers</b></p> <p>Linda Silas, présidente</p>		
<p><b>Association médicale canadienne</b></p> <p>Owen Adams, secrétaire général adjoint, Direction de la recherche, des politiques et de l'éthique</p> <p>Robert Ouellet, président</p>		
<p><b>Association des infirmières et infirmiers du Canada</b></p> <p>Lisa Little, directrice, Politiques publiques</p> <p>Kaaren Neufeld, présidente</p>		
<p><b>Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada</b></p> <p>Danielle Fréchette, directrice, Politiques de la santé et appui à la gouvernance</p> <p>Andrew Padmos, directeur général</p>		
<p><b>Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration</b></p> <p>Helga Loechel, directrice, Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers</p>	2009/11/02	41
<p><b>Ministère de la Santé</b></p> <p>Kathryn McDade, directrice générale, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique</p>		
<p><b>Ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences</b></p> <p>Jean-François LaRue, directeur général, Intégration au marché du travail</p>		
<p><b>Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé</b></p> <p>Jack McCarthy, président</p>	2009/11/18	44
<p><b>Collège des médecins de famille du Canada</b></p> <p>John Maxted, directeur général associé, Politiques publiques et de la santé</p>		

<b>Organisations et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<p><b>Réseau local d'intégration des services de santé</b>  Gary Switzer, président-directeur général,  Erie St.Clair</p>	2009/11/18	44
<p><b>Association des facultés de médecine du Canada</b>  Nick Busing, président-directeur général  Steve Slade, vice-président,  Recherche et analyse</p>	2009/11/25	46
<p><b>Association canadienne des docteurs en naturopathie</b>  David Lescheid, conseiller scientifique,  Comité des relations gouvernementales  Paul Saunders, vice-président,  Comité des relations gouvernementales</p>		
<p><b>Association des pharmaciens du Canada</b>  Jeff Poston, directeur exécutif</p>		
<p><b>Association canadienne de physiothérapie</b>  Michael Brennan, chef de la direction</p>		
<p><b>BIOTECanada</b>  Peter Brenders, président et chef de la direction</p>	2009/12/07	49
<p><b>Alberta International Medical Graduates Association</b>  Nicodeme Mugisho-Demu, vice-président,  Calgary</p>	2009/12/09	50
<p><b>Service canadien de jumelage des résidents</b>  Sandra Banner, directrice générale et chef de la direction</p>		
<p><b>Fédération des ordres des médecins du Canada</b>  Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction</p>		
<p><b>Conseil médical du Canada</b>  Ian Bowmer, directeur général et chef de la direction</p>		





**ANNEXE C  
LISTE DES MÉMOIRES**

**40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 3<sup>e</sup> SESSION**

---

**Organisations et individus**

---

**Association canadienne de santé publique**

**Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada**

**Association for Access to Health Care Services**

**Ministère des Anciens Combattants**

**Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire**

**Rural Ontario Medical Program**

**Société de la médecine rurale du Canada**



# ANNEXE D LISTE DES MÉMOIRES

## 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2<sup>e</sup> SESSION

---

### Organisations et individus

---

Association canadienne de physiothérapie  
Association canadienne des docteurs en naturopathie  
Association canadienne des ergothérapeutes  
Association chiropratique canadienne  
Association des facultés de médecine du Canada  
Association des infirmières et infirmiers du Canada  
Association des pharmaciens du Canada  
Association médicale canadienne  
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada  
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers  
Fernando, Mary  
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé  
Groupe d'intervention action santé (HEAL)  
Institut canadien d'information sur la santé



# 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 de la 40<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session ([séances nos 14, 16, 17, 41, 44, 46, 49 et 50](#)) est déposé.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 40<sup>e</sup> législature, 3<sup>e</sup> session ([séances nos 4, 5, 6, 7, 16, 17, 19, 21 et 25](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Joy Smith, députée



## **La maladie incurable d'Ottawa : l'ingérence.**

Le Bloc Québécois tient avant toute chose à remercier toutes les personnes et tous les groupes du Québec et du Canada qui ont témoigné devant le comité sur le dossier des ressources humaines en santé (RHS). Évidemment, le Bloc Québécois s'interroge sur la pertinence qu'un tel sujet soit étudié à la Chambre des communes.

