



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

VENIR À BOUT DE LA CRISE DES EFFECTIFS DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

Rapport du Comité permanent de la santé

Sean Casey, président

**MARS 2023
44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION**

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : www.noscommunes.ca

**VENIR À BOUT DE LA CRISE DES EFFECTIFS DU
SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA**

**Rapport du Comité permanent
de la santé**

**Le président
Sean Casey**

MARS 2023

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

AVIS AU LECTEUR

Rapports de comités présentés à la Chambre des communes

C'est en déposant un rapport à la Chambre des communes qu'un comité rend publiques ses conclusions et recommandations sur un sujet particulier. Les rapports de fond portant sur une question particulière contiennent un sommaire des témoignages entendus, les recommandations formulées par le comité et les motifs à l'appui de ces recommandations.

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENT

Sean Casey

VICE-PRÉSIDENTS

Stephen Ellis

Luc Thériault

MEMBRES

Don Davies

Laila Goodridge

Brendan Hanley

Matt Jeneroux

Majid Jowhari

Robert Kitchen

Marcus Powlowski

Sonia Sidhu

Adam van Koeverden

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Michael Barrett

Bob Benzen

Luc Berthold

Blaine Calkins

Scot Davidson

Todd Doherty

Jean-Denis Garon

Ken Hardie

Randy Hoback

Shelby Kramp-Neuman

Stephanie Kusie

Hon. Mike Lake

Ron Liepert

Wayne Long
Ken McDonald
Brad Redekopp
Terry Sheehan
Warren Steinley
Jenna Sudds
Leah Taylor Roy
Corey Tochor
Rechie Valdez
Len Webber
Ryan Williams
Bob Zimmer

GREFFIERS DU COMITÉ

Naaman Sugrue
Patrick Williams

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Services d'information, d'éducation et de recherche parlementaires

Sarah Dodsworth, analyste
Kelly Farrah, analyste
Sonya Norris, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

DIXIÈME RAPPORT

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

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	1
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	3
VENIR À BOUT DE LA CRISE DES EFFECTIFS DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA	7
Introduction.....	7
Professions dans le secteur canadien de la santé.....	7
La situation des effectifs du secteur de la santé au Canada.....	10
Les effectifs au Canada avant la pandémie de COVID-19.....	10
Santé mentale	12
Nombre de professionnels de la santé.....	13
Les répercussions de la pandémie sur les effectifs du secteur de la santé au Canada.....	17
Donner un nouveau souffle aux effectifs du secteur de la santé au Canada	22
Travailleurs de la santé formés à l'étranger.....	23
Capacité de former des professionnels de la santé	28
Permis d'exercice pancanadien.....	31
Collecte et accessibilité des données.....	33
Modèles novateurs de prestation des soins de santé.....	35
Outils virtuels.....	37
Soutiens et incitatifs financiers pour les travailleurs de la santé.....	39
Travailleurs de la santé dans les régions rurales et éloignées.....	41
Fardeau administratif.....	42
Programmes d'aide en santé mentale à l'intention des professionnels de la santé	44
Organisme indépendant responsable des effectifs du secteur de la santé.....	45
Augmentation des dépenses fédérales en santé.....	46

Conclusion	48
ANNEXE A LISTE DES TÉMOINS	49
ANNEXE B LISTE DES MÉMOIRES.....	53
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	55
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS	57
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA	59

SOMMAIRE

Les effectifs du secteur de la santé au Canada sont en crise. Le stress de la pandémie de COVID-19 a amplifié les difficultés qui assaillaient déjà le réseau de la santé, entraînant une pénurie généralisée de personnel, ainsi que l'épuisement et le surmenage des professionnels de la santé. Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (le Comité) a consacré sept réunions à une étude sur les effectifs du secteur de la santé au Canada pour déterminer comment il serait possible de venir à bout de la crise. Il s'est concentré sur le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. Le Comité a entendu les témoignages de représentants d'organismes nationaux et régionaux de professionnels de la santé, d'établissements d'enseignement et d'organismes sans but lucratif, ainsi que de professionnels de la santé individuels et d'autres intervenants du secteur.

De vive voix et par écrit, les témoins ont décrit l'ampleur de la crise des effectifs dans le réseau de la santé au Canada. Les témoignages ont fait ressortir l'existence de problèmes de longue date dans ce domaine qui ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19, en particulier la pénurie de professionnels de la santé, ainsi que les problèmes de santé mentale que vivent les professionnels de la santé en exercice. Des témoins ont déclaré que la sortie de crise passe par des solutions à court et à long terme et que le gouvernement fédéral aura un rôle à jouer pour rebâtir les effectifs en santé au Canada. Ils ont proposé diverses solutions afin de donner un nouveau souffle aux effectifs du réseau de la santé au Canada, que ce soit le recrutement et la formation de travailleurs de la santé formés à l'étranger, l'autorisation d'exercer à l'échelle du Canada, l'amélioration de la collecte de données et l'adoption de modèles novateurs de prestation de soins de santé, ou divers soutiens et incitatifs financiers pour les travailleurs de la santé.

Ce rapport souligne les constatations du Comité et présente 20 recommandations dont le gouvernement fédéral pourrait s'inspirer pour collaborer avec les provinces, les territoires, les peuples autochtones et les acteurs du secteur de la santé afin de remédier à ce problème pressant. Voici quelques-unes des initiatives recommandées : augmentation du nombre de postes de résidence offerts tout particulièrement aux médecins de famille et aux médecins diplômés à l'étranger; amélioration et élargissement des voies d'accès au permis d'exercice pour les médecins étrangers; établissement d'un permis d'exercice pancanadien pour les professionnels de la santé; élaboration d'une stratégie pancanadienne en matière de données sur la santé pour améliorer la collecte de telles données, l'accès à celles-ci, leur communication et leur

utilisation; mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne en matière de santé mentale pour les travailleurs de la santé.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

À l'issue de leurs délibérations, les comités peuvent faire des recommandations à la Chambre des communes ou au gouvernement et les inclure dans leurs rapports. Les recommandations relatives à la présente étude se trouvent énumérées ci-après.

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et consulte les organismes qui recrutent des travailleurs de la santé formés à l'étranger, ainsi qu'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, au besoin, afin de simplifier le processus de recrutement dans des pays connus pour former des travailleurs de la santé en nombre supérieur à leurs besoins. 28

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires pour offrir davantage de postes de résidence aux diplômés étrangers en médecine. 28

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires et les organismes de réglementation professionnels afin d'améliorer et d'élargir les voies d'accès au permis d'exercer pour les médecins étrangers qui ont déjà terminé leur résidence et qui ont exercé la médecine à l'étranger, comme l'Évaluation de la préparation à la pratique (EPP) de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNA) et d'autres initiatives similaires. 28

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada soutienne les voies d'accès accéléré pour l'obtention du permis d'exercice par les professionnels de la santé formés à l'étranger. 28

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces, les territoires et les organismes de réglementation professionnels afin de faciliter l’octroi de permis et, au besoin, l’éducation et la formation supplémentaires nécessaires à l’octroi de permis au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé qui travaillent dans des domaines où les programmes existants ne permettent pas de combler les pénuries de main-d’œuvre. 31

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires pour augmenter le nombre de postes de résidence, en particulier en médecine familiale..... 31

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les organismes de réglementation professionnels pour établir un permis d’exercice pancanadien pour les professionnels de la santé. 33

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada travaille de concert avec les provinces, les territoires et les organismes de réglementation professionnels afin d’optimiser le champ d’exercice des professionnels des soins primaires, y compris les infirmiers praticiens et pharmaciens..... 33

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les peuples autochtones, poursuive son travail d’élaboration d’une stratégie pancanadienne de données sur les effectifs de la santé afin d’améliorer la collecte, l’accès, l’échange et l’utilisation des données sur la santé au Canada et de jeter les bases d’un système de données sur la santé de classe mondiale..... 34

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires à la création et à la mise en œuvre d’une stratégie pancanadienne sur les ressources humaines dans le domaine de la santé afin de faciliter la détection des pénuries de main d’œuvre et la prise de mesures correctives efficaces. 35

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada, en consultation avec les provinces et les territoires, et conseillé par une gamme diversifiée d’experts du secteur de la santé, élabore une stratégie nationale sur la promotion et la mise en œuvre d’équipes de soins de santé efficaces à l’échelle de la société canadienne, afin que les problèmes des patients soient traités par le bon membre de l’équipe, et que les patients obtiennent les meilleurs soins possibles. 37

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires à l’étude et à la mise en commun des pratiques exemplaires en matière de rémunération selon d’autres modalités, en vue plus précisément de soulager l’épuisement des médecins. 37

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires pour élargir l’accès aux soins de longue durée en établissement, aux soins à domicile et aux soins palliatifs. 37

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires à améliorer les stratégies de santé préventive au Canada et augmente les investissements fédéraux dans les mesures de santé préventive..... 37

Recommandation 15

Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires, ainsi qu’avec les peuples autochtones et les intervenants, pour développer l’infrastructure numérique et apporter d’autres améliorations au système, afin d’accroître l’accès à des soins virtuels sûrs et de haute qualité, comme il convient. 39

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, utilise les pouvoirs qui relèvent de sa compétence, ou combine les deux solutions, pour créer des incitatifs au maintien en poste des travailleurs de la santé, afin d’encourager ceux-ci à rester ou à retourner au travail, ce qui aidera à remédier à la crise de la main-d’œuvre. 41

Recommandation 17

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires pour offrir des incitatifs permettant d’attirer plus de médecins vers la médecine familiale et de les retenir..... 41

Recommandation 18

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires à la mise au point de stratégies pour recruter, former et soutenir adéquatement les travailleurs de la santé dans les collectivités rurales, éloignées et du Nord. 42

Recommandation 19

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les provinces, les territoires, les peuples autochtones et les intervenants, assure la mise en commun des pratiques exemplaires visant à réduire les fardeaux administratifs pour les professionnels de la santé, comme il convient, afin de s’assurer que le temps n’est pas inutilement retiré aux patients, et de réduire le rôle important des charges administratives dans l’épuisement professionnel..... 43

Recommandation 20

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires pour mettre en œuvre une stratégie pancanadienne de la santé mentale pour les travailleurs de la santé. 45



VENIR À BOUT DE LA CRISE DES EFFECTIFS DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

INTRODUCTION

Le 9 février 2022, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (le Comité) a adopté une motion pour entreprendre une étude sur les ressources humaines du secteur de la santé au Canada et se pencher sur des initiatives que l'on pourrait prendre pour leur donner un nouveau souffle. La motion énonce, en partie :

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, et compte tenu de l'épuisement et du surmenage des professionnels de la santé, le Comité entreprenne une étude sur la façon dont le gouvernement fédéral peut faciliter le recrutement et le maintien en poste de médecins, d'infirmiers, d'infirmiers praticiens et d'autres prestataires de soins dans le système de santé public [...]¹

Le Comité a tenu sept réunions du 16 février au 9 mai 2022, entendu 43 témoins et reçu 22 mémoires. Le présent rapport présente les fournisseurs de soins de santé du Canada, décrit la situation des effectifs du secteur de la santé au pays avant la pandémie de COVID-19 et recense les répercussions qu'a eues cette dernière sur eux. Enfin, il fournit une description de solutions envisagées par les témoins, suivie de recommandations à l'intention du gouvernement fédéral pour donner un nouveau souffle aux effectifs du secteur de la santé au Canada.

PROFESSIONS DANS LE SECTEUR CANADIEN DE LA SANTÉ

Le Réseau canadien des personnels de santé mentionne que « le personnel clinique de première ligne qui travaille directement avec les patients, le personnel qui lui fournit du soutien et le personnel qui gère les effectifs et le système de santé² » font partie des effectifs de la santé du Canada. Selon cette interprétation, les effectifs ne se limitent pas aux professionnels de la santé comme les médecins, les infirmiers et les pharmaciens, entre autres. Ils comprennent également le personnel de bureau, le personnel administratif, les services d'entretien et les gestionnaires. Bien que l'étude du Comité se

1 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes [HESA], *Procès-verbal*, 9 février 2022.

2 Ivy Lynn Bourgeault, Caroline Chamberland-Rowe et Chantal Demers, *Introduction to the Health Workforce in Canada*, « Introduction », Réseau canadien des personnels de santé, 2021, p. 2 [TRADUCTION].



soit concentrée sur le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, des témoins ont souligné l'importance d'inclure le personnel qui fournit du soutien aux travailleurs de la santé lors de la mise en œuvre de stratégies visant à augmenter les effectifs du secteur de la santé au Canada.

La liste des professionnels de la santé est longue, et le Comité a appris que ces professionnels représentent plus de 10 % de la main-d'œuvre canadienne³. Les soins de santé, autrefois limités aux rendez-vous médicaux et aux admissions à l'hôpital, englobent maintenant un vaste éventail d'interventions en matière de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi liés à une multitude de maladies et d'affections. La plupart des professions de la santé sont soumises à une réglementation, qui relève des provinces, mais certaines d'entre elles, comme les préposés aux services de soutien à la personne, ne le sont pas. Le tableau 1 résume l'éventail des professions de la santé qui forment les effectifs de la santé du Canada.

Tableau 1 — Professions de la santé au Canada

Profession	Nombre de programmes	Nombre d'étudiants par année	Réglémentée/Non réglémentée
Audiologiste/Orthophoniste	17	N/d	Réglémentée – C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., T.-N.-L. et N.-É.
Chiropraticien	2	200	Réglémentée
Agent de santé communautaire/Préposé aux services de soutien à la personne	N/d	N/d	Non réglémentée
Assistant, hygiéniste et thérapeute dentaires	Plus de 130	N/d	Réglémentée
Dentiste, chirurgien-dentiste et spécialiste des soins dentaires	10	491	Réglémentée
Denturologiste	6	N/d	Réglémentée
Diététiste	16	N/d	Réglémentée – C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., Î.-P.-É., T.-N.-L. et N.-É.

3 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1625 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers).

Profession	Nombre de programmes	Nombre d'étudiants par année	Réglémentée/Non réglémentée
Technologue de laboratoire médical	32	N/d	Réglémentée – Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É. et T.-N.-L.
Technologue en radiation médicale	45	N/d	Réglémentée – Alb., Sask., Ont., Qc, N.-B. et N.-É.
Sage-femme	6	N/d	Réglémentée – C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., T.-N.-L., T.N.-O. et Nun.
Infirmier	59 établissements et de nombreux programmes	N/d	Réglémentée
Ergothérapeute	14	773	Réglémentée – C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î.-P.-É. et T.-N.-L.
Optométriste/opticien	2	136	Réglémentée
Ambulancier	N/d	N/d	Réglémentée
Pharmacien, technicien en pharmacie	10	N/d	Réglémentée
Auxiliaire médical	4	N/d	Réglémentée – Man., N.-B. et Alb.
Médecin et chirurgien	17	2 900	Réglémentée
Physiothérapeute	15	Plus de 486	Réglémentée
Psychologue	23	Plus de 156	Réglémentée
Inhalothérapeute	24	N/d	Réglémentée – Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É. et T.-N.-L.

Note : N/d signifie « Non disponible ».

Source : Produit par la Bibliothèque du Parlement à partir de renseignements contenus dans Ivy Lynn Bourgeault (dir.), *Introduction to the Health Workforce in Canada*, Réseau canadien des personnels de santé, 2021.

Certaines de ces professions comportent des sous-catégories. Les soins infirmiers, par exemple, comprennent les infirmiers autorisés, les infirmiers auxiliaires autorisés, les



infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmiers praticiens⁴. Par ailleurs, la catégorie des médecins et des chirurgiens comprend des dizaines de spécialités et de sous-spécialités⁵.

LA SITUATION DES EFFECTIFS DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

Au cours de cette étude, le Comité a entendu divers témoins évoluant dans différentes professions de la santé. Il est ressorti de leurs témoignages que les effectifs du secteur de la santé au Canada traversent une crise. Voici ce qu'ils avaient à dire :

Il s'agit de la plus grande crise que nous ayons jamais connue dans le secteur de la santé. [...] Avant la pandémie, notre système de soins de santé battait déjà de l'aile. Aujourd'hui, il est plus fragile que jamais. Pire encore, les personnes qui prennent soin des patients finissent par quitter la profession tant elles sont épuisées. Cela ne manquera pas de toucher tous les Canadiens et toutes les Canadiennes, de mettre leur santé et leur accès aux soins en péril. La crise a pris une ampleur telle qu'aucune province et aucun territoire ne pourra la traverser sans aide⁶.

Le moment est critique pour les infirmières et infirmiers ainsi que pour les gens dont nous prenons soin. Cela fait des années que nous voyons venir la crise qui nous frappe. Si nous n'agissons pas maintenant, nous risquons une défaillance complète de notre précieux système universel de soins de santé publique⁷.

Le statu quo n'est clairement plus viable. Le défaut d'agir dès maintenant entraînera une diminution de la qualité des soins, une augmentation des temps d'attente et une aggravation des résultats en matière de santé⁸.

L'ampleur de la crise des effectifs du secteur de la santé est examinée en détail plus bas.

Les effectifs au Canada avant la pandémie de COVID-19

De nombreux témoins ont parlé des problèmes qui affligent depuis longtemps les effectifs du secteur de la santé au Canada et qui datent d'avant la pandémie de

4 Christine L. Covell et Shamel Rolle Sands, *Introduction to the Health Workforce in Canada*, « Nursing », 2021, p. 2.

5 Lindsay Hedden, *Introduction to the Health Workforce in Canada*, « Physicians and Surgeons », 2021, p. 6.

6 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1630 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

7 *Ibid.*, 1625 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).

8 *Ibid.*, 1645 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN).

COVID-19. Bacchus Barua, directeur des études sur les politiques de santé à l'Institut Fraser, s'est intéressé au rendement du système de santé du Canada par rapport à ceux des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Il a souligné que, selon un rapport de 2021⁹ fondé sur des données de 2018 et de 2019, le Canada se classe au 6^e rang sur 28 pays en ce qui a trait aux dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut et au 10^e rang en ce qui concerne les dépenses de santé par habitant¹⁰. Malgré des dépenses de santé supérieures à la moyenne des pays de l'OCDE, le Canada connaît une pénurie de médecins depuis des décennies et se classe 26^e sur 28 pays pour ce qui est du nombre de médecins par millier d'habitants et 25^e sur 26 pays pour ce qui est du nombre de lits d'hôpitaux de soins actifs par millier d'habitants¹¹. Enfin, il se classe 14^e sur 28 pays pour le nombre d'infirmiers par millier d'habitants, juste au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE¹².