Il constate que dans son rapport, le Comité permanent de la santé « a également convenu de respecter, dans le cadre de son étude, la complexité des questions de compétences liées aux RHS, et, notamment, le fait que la province de Québec, considérant que la planification des ressources humaines en santé relève de sa responsabilité exclusive, ne participe pas aux initiatives pancanadiennes actuellement en cours en matière de RHS ». La suite logique aurait été d'exclure explicitement le Québec des recommandations du rapport. Or, malgré la force de l'évidence, le Bloc Québécois a essuyé un refus catégorique de la part des partis fédéralistes.

Force pour nous est de constater une fois de plus qu'Ottawa est atteint d'une maladie incurable : l'ingérence. Il est incontestable que le fossé ne fait que s'élargir entre le Québec et le reste du Canada. Ces deux visions irréconciliables s'affrontent inlassablement, celle qui, d'un côté, cherche à s'immiscer là où aucun pouvoir ne lui est dévolu, et celle qui, de l'autre côté, doit constamment se défendre contre ces atteintes à sa souveraineté. Qu'on se le tienne pour dit : les services de santé ont toujours été et demeurent une compétence exclusive du Québec, peu importe l'enjeu en question.

### **1. Les ressources humaines en santé: un défi de taille**

Bien entendu, les membres du Bloc Québécois reconnaissent le défi que présentent les pénuries des ressources humaines en santé (RHS) au Québec et au Canada. En 2009, au Québec seulement, il restait environ 5 000 postes à combler<sup>1</sup> dans les milieux de la santé, et les besoins à cet égard ne cessent de grandir, notamment vu le vieillissement croissant de la population.

Dans son rapport, le Comité permanent de la santé suggère des mesures que le gouvernement fédéral pourrait prendre en matière des RHS. Or, et il semble que le Bloc Québécois ne l'ait pas assez répété, la planification des RHS relève exclusivement des compétences du Québec. En témoignant devant le Comité, Joshua Tepper, co-président provincial du Comité consultatif sur la prestation des soins de la santé et les ressources humaines, notait d'ailleurs que « à de nombreux

---

1

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/248460/penurie-de-main-d-oeuvre-le-pire-est-a-venir>

égards, le Québec est un leader en matière de ressources humaines en santé »<sup>2</sup>. Non seulement celui-ci a-t-il toujours été exclu des accords en matière de RHS, mais il a déjà adopté diverses mesures afin de remédier à la pénurie de la main d'œuvre qualifiée en santé sur son territoire.

## 2. Une question de compétences

Il convient de rappeler quelques faits. Lors de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le Québec a décidé de ne pas prendre part à l'élaboration du *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* dont le but était de déterminer les besoins des provinces en matière de RHS et d'établir la *Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé*. Cet accord a mené à l'adoption du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux en septembre 2004.

Le Québec, quant à lui, a signé une entente distincte dans le cadre de cet accord avec le Canada afin qu'il puisse « exercer lui-même ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire<sup>3</sup> ». Le Québec remplit déjà ses obligations à cet égard puisque plusieurs mécanismes de coopération sont en place, notamment par le biais de tables de concertation FPT<sup>2</sup>, d'ententes formelles et spécifiques et par l'entretien de contacts réguliers et constants avec les administrations des autres provinces et du gouvernement fédéral.

Bref, il revient au Québec d'établir ses propres stratégies en matière des ressources humaines afin, entre autres, de réduire les délais d'attente et de voir à la pénurie de la main d'œuvre qualifiée en santé. Malgré tout, le Québec est ouvert à un échange d'information et de pratiques exemplaires avec d'autres administrations à cet égard, notamment avec l'Institut canadien d'information.