Le Comité fait remarquer que, selon des données plus récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé, même si le Canada se classait au-dessus de la moyenne de l'OCDE pour ce qui est des dépenses de santé par habitant en 2020, la part du secteur public canadien des dépenses totales de santé (75 %) se situait dans la moyenne de l'OCDE (75 %)¹³. Par ailleurs, si le Canada compte parmi les pays de l'OCDE qui dépensent le plus, globalement, pour les soins de santé, il consacre moins que la plupart des autres pays aux services hospitaliers, soit 1 858 \$ par habitant, comparativement à la moyenne de l'OCDE qui était de 2 080 \$ en 2020¹⁴. Si on se limite aux dépenses publiques ou obligatoires, le Canada consacre 1 694 \$ par habitant, comparativement à la moyenne de l'OCDE, qui est de 1 877 \$¹⁵. Des 34 pays de l'OCDE ayant été sélectionnés, 20 avaient alloué plus de dépenses aux services hospitaliers par habitant que le Canada¹⁶.

9 Mackenzie Moir et Bacchus Barua, [Comparing Performance of Universal Health Care Countries, 2021](#), Institut Fraser, 2021.

10 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1615 (M. Bacchus Barua, directeur, Études sur les politiques de santé, Institut Fraser, à titre personnel).

11 *Ibid.*

12 Mackenzie Moir et Bacchus Barua, [Comparing Performance of Universal Health Care Countries, 2021](#), Institut Fraser, tableau 3, 2021, p. 12.

13 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), [Tendances des dépenses nationales de santé, 2022 – analyse éclair](#), Comment les dépenses de santé du Canada se comparent-elles à celles d'autres pays? 2022.

14 ICIS. [Comment les dépenses hospitalières du Canada se comparent-elles à celles d'autres pays?](#) 2022.

15 *Ibid.*

16 *Ibid.*



Santé mentale

Plusieurs témoins ont décrit la situation des effectifs du secteur de la santé avant 2020 de leur point de vue, soit sur le plan de la santé mentale personnelle et du nombre de professionnels de la santé.

Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII), a fait état des résultats d'une enquête menée par son organisme auprès de plus de 7 000 infirmiers entre mai et septembre 2019¹⁷. Elle a révélé que 29 % des infirmiers interrogés ont déclaré ressentir des symptômes d'épuisement professionnel cliniquement significatifs et que les niveaux de symptômes associés au syndrome de stress post-traumatique, à la dépression majeure et à l'anxiété étaient comparables à ceux observés chez les agents de la sécurité publique¹⁸. La mauvaise santé mentale des infirmiers découle probablement, comme l'indique l'enquête de la FCSII, de la surcharge de travail dont ils souffrent et de la pénurie de personnel qui les force à dépasser leurs capacités¹⁹. Syllas Coletto, infirmier autorisé exerçant en Saskatchewan, a évoqué le fardeau émotionnel des infirmiers et a ajouté que ces derniers subissent souvent de la violence physique, sexuelle et verbale et qu'ils disposent de peu ou pas de recours à cet égard²⁰.

Les membres du Comité ont appris que les médecins souffrent tout autant de stress, d'anxiété et de dépression. Selon le Dr David Gratzer, psychiatre ayant comparu à titre personnel, l'épuisement professionnel se caractérise par trois symptômes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution du sentiment d'accomplissement²¹. Par ailleurs, le Dr Adam Kassam, de l'Association médicale de l'Ontario, a révélé que d'après une enquête menée en mars 2020, 29 % des médecins de l'Ontario souffrent d'épuisement professionnel grave. Il a expliqué que cet épuisement professionnel est causé par des facteurs de stress au travail, comme l'inefficacité des méthodes et des milieux de travail, ainsi que le fardeau administratif²². Dans la même veine, la

17 Andrea M. Stelnicki, R. Nicholas Carleton, Carol Reichert, *Mental Disorder Symptoms Among Nurses in Canada*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, 2020.

18 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1625 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers).

19 Andrea M. Stelnicki, R. Nicholas Carleton, Carol Reichert, *Mental Disorder Symptoms Among Nurses in Canada*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, 2020, p. 51.

20 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1535 (M. Syllas Coletto, infirmier autorisé, à titre personnel).

21 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1535 (Dr David Gratzer, médecin et psychiatre traitant, Centre de toxicomanie et de santé mentale, à titre personnel).

22 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (Dr Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

Dre Katharine Smart, présidente de l'Association médicale canadienne, a affirmé que le fait de travailler dans un système dysfonctionnel était la principale cause de l'épuisement professionnel²³. Enfin, le Dr Martin Champagne, de l'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec, a fait remarquer qu'avant la COVID-19, 40 % des membres de son organisation faisaient état d'un épuisement émotionnel, tandis que 57 % d'entre eux indiquaient souffrir d'épuisement professionnel, malgré le respect et le niveau élevé de soutien de leurs collègues²⁴.

Ce problème n'est pas que le lot des médecins et du personnel infirmier. Le Comité a reçu des mémoires de toutes sortes d'organisations faisant état de tendances similaires d'épuisement professionnel, notamment parmi les technologues en radiation médicale, les travailleurs sociaux et le personnel de santé dans les domaines de la santé mentale et de la consommation de substance. Les technologues en radiation médicale ont signalé une augmentation de 80 % des signes d'épuisement professionnel entre 2018 et 2021²⁵. Parmi les travailleurs sociaux sondés en 2018, trois intervenants en protection de l'enfance sur quatre ont déclaré crouler sous des charges de travail ingérables, tandis que près de la moitié (45 %) de ceux qui ont quitté le domaine l'ont fait en raison d'un épuisement professionnel ou d'un traumatisme vicariant²⁶. Les intervenants en réduction des méfaits ont également signalé des niveaux élevés d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire dans une étude menée en 2019 sur les répercussions de la crise de toxicité des drogues²⁷.

Nombre de professionnels de la santé

Dans l'ensemble, les témoins ont expliqué que la pénurie chronique de ressources, tant le capital humain que les infrastructures, surcharge le système de soins de santé et les effectifs. Le Comité a appris que près de 70 % des dépenses de santé sont consacrées aux salaires²⁸. Par conséquent, le manque de financement et les compressions budgétaires se traduisent par une diminution du nombre d'emplois.

23 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1650 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

24 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1550 (D^r Martin Champagne, président, Association des médecins hématologues et oncologues du Québec).

25 HESA, *Mémoire*, Association canadienne des technologues en radiation médicale.

26 HESA, *Mémoire*, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux.

27 HESA, *Mémoire*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

28 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1625 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers).



En ce qui concerne les soins infirmiers, le Comité a pris connaissance d'un rapport publié en 2009 par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Selon le rapport, « l'un des plus grands défis du Canada en matière de soins de santé demeure le nombre de professionnels de la santé et leur stabilité²⁹ ». Consciente de l'exode prochain des infirmiers lorsque les baby-boomers atteindront l'âge de la retraite, l'AIIC a prédit, en 2009, une pénurie importante d'infirmiers d'ici 2022, à moins que les gouvernements, les employeurs, les syndicats, les associations professionnelles, les collèges et les autres intervenants prennent des mesures de manière concertée. Or, la plupart des mesures recommandées n'ont pas été mises en œuvre et, comme l'a mentionné Michael Villeneuve, directeur général de l'AIIC, au Comité, « l'AIIC a prédit que, dès 2022, il manquerait 60 000 infirmières et infirmiers au Canada, et nous voici maintenant en pleine crise³⁰ ». On prévoit maintenant que 117 600 infirmiers feront défaut d'ici 2030 au pays³¹. Le Comité a été informé des efforts déployés pour augmenter le nombre d'infirmiers formés au pays. Cynthia Baker, de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières, a expliqué que le nombre annuel de diplômés en sciences infirmières est passé de moins de 5 000 en 2000 à plus de 12 000 au cours de chacune des cinq dernières années, grâce à l'augmentation du nombre d'écoles de sciences infirmières et du nombre de places offertes dans les écoles existantes³².

Le Canada connaît également une pénurie chronique de médecins. Le Dr Adam Kassam, de l'Association médicale de l'Ontario, a révélé qu'un million d'Ontariens n'ont pas de médecin de famille³³, tandis que la Dre Anne-Louise Boucher, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, a souligné que le nombre de médecins de famille par habitant est plus faible au Québec que dans le reste du Canada³⁴. À l'échelle du pays, c'est environ 4,6 millions de Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille, selon la

29 Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage*, résumé du rapport, 2009, p. 1 [TRADUCTION].

30 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada); HESA, *Témoignages*, 9 mai 2022, 1535 (M. Tim Guest, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

31 HESA, *Mémoire*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

32 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1605 (M^{me} Cynthia Baker, directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières).

33 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

34 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1555 (D^{re} Anne-Louise Boucher, directrice, Planification et régionalisation, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec).

Dre Francine Lemire, du Collège des médecins de famille du Canada³⁵. La pénurie est particulièrement criante dans les régions rurales et éloignées du pays³⁶.

Bien que de nombreux témoins aient parlé d'une pénurie de médecins de famille, M. Barua a indiqué que si le nombre général de médecins est faible par rapport aux autres pays de l'OCDE, la pénurie est plus importante chez les spécialistes que chez les médecins de famille³⁷. À cet égard, le Dr Martin Champagne, de l'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec, a précisé que la demande, dans sa spécialité, notamment le diagnostic et le traitement des troubles sanguins et des cancers du sang, a

augmenté en raison du vieillissement de la population³⁸. Le Dr Louis Perrault, de l'Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec, a mentionné que le nombre de résidents en chirurgie a diminué de moitié dans certaines provinces au cours de la dernière décennie³⁹. Le Dr Gilles Soulez, de l'Association canadienne des radiologistes, a aussi souligné que la pénurie de radiologistes et le manque d'investissement dans l'infrastructure d'imagerie ont entraîné une augmentation des temps d'attente au fil des décennies⁴⁰. Par ailleurs, la Dre Guylaine Lefebvre, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, a révélé que des groupes de médecins intervenants collaborent au sein du groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux du Forum médical canadien et que le Groupe d'intervention action santé regroupe un large éventail de professionnels de la santé pour relever les défis en

« L'AIC a prédit que, dès 2022, il manquerait 60 000 infirmières et infirmiers au Canada, et nous voici maintenant en pleine crise. »

M. Michael Villeneuve,
directeur général, Association des
infirmières et infirmiers du Canada

35 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1555 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada).

36 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario); HESA, *Mémoire*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

37 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1615 (M. Bacchus Barua, directeur, Études sur les politiques de santé, Institut Fraser, à titre personnel).

38 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1550 (D^r Martin Champagne, président, Association des médecins hématologues et oncologues du Québec).

39 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1635 (D^r Louis Perrault, président, Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec).

40 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1620 (D^r Gilles Soulez, président, Association canadienne des radiologistes).



matière de ressources humaines⁴¹. Les membres du Comité ont également été informés d'une collaboration entre le Collège des médecins de famille du Canada et Médecine rurale du Canada pour la production, en 2017, d'une « feuille de route pour les régions rurales », qui portait sur le recrutement et le maintien en poste des médecins dans les régions rurales et éloignées du Canada⁴².

On a aussi informé les membres du Comité du nombre de professionnels, outre les médecins et les infirmiers, dans les autres secteurs de la santé. Les membres ont appris qu'il est nécessaire d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes, d'orthophonistes et d'audiologistes en raison du vieillissement de la population canadienne.

Giovanna Boniface, de l'Association canadienne des ergothérapeutes, a mentionné que le nombre d'ergothérapeutes est passé de 7 500 en 1997 à 20 000 en 2021, mais qu'on en manque encore. Elle a également indiqué qu'il existe une répartition inégale des ergothérapeutes au Canada, puisque seulement 3,7 % d'entre eux travaillent dans les régions rurales et éloignées. En comparaison, près de 20 % de la population canadienne vit en dehors des centres urbains⁴³. Les membres ont appris que le Canada compte 7 000 orthophonistes et audiologistes⁴⁴, et qu'il faut augmenter la capacité d'en former de nouveaux. Autrement dit, même si la capacité du Canada à former de nouveaux orthophonistes a doublé au cours des six dernières années⁴⁵, leur pénurie est décrite comme étant grave, et le Canada compte deux fois moins d'orthophonistes par habitant que les États-Unis⁴⁶.

Le Comité a également reçu des mémoires qui mettent en évidence la pénurie d'effectifs dans d'autres secteurs de la santé, notamment la santé dentaire, les laboratoires médicaux et l'ergothérapie. L'Association dentaire canadienne a indiqué que même avant la pandémie, des postes d'assistants dentaires étaient à pourvoir dans 36 % des cabinets de dentistes⁴⁷. L'Association des professionnels des laboratoires médicaux de l'Ontario a quant à elle souligné que non seulement 70 % des laboratoires manquaient de

41 HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1605 (D^{re} Guylaine Lefebvre, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada).

42 *Ibid.*, 1735 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada).

43 HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1555 (M^{me} Giovanna Boniface, présidente, Association canadienne des ergothérapeutes).

44 HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1615 (M^{me} Dawn Wilson, chef de la direction, Orthophonie et Audiologie Canada).

45 *Ibid.*, 1640 (M^{me} Susan Rvachew, professeure titulaire, Orthophonie et Audiologie Canada).

46 *Ibid.*, 1630.

47 HESA, [Mémoire](#), Association dentaire canadienne; HESA, [Mémoire](#), Association canadienne des hygiénistes dentaires; HESA, [Mémoire](#), Association canadienne des assistant.e.s dentaires.

personnel au début de la pandémie, mais que 73 % des professionnels des laboratoires souhaitent activement quitter leur poste⁴⁸. Enfin, une étude présentée par l'Association canadienne des ergothérapeutes prévoit qu'entre 2019 et 2028, il manquera 2 200 ergothérapeutes pour pourvoir les postes vacants⁴⁹.

Les répercussions de la pandémie sur les effectifs du secteur de la santé au Canada

La pandémie de COVID-19 a certes frappé très durement l'ensemble des effectifs du secteur de la santé, mais l'épuisement professionnel grave a presque doublé par rapport aux niveaux d'avant la pandémie⁵⁰. Si la plupart des témoins ont souligné que la pandémie de COVID-19 a accentué les lacunes et les déficiences qui existaient avant 2020 dans le système de santé canadien, d'autres estiment que la situation des effectifs du secteur de la santé est pire qu'avant. Par exemple, selon le Dr Perrault, « la pandémie de COVID-19 a montré que notre système n'était pas au bord de l'effondrement, mais qu'il s'était déjà effondré. La pandémie a simplement mis les choses en évidence, non seulement au Québec, mais dans l'ensemble du Canada⁵¹. »

Les membres du Comité ont appris que la pandémie a entraîné des niveaux d'épuisement professionnel sans précédent chez les médecins⁵². Le Dr Gratzner a précisé que la moitié des médecins canadiens déclarent maintenant souffrir d'épuisement professionnel⁵³, et que, comme l'ont appris les membres, la situation est la même pour les autres travailleurs de la santé⁵⁴. Par ailleurs, le Dr Champagne a constaté que la diminution des contacts physiques avec les collègues et les patients a probablement aggravé l'épuisement professionnel déjà observé chez les médecins québécois interrogés, qui est passé d'un taux de 35 % avant la pandémie à un taux de 61 % pendant la pandémie. Il a également remarqué qu'en raison des retards dans le diagnostic et le traitement du cancer causés par les fermetures pendant la pandémie, les médecins

48 HESA, *Mémoire*, Association des professionnels des laboratoires médicaux de l'Ontario.

49 HESA, *Mémoire*, Association canadienne des ergothérapeutes.

50 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

51 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1550 (Dr Louis Perrault, président, Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec).

52 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1630 (D^e Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

53 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1535 (Dr David Gratzner, médecin et psychiatre traitant, Centre de toxicomanie et de santé mentale, à titre personnel).

54 *Ibid.*, et 1540 (Dr Arjun Sahgal, professeur de radio-oncologie, Université de Toronto, à titre personnel).



s'attendent à un taux de mortalité plus élevé chez les patients souffrant d'un cancer, ce qui n'aide en rien à réduire leur stress⁵⁵. Par ailleurs, les pénuries de main-d'œuvre entraînent des retards dans les opérations chirurgicales, ce qui nuit à la confiance du public dans le système de santé⁵⁶.

Des témoins ont aussi décrit le stress accru subi par les infirmiers pendant la pandémie. Pas moins de 94 % d'entre eux déclarent ressentir des symptômes d'épuisement professionnel, et bon nombre quitte leur emploi pour cette raison⁵⁷. Mme Silas a fait remarquer que les infirmiers ont été obligés d'effectuer des quarts de travail plus longs pendant la pandémie en raison du manque de personnel, une situation dangereuse et intenable⁵⁸.

On a expliqué aux membres du Comité que les pharmaciens sont souvent la première et parfois la seule ressource du système de santé que consultent certains Canadiens. Cela s'est avéré pour un nombre encore plus grand de Canadiens au début de la pandémie, car les pharmacies sont restées ouvertes, alors que les cabinets de médecins et les cliniques non urgentes ont fermé leurs portes⁵⁹. Les pharmaciens ont joué un rôle accru en palliant l'absence de services en personne durant la pandémie, se retrouvant épuisés, aux prises avec « l'épuisement professionnel, les pénuries de main-d'œuvre et le harcèlement des patients⁶⁰ ». La Dre Danielle Paes, de l'Association des pharmaciens du Canada, a indiqué que son Association avait récemment mené un sondage auprès de ses membres, lequel a révélé que « pendant la pandémie, près de la moitié des répondants ont été victimes de mauvais traitements ou de harcèlement de la part de patients au moins une fois par semaine, et parfois même quotidiennement⁶¹ ». Elle a ajouté que les

55 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1550 (D^r Martin Champagne, président, Association des médecins hématologues et oncologues du Québec).

56 HESA, *Mémoire*, Nathan Litt; HESA, *Mémoire*, Teri Mcgrath.

57 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

58 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1625 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).

59 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1620 (M^{me} Geraldine Vance, présidente-directrice générale, British Columbia Pharmacy Association); HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1600 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada).

60 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1600 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada).

61 *Ibid.*

pénuries de médicaments observées au début de la pandémie ont aussi augmenté l'anxiété des pharmaciens⁶².