## 3. Agir à l'intérieur de ses compétences

Le rapport du Comité permanent de la santé convient de la complexité du problème de la gestion des RSH au Canada étant donné que le Québec « ne participe pas aux initiatives pancanadiennes actuellement en cours en matière de RHS ». Pourtant, malgré toutes les tentatives du Bloc Québécois d'en venir à un compromis, le comité refuse catégoriquement d'exclure, par volonté de l'affaiblir ou par inconscience, le Québec du rapport. Le Bloc Québécois se voit ainsi dans

---

2

<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=4531758&Language=F&Mode=1&Parl=40&Ses=3>

3

« Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec », Santé Canada, 15 septembre 2004, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi\\_quebec-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi_quebec-fra.php)



l'obligation de contester la vaste majorité des recommandations qui s'ingèrent directement dans les compétences du Québec.

Bien entendu, le Bloc Québécois reconnaît et se réjouit du fait que le Comité se soit penché de façon sérieuse sur les domaines dont il est responsable. Il déplore malgré tout que le Comité ait, encore une fois, dévié de son mandat original en matière de santé qui sert notamment à offrir des services à certains groupes comme les communautés autochtones, les anciens combattants, le personnel militaire, les détenus des pénitenciers fédéraux et la GRC.

Au lieu de chercher à étendre son champ d'action alors qu'il n'en a pas l'expertise, le gouvernement fédéral aurait dû se limiter à son approche auprès de ses propres clientèles comme chez les Premières nations et les Inuits, où la pénurie des RHS se fait beaucoup plus sentir que dans le reste de la population canadienne. Dès lors, les défis sont grands pour le gouvernement fédéral, constitutionnellement responsable d'assurer les soins de santé de ces populations.

#### **4. Le pouvoir de dépenser**

Le rapport fait aussi mention du prétendu « pouvoir de dépenser » du gouvernement fédéral dans la section du Rôle du gouvernement fédéral. Il est mentionné que le fédéral peut intervenir dans le domaine de la santé en raison de ce pouvoir que lui confère la Constitution. Or, le Québec a toujours estimé que ce prétendu « pouvoir de dépenser » n'existe tout simplement pas et que les interventions fédérales dans les domaines relevant de la compétence du Québec sont inconstitutionnelles. Les gouvernements du Québec ont toujours contesté cette vision du fédéralisme. Bref, le Bloc Québécois ne pouvait passer sous silence cette fausse vérité contenu dans le rapport.

#### **5. Une démarche déjà bien entamée au Québec**

Le Québec mène déjà ses propres initiatives et doit obtenir sa juste part du financement destiné aux initiatives fédérales en matière de ressources humaines, en toute conformité avec ses compétences constitutionnelles et le plan décennal de 2004. Voici trois exemples de mesures implantées au Québec à ce titre.

##### **i) Reconnaissance des titres de compétence étrangers**

En comité, Corinne Prince St-Amand, directrice générale du Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, rappelait clairement : « Au Canada, l'évaluation et

la reconnaissance des titres de compétences est du ressort des provinces et territoires<sup>4</sup>. »

Au Québec, la reconnaissance des compétences des médecins est exclusivement dévolue au Collège des médecins du Québec (CMQ) et celui-ci a des critères particuliers à faire respecter, notamment la maîtrise de la langue française. Le gouvernement fédéral n'a simplement aucune légitimité pour outrepasser la compétence exclusive du Québec afin de modifier le processus de reconnaissance des compétences des médecins étrangers qui veulent pratiquer en territoire québécois.

Au sujet de la pénurie de médecins, le Québec est en négociation avec certaines provinces, dont l'Ontario, et la France afin de permettre la mobilité de la main d'œuvre. Le 17 octobre 2008, le Québec signait l'Entente Québec-France sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, une première entre l'Europe et l'Amérique. Les Ordres professionnels du Québec, des autres provinces et de la France devront s'entendre sur la reconnaissance de leurs compétences, incluant les études postsecondaires nécessaires, et de la formation additionnelle qui serait nécessaire à leur reconnaissance. À ce jour, les négociations ont permis de signer des Arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM) pour 54 professions et métiers entre la France et le Québec<sup>5</sup>. Ces dispositions font partie du champ de compétence des provinces et le fédéral ne peut s'ingérer dans celles-ci.