En raison du stress accru dû à la surcharge de travail avant et pendant la pandémie, de nombreux professionnels de la santé réfléchissent à leur avenir. Paul-Émile Cloutier, de SoinsSantéCAN, qui représente des hôpitaux, des instituts de recherche et des organismes de santé, a confié aux membres du Comité que, selon un sondage mené par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, de 2020 à 2021, le taux de démission dans les hôpitaux ontariens a augmenté de 45 %⁶³. Des médecins quittent la profession, et d'autres réduisent leurs heures de travail ou prennent leur retraite plus tôt que prévu⁶⁴. Par ailleurs, M. Villeneuve a souligné que l'épuisement pousse de nombreux infirmiers à quitter leur poste, parfois même la profession⁶⁵. Mme Silas a précisé que jusqu'à la moitié des infirmiers du pays pourraient leur emboîter le pas au cours de la prochaine année⁶⁶.

« [L]a pandémie de COVID-19 a montré que notre système n'était pas au bord de l'effondrement, mais qu'il s'était déjà effondré. La pandémie a simplement mis les choses en évidence, non seulement au Québec, mais dans l'ensemble du Canada. »

D^r Louis Perrault,
président et chirurgien cardiaque,
Association des chirurgiens cardiovasculaires et
thoraciques du Québec

Les pharmaciens pourraient eux aussi quitter leur profession en raison de la pression supplémentaire qu'ils subissent depuis la pandémie. La Dre Paes a expliqué que les

62 *Ibid.*, 1700.

63 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1655 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN).

64 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1640 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN), et 1630 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne), HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1555 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada), et HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1540 (D^r Arjun Sahgal, professeur de radio-oncologie, Université de Toronto, à titre personnel).

65 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

66 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1625 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).



pharmaciens, ainsi que leur personnel de soutien, ont atteint un point de rupture en raison du stress et des mauvais traitements subis au cours des deux dernières années et qu'ils pourraient choisir de quitter leur emploi⁶⁷.

Pour sa part, M. Cloutier a mentionné que la tendance à quitter son emploi dans le secteur de la santé ne s'observe pas seulement chez les travailleurs de la santé en milieu clinique, mais chez l'ensemble des travailleurs du système de santé, y compris les directeurs d'établissement⁶⁸.

Des témoins ont fait état des contraintes liées au travail au sein du système de santé public. Par exemple, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes travaillent dans un large éventail de milieux. Les ergothérapeutes, comme l'ont appris les membres du Comité, fournissent à leurs patients des soins qui leur permettent de fonctionner et de travailler. Ils aident les personnes âgées à vieillir chez elles, fournissent des services de santé mentale, aident les travailleurs blessés à retourner au travail, etc. Mme Boniface a laissé entendre que les ergothérapeutes pourraient jouer un rôle important au sein des équipes de soins de santé primaires, mais qu'ils ne travaillent pas toujours dans le système public⁶⁹.

Dans le même ordre d'idées, Mme Wilson a expliqué que les orthophonistes et les audiologistes travaillent dans un large éventail de milieux, comme les garderies, les écoles, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée au sein du système public, mais qu'ils peuvent aussi exercer en cabinet privé⁷⁰. Selon ces témoins, le stress provoqué par la pandémie et la rémunération limitée dans le système public font en sorte que certains de ces professionnels choisissent de quitter leur poste et de se lancer à leur compte⁷¹.

Les membres ont appris qu'il y a de plus en plus de postes vacants et que la situation s'explique par le nombre insuffisant de professionnels de la santé, leur répartition inégale dans tout le Canada et le nombre croissant de ces professionnels qui quittent

67 HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1600 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada).

68 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1710 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN).

69 HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1620 (M^{me} Giovanna Boniface, présidente, Association canadienne des ergothérapeutes).

70 HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1610 (M^{me} Dawn Wilson, chef de la direction, Orthophonie et Audiologie Canada).

71 *Ibid.*, 1645 (M^{me} Susan Rvachew, professeure titulaire, Orthophonie et Audiologie Canada).

leur emploi dans un état d'épuisement dû à la COVID. Comme l'a exprimé le Dr Soulez de manière succincte : « [n]otre main-d'œuvre est épuisée et en nombre insuffisant⁷² ».

M. Cloutier a souligné que le nombre de postes vacants est actuellement élevé dans tout le système de santé et qu'on peut s'attendre à ce qu'il augmente encore à l'avenir⁷³. Selon la Dre Smart, les répercussions sur les effectifs se feront sentir pendant des années⁷⁴. Le rythme auquel les effectifs quittent est insoutenable⁷⁵, a appris le Comité. Du reste, M. Villeneuve a laissé entendre que le nombre total de postes vacants dans les secteurs de la santé et des services sociaux au Canada pourrait s'élever à 120 000 à l'heure actuelle⁷⁶.

Les membres ont été informés de la pénurie de professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées. Par exemple, on aurait besoin de 325 médecins de plus dans le Nord de l'Ontario⁷⁷. Les postes à pourvoir en soins infirmiers ont doublé dans tout le Canada au cours des deux dernières années⁷⁸, pour atteindre 20 000 en Ontario seulement⁷⁹. Les provinces ont de la difficulté à remplir les postes actuels en ergothérapie⁸⁰, et les offres d'emploi en orthophonie et en audiologie dépasseront le nombre de ces professionnels dans les années à venir⁸¹.

Le Dr Kassam a souligné que la présente crise des soins de santé ne peut être résolue dans le cadre du système actuel sans que l'on contribue à aggraver l'épuisement des effectifs puisque « [l]es médecins de l'Ontario devront travailler pendant des années au-delà de leur capacité normale simplement pour résorber l'arriéré occasionné par la

72 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1620 (D^r Gilles Soulez, président, Association canadienne des radiologistes).

73 *Ibid.*, 1640 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN).

74 *Ibid.*, 1630 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

75 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1615 (M. Bradley Campbell, président, Corpus Sanchez International Consultancy, Inc.).

76 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

77 *Ibid.*, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

78 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1625 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).

79 *Ibid.*, 1650.

80 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1555 (M^{me} Giovanna Boniface, présidente, Association canadienne des ergothérapeutes).

81 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1615 (M^{me} Dawn Wilson, chef de la direction, Orthophonie et Audiologie Canada).



pandémie, car plus de 21 millions de services médicaux ont été retardés. Et cela ne tient pas compte des efforts à déployer pour réduire les temps d'attente qui affligent le système depuis des décennies⁸². » Le Dr Kassam a mentionné que le système de soins de santé financé par l'État et universellement accessible est une valeur canadienne centrale et a imploré le gouvernement fédéral de fournir les outils et les ressources dont les provinces ont besoin pour apporter des changements durables et significatifs⁸³.

DONNER UN NOUVEAU SOUFFLE AUX EFFECTIFS DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

Plusieurs témoins ont fait allusion aux efforts considérables déployés depuis de nombreuses années pour résoudre les problèmes de recrutement et de maintien en poste des effectifs dans le secteur de la santé au Canada. M. Villeneuve s'est désolé de voir que des études ont été réalisées, des rapports produits et de l'argent dépensé en recherche pour décrire les mêmes problèmes et proposer les mêmes solutions⁸⁴. Bradley Campbell, consultant dans le secteur de la santé, a rappelé que des commissions fédérales et des groupes d'experts ont imaginé des solutions au fil des décennies. Il a fait mention du rapport Lalonde publié en 1974 par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, ainsi que des rapports *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada* et *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral* (également appelé le rapport Kirby), tous deux publiés en 2002⁸⁵. Brenda Payne, infirmière enseignante, a aussi rappelé que le gouvernement fédéral avait mis sur pied une Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé⁸⁶. Selon M. Campbell, cette initiative lancée par Santé Canada en 2005 visait à augmenter le nombre de travailleurs de la santé, à utiliser efficacement les compétences et les talents, à créer des milieux de travail sains et à accroître l'efficacité de la planification et des prévisions⁸⁷. Mme Silas a soutenu qu'à la suite de la crise des ressources humaines en santé de 1997, le gouvernement fédéral s'est penché sur la question. Elle a toutefois

82 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

83 *Ibid.*

84 *Ibid.*, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

85 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1610 (M. Bradley Campbell, président, Corpus Sanchez International Consultancy, Inc.).

86 *Ibid.*, 1540 (M^{me} Brenda Payne, infirmière, à titre personnel).

87 *Ibid.*, 1610 (M. Bradley Campbell, président, Corpus Sanchez International Consultancy, Inc.).

laissé entendre qu'il a graduellement cessé de s'y intéresser après la récession survenue en 2008⁸⁸.

Les témoins ont formulé plusieurs suggestions pour régler le problème du recrutement et du maintien en poste des effectifs dans le secteur de la santé au Canada, qui sont examinées ci-dessous.

Travailleurs de la santé formés à l'étranger

Les membres du Comité ont appris que dans plusieurs professions de la santé, on recrute des professionnels formés à l'étranger qui viennent prêter main-forte aux travailleurs de la santé formés au pays. Des témoins ont décrit les obstacles qui empêchent certaines personnes de choisir cette option ou qui, dans le cas de ceux qui réussissent à émigrer au Canada, les empêchent d'obtenir les titres de compétence nécessaires pour exercer la profession dans laquelle ils ont été formés.

« [N]otre main-d'œuvre
est épuisée et en
nombre insuffisant. »

D^r Gilles Soulez,
Président, Association canadienne
des radiologistes

Elaine Watson, directrice des ressources humaines à SoinsSantéCAN, a mentionné qu'il est difficile pour les travailleurs de la santé formés à l'étranger de s'y retrouver dans le processus de demande⁸⁹. En ce qui concerne les soins infirmiers, les membres ont appris que 9 % des effectifs canadiens sont formés à l'étranger⁹⁰. L'évaluation initiale des candidats infirmiers formés à l'étranger est effectuée par le Service national d'évaluation infirmière, une entreprise établie aux États-Unis qui est chargée d'évaluer les qualifications des infirmiers souhaitant venir au Canada. Le processus d'évaluation, qui peut prendre jusqu'à un an, permet de déceler les lacunes dans la formation des candidats. Ces derniers peuvent ensuite les corriger en suivant un programme de transition offert dans une école de sciences infirmières ou un collège provincial de sciences infirmières. Ils doivent ensuite passer un examen de compétence dans la

88 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1715 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).

89 *Ibid.*, 1730 (M^{me} Elaine Watson, directrice des ressources humaines, Covenant Health, SoinsSantéCAN).

90 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1740 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).



province ou le territoire où ils ont posé leur candidature⁹¹. Selon M. Villeneuve, le processus est trop complexe, et les exigences linguistiques, trop strictes⁹².

Les membres ont appris que le processus de recrutement des infirmiers formés à l'étranger était moins complexe avant que l'on recoure, vers 2015, à un service d'évaluation centralisé avec examen établi aux États-Unis⁹³. Mme Silas a expliqué que cette approche a facilité le recrutement de candidats infirmiers aux États-Unis plutôt qu'au Canada et qu'elle a transféré le contrôle du processus des ministres de la Santé à une organisation américaine. Elle a dit souhaiter que les ministres provinciaux de la Santé et les collègues de sciences infirmières en fassent plus pour améliorer les processus de demande, d'évaluation et de reconnaissance des titres de compétence⁹⁴.

Les témoins ont insisté sur la nécessité de simplifier et de rationaliser le processus de recrutement d'infirmiers formés à l'étranger. Mme Watson a proposé la mise en place d'un processus accéléré, sans formalités administratives inutiles, pour les candidats qui possèdent les compétences et la formation nécessaires pour occuper des postes essentiels au Canada⁹⁵. Quant à M. Campbell, il a fait savoir aux membres du Comité que l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse ont mis en œuvre des changements pour éliminer certains obstacles⁹⁶. Il a également souligné l'importance de discuter de cette question à l'échelle nationale :

Le gouvernement fédéral peut aider à coordonner ces efforts à l'échelle nationale, en établissant des partenariats avec les provinces et les territoires pour comprendre les besoins locaux, tout en favorisant une stratégie pancanadienne globale en matière de ressources humaines en santé. Cela ne signifie pas que toutes les solutions seront

91 HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1700 (M^{me} Cynthia Baker, directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières), et 1705 (M. Bradley Campbell, président, Corpus Sanchez International Consultancy, Inc.).

92 HESA, [Témoignages](#), 2 mars 2022, 1650 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

93 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1735 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers), et HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1705 (M. Bradley Campbell, président, Corpus Sanchez International Consultancy, Inc.).

94 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1735 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).

95 *Ibid.*, 1745 (M^{me} Elaine Watson, directrice des ressources humaines, Covenant Health, SoinsSantéCAN).

96 HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1610 (M. Bradley Campbell, président, Corpus Sanchez International Consultancy, Inc.).

applicables dans tous les domaines, mais la cohérence des objectifs peut permettre de créer des solutions locales dans un contexte global⁹⁷.

Des témoins ont fait valoir que l'on pourrait en faire plus pour mener à bien les processus d'évaluation et de reconnaissance des titres de compétence avant l'arrivée des candidats au Canada. Par exemple, Gail Tomblin Murphy, chercheuse à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, a raconté que certaines provinces font preuve d'innovation en travaillant avec les candidats dans leur pays d'origine et en leur offrant un apprentissage à distance, y compris une formation linguistique⁹⁸. Mme Silas a aussi indiqué que certaines provinces envoient des équipes à l'étranger, principalement aux Philippines, pour résoudre certains aspects complexes du processus avant que les candidats n'arrivent au Canada⁹⁹. Mme Watson a par ailleurs laissé entendre que l'amélioration de la collaboration entre les organismes provinciaux responsables de la reconnaissance des titres et leurs homologues internationaux permettrait de résoudre certains problèmes avant l'arrivée des candidats au Canada¹⁰⁰.

Selon certains témoins, des programmes de transition sont nécessaires pour combler les lacunes dans la formation des candidats décelées au cours du processus d'évaluation. Selon certains témoins, ces programmes doivent aussi être améliorés. M. Villeneuve a reconnu qu'ils étaient meilleurs qu'avant¹⁰¹, mais pour Mme Silas, il reste du pain sur la planche¹⁰². Par ailleurs, Mme Baker a proposé que les provinces collaborent, peut-être à l'échelle nationale, à l'uniformisation des programmes de transition et à l'amélioration de leur souplesse, de manière à aider les infirmiers formés à l'étranger à exercer dans différentes provinces et différents territoires¹⁰³.

Les témoins représentant les médecins divergeaient d'opinion quant au recrutement de médecins formés à l'étranger pour remédier à la crise causée par la pénurie de main-d'œuvre. Le Dr Kassam a indiqué que toute stratégie de recrutement devait

97 *Ibid.*

98 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1740 (M^{me} Gail Tomblin Murphy, vice-présidente, Recherche, innovation et découverte, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

99 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1745 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).

100 *Ibid.*, 1730 (M^{me} Elaine Watson, directrice des ressources humaines, Covenant Health, SoinsSantéCAN).

101 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1650 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

102 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1735 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).

103 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1715 (M^{me} Cynthia Baker, directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières).



comporter un volet international, y compris une voie d'accès à la reconnaissance des titres de compétence. Il a fait observer que le processus était complexe et qu'il faisait intervenir le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, ainsi que les collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens¹⁰⁴. Le Dr Perrault et le Dr Hugh Maguire, psychiatre dans une région rurale de la Nouvelle-Écosse, ont reconnu que les professionnels de la santé formés à l'étranger, y compris les médecins, font partie de la solution à court terme au problème de recrutement dans le secteur de la santé¹⁰⁵. Les Drs Champagne et Maguire ont insisté sur le fait qu'il est nécessaire d'aider les recrues, ainsi que leurs familles, en les accueillant dans leur nouveau milieu et de simplifier le processus¹⁰⁶. Le Dr Maguire a également fait observer que le processus d'immigration doit lui aussi être simplifié. Il a estimé que l'on devait améliorer les communications entre Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et les autorités sanitaires provinciales¹⁰⁷.

Néanmoins, quelques témoins ont cherché à savoir si le Canada devait recruter des médecins formés à l'étranger. Par exemple, le Dr David Pichora, du Centre des sciences de la santé de Kingston, en Ontario, était d'avis que le Canada fait partie des nombreux pays en quête de professionnels de la santé. Selon lui, 122 000 médecins et 1,2 million d'infirmiers font défaut aux États-Unis¹⁰⁸. Étant donné que les ressources humaines en santé se font de plus en plus rares dans de nombreux pays, des témoins se sont demandé s'il était conforme à l'éthique de faciliter la venue au Canada de candidats et ainsi de donner l'impression que le Canada accapare les ressources rares d'autres pays. À long terme, le Canada doit devenir autosuffisant en médecins¹⁰⁹. D'ailleurs, M. Campbell a convenu que nous devrions être conscients de l'inquiétude que suscite la mise en œuvre vigoureuse de stratégies de recrutement dans d'autres pays simplement

104 HESA, [Témoignages](#), 2 mars 2022, 1730 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

105 HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1635 (D^r Louis Perreault, président, Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec), et HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1625 (D^r Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel).

106 HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1555 (D^r Martin Champagne, président, Association des médecins hématologues et oncologues du Québec), et HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1625 (D^r Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel).

107 HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1545 (D^r Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel).

108 HESA, [Témoignages](#), 2 mars 2022, 1630 (D^r David Pichora, président-directeur général, Centre des sciences de la santé de Kingston).

109 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1715 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne), et HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1715 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada), et 1700 (D^{re} Guylaine Lefebvre, directrice exécutive, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada).

pour répondre à nos besoins. Il a toutefois souligné que plusieurs pays, dont les Philippines, forment intentionnellement plus de professionnels de la santé qu'ils n'en ont besoin et qu'il pourrait être bénéfique, tant pour ces pays que pour le Canada, que ce dernier fasse venir des professionnels de la santé formés ailleurs¹¹⁰.

Les membres du Comité ont appris que des professionnels de la santé formés à l'étranger dans plusieurs domaines se trouvent actuellement au Canada, mais qu'ils n'ont pas réussi à obtenir les titres de compétence nécessaires pour travailler dans leur domaine d'activité. Le Dr Bouchard a fait remarquer que les médecins formés à l'étranger peuvent être inadmissibles aux programmes de perfectionnement et d'évaluation s'ils sont au Canada sans nécessairement exercer la profession¹¹¹. La Dre Smart a indiqué que l'évaluation de la préparation à l'exercice est problématique, notamment le modèle de stage non rémunéré, le coût du permis d'exercice et le manque de médecins canadiens pour offrir du soutien et intégrer les médecins formés à l'étranger dans le réseau¹¹². M. Villeneuve a dit croire que de nombreux infirmiers formés à l'étranger attendent de pouvoir exercer dans le pays. Bien qu'il ne connaisse pas le nombre de candidats déjà présents au Canada, mais incapables de travailler¹¹³, Mme Baker a affirmé qu'il était assez élevé¹¹⁴. Les membres du Comité ont compris qu'au lieu de s'efforcer de simplifier le processus d'immigration et de reconnaissance des titres de compétences des professionnels de la santé formés à l'étranger, il faudrait plutôt s'efforcer d'intégrer ceux qui sont déjà au Canada et qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé et d'en former un nombre suffisant au pays pour répondre à nos besoins¹¹⁵.