## ii) Recrutement en région rurale et éloignée

La sous-représentation des groupes à faible niveau socioéconomique et rurale au sein des écoles de médecine menace un système de soins accessible et de qualité pour toute la population canadienne, notamment en région. Cependant, le Québec connaît une situation légèrement différente, notamment grâce au gel des frais liés aux droits de scolarité et à des initiatives cherchant à accroître la main-d'œuvre qualifiée en région.

En 2003, par exemple, le gouvernement du Québec a instauré un crédit d'impôt visant à attirer des jeunes diplômés en région pour y occuper un emploi et à contrer l'exode des jeunes et la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Ce crédit d'impôt équivaldrait à 40% du salaire reçu la première année par le jeune diplômé admissible, pour un maximum de 8 000\$. Très populaire, environ 10 000 personnes par année se prévalent de ce programme depuis sa mise en place, dont

---

4

<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=3806734&Language=F&Mode=1&Parl=40&Ses=2>

5

« Mobilité de la main-d'oeuvre — Le premier *ministre* du Québec et la consule générale de France annoncent la signature de 26 nouveaux ARM entre le Québec et la France », Canada Newswire, 3 juin 2010.

la grande majorité ne se serait peut-être pas installée en région pour y occuper un premier emploi à la fin de ses études si ce n'était grâce à cette mesure québécoise.

Pour continuer à attirer la relève en région, le Bloc Québécois a déposé deux fois un projet de loi visant à introduire un crédit d'impôt pour les nouveaux diplômés travaillant en région en s'inspirant du modèle développé au Québec. Le projet de loi C-288 est d'ailleurs présentement étudié au Sénat. De plus, afin que les études en médecine restent accessibles à toute la population québécoise, le Bloc Québécois réitère sa demande voulant que le gouvernement fédéral transfère au Québec le manque à gagner de 800 millions de dollars dans le cadre du Transfert canadien en matière de programmes sociaux.

### **iii) Recherche clinique**

Évidemment, qu'il s'agisse de la recherche fondamentale ou clinique dans le domaine de la santé, celle-ci relève également du Québec et des provinces. Pour le Bloc Québécois, la recherche constitue une des voies les plus prometteuses et doit être supportée. En ce sens, il réclame que le gouvernement fédéral augmente de façon substantielle les budgets alloués à la recherche et les transfère au Québec afin que celui-ci puisse les distribuer selon ses propres orientations et modalités.

En Comité, même le président des Instituts de recherche en santé du Canada, Alain Beaudet, confirmait la nécessité de respecter les champs de compétence du Québec et des provinces. « Si on veut mener une recherche clinique efficace en services de santé, en épidémiologie en particulier, on ne peut le faire qu'en étroite collaboration avec les provinces [...] Au Québec, c'est le Fonds de la recherche en santé du Québec<sup>6</sup> ». Pour le Bloc Québécois, il s'agit du strict minimum; l'argent investi en recherche devant être transféré au Québec, et ce, sans conditions.

Bref, les arguments ne manquent pas pour démontrer la constante volonté du gouvernement fédéral de s'immiscer dans une compétence qui relève clairement du Québec et des provinces. C'est ainsi que le Bloc Québécois en vient à la conclusion que le gouvernement fédéral est bel et bien atteint de l'ingérence, une maladie incurable.

### **Le Bloc Québécois recommande donc:**

- **Que si le gouvernement fédéral entreprend des actions pour pallier au manque de ressources humaines en santé, ces actions ne soient pas contraignantes pour le Québec;**

---

6

<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=3810879&Language=F&Mode=1&Parl=40&Ses=2>

- **Que les initiatives du gouvernement fédéral en matière de ressources humaines en santé doivent être assorties d'un droit de retrait avec pleine compensation et ce, sans conditions pour le Québec.**