110 HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1610 (M. Bradley Campbell, président, Corpus Sanchez International Consultancy, Inc.).

111 HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1715 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada).

112 HESA, [Témoignages](#), 9 mai 2022, 1555 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

113 HESA, [Témoignages](#), 2 mars 2022, 1740 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

114 HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1630 (M^{me} Cynthia Baker, directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières).

115 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1715 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne), HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1700 (D^{re} Guylaine Lefebvre, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), et HESA, [Témoignages](#), 25 avril 2022, 1610 (M^{me} Janet Morrison, présidente et vice-chancelière, Collège Sheridan).



Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et consulte les organismes qui recrutent des travailleurs de la santé formés à l'étranger, ainsi qu'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, au besoin, afin de simplifier le processus de recrutement dans des pays connus pour former des travailleurs de la santé en nombre supérieur à leurs besoins.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires pour offrir davantage de postes de résidence aux diplômés étrangers en médecine.

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires et les organismes de réglementation professionnels afin d'améliorer et d'élargir les voies d'accès au permis d'exercer pour les médecins étrangers qui ont déjà terminé leur résidence et qui ont exercé la médecine à l'étranger, comme l'Évaluation de la préparation à la pratique (EPP) de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNA) et d'autres initiatives similaires.

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada soutienne les voies d'accès accéléré pour l'obtention du permis d'exercice par les professionnels de la santé formés à l'étranger.

Capacité de former des professionnels de la santé

La formation des professionnels de la santé relève des provinces et des territoires.

Plusieurs témoins ont fait valoir qu'il fallait augmenter le nombre de diplômés en santé au Canada chaque année. En ce qui concerne les infirmiers, le Canada en forme 12 000 par année. Cependant, selon ce qu'ont appris les membres, il faut offrir plus de places dans les écoles de sciences infirmières et plus de stages cliniques après l'obtention du diplôme¹¹⁶. Mme Baker a fait remarquer qu'il n'est pas possible d'augmenter le nombre

116 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

de places offertes dans les écoles de sciences infirmières, car celles-ci fonctionnent déjà à plein régime. Elle a également fait remarquer que si des places étaient ajoutées dans les écoles, ou si d'autres écoles ouvraient, il faudrait aussi plus de professeurs. Enfin, elle a proposé que l'on mette en place des programmes accélérés de soins infirmiers pour les personnes détenant un diplôme universitaire dans une autre discipline et des programmes de résidence en soins infirmiers pour aider les nouveaux diplômés à passer de l'école à la pratique clinique¹¹⁷.

Les membres se sont fait dire que le Canada doit renforcer sa capacité à former des médecins¹¹⁸. La Dre Lemire a souligné que les écoles de médecine avaient récemment augmenté leur capacité à former des médecins de famille, mais elle a insisté sur la nécessité de concentrer les efforts pour hausser le nombre de médecins dans les régions mal desservies, notamment les régions rurales et éloignées du Canada¹¹⁹. De son côté, Montana Hackett, de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada, a estimé que la meilleure approche à cet égard consistait à recruter des étudiants dans les régions rurales et éloignées du Canada, car ces derniers sont mieux à même de revenir y exercer¹²⁰. Par ailleurs, le Dr Maguire a indiqué que les facultés de médecine du Canada sont en train de recenser les étudiants qui sont tout désignés pour travailler dans les régions rurales et éloignées et qu'elles pourraient adapter la formation qui leur est donnée¹²¹. Il a également révélé que l'Université Memorial et certaines écoles de médecine de l'Ontario s'efforcent de recruter des

« [N]ous sommes un pays beaucoup trop petit pour nous attendre à ce que les 13 provinces et territoires aient toutes les données, toutes les pratiques exemplaires et tous les experts. »

Linda Silas,
présidente, Fédération canadienne des
syndicats d'infirmières et infirmiers

117 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1606 (M^{me} Cynthia Baker, directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières).

118 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1725 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario), et HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1720 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada).

119 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1555 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada).

120 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1705 (M. Montana Hackett, directeur des affaires gouvernementales, Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada).

121 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1545 (D^r Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel).



étudiants dans les régions rurales et éloignées et ont conçu des programmes de formation adaptés à ces régions¹²². Les membres ont également appris que l'augmentation du nombre de places dans les établissements d'enseignement postsecondaire doit s'accompagner d'une augmentation des ressources pédagogiques. Mme Hernandez a rappelé qu'au Québec, la structure de rémunération des médecins de famille les défavorise s'ils décident d'enseigner, ce qui, selon elle, suscite moins d'enthousiasme pour la médecine familiale chez les étudiants¹²³.

Les témoins ont souligné que si le Canada augmente le nombre de nouveaux médecins diplômés chaque année, il doit également veiller à augmenter le nombre de stages de résidence et de postes cliniques¹²⁴. M. Hackett a expliqué que l'offre et le financement des stages de résidence relèvent de la compétence des provinces, et il a décrit les défis auxquels se heurtent déjà les diplômés en médecine pour les obtenir. Il a révélé que chaque année, plusieurs diplômés en médecine ne parviennent pas à trouver un tel stage et sont donc incapables de suivre une formation dans l'une des spécialités qu'ils ont choisies¹²⁵. Par ailleurs, les membres ont également appris que de nombreux stages de résidence ne sont pas pourvus chaque année. La Dre Boucher a indiqué que les diplômés en médecine du Québec privilégient les résidences dans des spécialités médicales autres que la médecine familiale, ce qui fait que plusieurs stages de résidence en médecine générale ne trouvent pas preneur¹²⁶. En 2022, c'est 90 postes de résidents en médecine de famille qui n'ont donc pas été pourvus au Québec lors du premier tour de jumelage¹²⁷. Par ailleurs, Mme Hernandez était d'avis que la structure de rémunération dans certaines provinces a un effet dissuasif sur la candidature des diplômés en médecine à certaines résidences, faisant en sorte que des stages de résidence restent vacants¹²⁸. Enfin, la Dre Smart a fait remarquer que le coût élevé des études en médecine constitue un obstacle pour les étudiants qui souhaitent exercer la

122 *Ibid.*, 1740.

123 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1640 (M^{me} Santanna Hernandez, présidente, Fédération canadienne des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada).

124 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, (M. Bacchus Barua, directeur, Études sur les politiques de santé, Institut Fraser, à titre personnel), HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1725 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario), et HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1720 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada).

125 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1545 et 1710 (M. Montana Hackett, directeur des affaires gouvernementales, Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada).

126 *Ibid.*, 1550 (D^{re} Anne-Louise Boucher, directrice, Planification et régionalisation, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec).

127 HESA, *Mémoire*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

128 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1645 (M^{me} Santanna Hernandez, présidente, Fédération canadienne des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada).

profession et a également un impact négatif sur la diversité des étudiants qui sont en mesure d'accéder aux études de médecine¹²⁹.

Les membres du Comité ont également compris que le Canada doit créer des places pour former des orthophonistes et des audiologistes¹³⁰.

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces, les territoires et les organismes de réglementation professionnels afin de faciliter l'octroi de permis et, au besoin, l'éducation et la formation supplémentaires nécessaires à l'octroi de permis au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé qui travaillent dans des domaines où les programmes existants ne permettent pas de combler les pénuries de main-d'œuvre.

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires pour augmenter le nombre de postes de résidence, en particulier en médecine familiale.

Permis d'exercice pancanadien

La réglementation des professionnels de la santé et la délivrance de leur permis d'exercice incombent aux provinces et aux territoires. Néanmoins, des témoins représentant les médecins, les infirmiers et les pharmaciens ont indiqué qu'il faudrait instaurer un permis d'exercice national, ou pancanadien, pour leurs professions respectives, citant des avantages comme l'accroissement de la mobilité, l'élargissement de l'accès des patients et la facilitation des remplacements des professionnels de la santé pendant leurs absences, en particulier dans les régions rurales et éloignées.

La Dre Paes et M. Coletto ont souligné que la mobilité interprovinciale des pharmaciens et des infirmiers, respectivement, serait possiblement facilitée grâce à un permis

129 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1750 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

130 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1730 (M^{me} Dawn Wilson, chef de la direction, Orthophonie et Audiologie Canada), et 1640 (M^{me} Susan Rvachew, professeure titulaire, Orthophonie et Audiologie Canada).



d'exercice pancanadien¹³¹. La Dre Smart a insisté sur l'instauration d'un permis d'exercice pancanadien pour les médecins, car les permis d'exercice provinciaux constituent un obstacle à l'exercice de la profession là où les médecins le souhaitent et là où on a le plus besoin d'eux¹³². De plus, elle a fait remarquer que le permis d'exercice pancanadien faciliterait l'adoption d'une approche nationale en matière de reconnaissance des titres de compétence, ce qui contribuerait à éliminer les obstacles réglementaires auxquels se heurtent les médecins formés à l'étranger¹³³. Par ailleurs, Santanna Hernandez, de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada, a décrit le fardeau administratif et financier que représente la présentation d'une demande de permis d'exercice dans plusieurs provinces et territoires¹³⁴. Pour sa part, le Dr Maguire a fait remarquer que le permis d'exercice pancanadien serait avantageux dans les régions rurales et éloignées, car il permettrait de pourvoir plus facilement les postes vacants et de remplacer temporairement les médecins qui partent en vacances ou qui quittent leur poste pour d'autres raisons personnelles¹³⁵.

Le champ d'exercice professionnel est lié à la délivrance du permis d'exercer. Il désigne les gestes qu'un professionnel de la santé peut poser et les procédures qu'il peut effectuer dans le cadre de son permis d'exercer. Les champs d'exercice sont déterminés par les provinces et peuvent donc varier de l'une à l'autre. Le Comité a appris que le champ d'exercice des pharmaciens, en particulier, n'est pas le même dans tout le pays. Ainsi, ce n'est que dans certaines provinces et certains territoires qu'ils sont autorisés à prescrire des médicaments pour certaines affections et à administrer des vaccins¹³⁶. Pour Geraldine Vance, de la British Columbia Pharmacy Association, cela engendre une inégalité dans l'accès des patients aux soins, surtout ceux pour lesquels le pharmacien est la seule ressource disponible¹³⁷. De plus, selon elle, un champ d'exercice national permettrait aux pharmaciens de tout le Canada de mettre à profit l'étendue de leurs

131 *Ibid.*, 1725 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada), et HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1730 (M. Sylas Coletto, infirmier autorisé, à titre personnel).

132 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1630 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

133 *Ibid.*, 1740.

134 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1550 (M^{me} Santanna Hernandez, présidente, Fédération canadienne des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada).

135 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1545 (D^r Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel).

136 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1620 (M^{me} Geraldine Vance, présidente-directrice générale, British Columbia Pharmacy Association), et HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1600 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada).

137 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1620 (M^{me} Geraldine Vance, présidente-directrice générale, British Columbia Pharmacy Association).

compétences, ce qui s'avérerait d'une importance particulière dans les régions rurales et éloignées, où l'accès aux médecins et aux infirmiers est souvent difficile¹³⁸. La Dre Paes a renchéri en disant que la mise à profit de l'étendue de leurs compétences leur permettrait de s'épanouir sur le plan personnel et professionnel, à défaut de quoi certains d'entre eux pourraient ne pas vouloir travailler dans certaines provinces¹³⁹. Les membres ont par ailleurs appris que certaines procédures mineures actuellement réservées aux spécialistes pourraient s'ajouter au champ d'exercice plus large d'autres professionnels de la santé; par exemple, les coloscopies pourraient être réalisées par des infirmiers praticiens¹⁴⁰.

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces, les territoires et les organismes de réglementation professionnels pour établir un permis d'exercice pancanadien pour les professionnels de la santé.

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada travaille de concert avec les provinces, les territoires et les organismes de réglementation professionnels afin d'optimiser le champ d'exercice des professionnels des soins primaires, y compris les infirmiers praticiens et pharmaciens.

Collecte et accessibilité des données

Les témoins et les mémoires ont souvent fait mention de la disponibilité des données sur les effectifs du secteur de la santé et de l'accès à celles-ci. Le Dr David Peachey, consultant en planification des services cliniques, a expliqué que pour évaluer l'offre et la demande des ressources de santé, il faut recueillir, rassembler et analyser des données complètes¹⁴¹.

138 *Ibid.*

139 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1600 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada).

140 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1720 (D^r Martin Champagne, président, Association des médecins hématologues et oncologues du Québec).

141 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1600 (D^r David Peachey, directeur, Health Intelligence Inc.).



Les membres du Comité ont appris que les données actuelles sur les effectifs de la santé sont insuffisantes, car elles se limitent à une seule province ou un seul territoire, reposent sur l'autodéclaration ou sont gérées par des organismes à but lucratif. De plus, elles ne sont pas conçues pour servir d'outil de planification des ressources humaines et ne contiennent pas les renseignements sur l'équité, la diversité et l'inclusion qui sont nécessaires pour favoriser un effectif de la santé représentatif de l'ensemble de la population¹⁴². La Dre Lefebvre a expliqué que les données actuelles sur les médecins proviennent de la Base de données médicales Scott's, une base de données privée dont l'accès est restreint par l'Institut canadien d'information sur la santé¹⁴³. Elle a ajouté qu'on avait besoin de données complètes sur tous les professionnels de la santé, pas seulement les médecins¹⁴⁴. Par ailleurs, des témoins ont précisé qu'il n'existe aucune donnée sur la répartition des travailleurs de la santé¹⁴⁵. La Dre Lefebvre a affirmé que les données disponibles ne permettent pas de déterminer avec certitude si le Canada compte suffisamment de médecins ou s'il possède la bonne combinaison de médecins, car elles ne permettent pas d'analyser leur répartition dans l'ensemble du pays¹⁴⁶.

On a soutenu qu'il faudrait analyser et projeter les données afin de pouvoir répondre aux besoins croissants en professionnels de la santé avant qu'ils ne deviennent un problème¹⁴⁷. On a besoin de plus de données pour des raisons qui dépassent le cadre de la statistique. La Dre Lemire a laissé entendre qu'il faudrait recueillir des données sur les services que les soignants fournissent, même s'ils dépassent leur champ d'exercice, et sur leur cheminement de carrière¹⁴⁸.

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les peuples autochtones, poursuive son travail d'élaboration d'une stratégie

142 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1610 (D^{re} Guylaine Lefebvre, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada).

143 *Ibid.*, 1725.

144 *Ibid.*

145 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1735 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada), et 1725 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada).

146 *Ibid.*, 1705 (D^{re} Guylaine Lefebvre, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada).

147 HESA, *Mémoire*, Société canadienne d'ophtalmologie.

148 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1555 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada).

pancanadienne de données sur les effectifs de la santé afin d'améliorer la collecte, l'accès, l'échange et l'utilisation des données sur la santé au Canada et de jeter les bases d'un système de données sur la santé de classe mondiale.

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires à la création et à la mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne sur les ressources humaines dans le domaine de la santé afin de faciliter la détection des pénuries de main d'œuvre et la prise de mesures correctives efficaces.

Modèles novateurs de prestation des soins de santé

Le Dr Peachey a laissé entendre que les travailleurs de la santé continueront de se sentir sous-estimés et que le statu quo se maintiendra dans le secteur de la santé si le Canada ne parvient pas à mettre en œuvre des modèles de soins novateurs¹⁴⁹. Le Dr Arjun Sahgal, professeur de radio-oncologie, figurait parmi les professionnels de la santé qui ont soutenu que de nouveaux modèles de prestation de soins de santé devraient être envisagés en vue de favoriser une utilisation plus efficace de ressources qui se font rares¹⁵⁰. Les membres ont compris qu'il faudrait recourir davantage au modèle de soins à domicile, dans le cadre duquel les soins primaires sont fournis par une équipe interprofessionnelle et interdisciplinaire¹⁵¹. Une telle approche permettrait de composer de telles équipes en fonction des besoins afin de mieux répondre aux besoins uniques des communautés de tout le Canada. De plus, les membres ont appris qu'elle permettrait d'accroître l'accès aux médecins de soins primaires, car les autres professionnels de la santé de l'équipe seraient plus sollicités¹⁵². De plus, elle pourrait réduire les coûts des soins de santé en optimisant les champs d'exercice de tous les membres de l'équipe, ce qui permettrait donc de se tourner vers des soins communautaires et à domicile moins coûteux que les soins actifs¹⁵³.

149 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1605 (Dr David Peachey, directeur, Health Intelligence Inc.).

150 *Ibid.*, 1540 (Dr Arjun Sahgal, professeur de radio-oncologie, Université de Toronto, à titre personnel).

151 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1705 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers), et 1710 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

152 *Ibid.*, 1630 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

153 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1555 (M^{me} Giovanna Boniface, présidente, Association canadienne des ergothérapeutes); HESA, *Mémoire*, Spectrum Health Care.



Des témoins ont abordé la question de la rémunération des travailleurs de la santé en tant que composante des modèles de prestation de soins. La Dre Smart a fait valoir que le modèle de rémunération à l'acte peut empêcher des médecins de choisir la médecine familiale et a proposé que l'on se penche sur d'autres modèles de rémunération¹⁵⁴. Selon la Dre Lemire, on pourrait privilégier un modèle de rémunération mixte au titre duquel une rémunération par patient s'ajouterait à la rémunération à l'acte¹⁵⁵. Cette approche permettrait de tenir compte des dépenses supplémentaires engagées par les médecins de famille, notamment les frais généraux supplémentaires pour les locaux et les salaires du personnel¹⁵⁶. Les membres du Comité ont également appris que les médecins, qui doivent actuellement autofinancer leur pension, verraient d'un bon œil un régime de pension structuré, ce qui pourrait également attirer d'autres candidats dans la profession¹⁵⁷.

Comme nous l'avons déjà mentionné plus tôt dans le présent rapport, les services d'autres professionnels de la santé ne sont pas toujours suffisamment bien financés dans le système public¹⁵⁸. Par exemple, Mme Boniface a soutenu qu'un nombre important de médecins ont de la difficulté à orienter leurs patients vers des services d'ergothérapie financés par le système public¹⁵⁹, alors que les soins privés coûtent de 250 à 300 \$ par visite¹⁶⁰. De même, les membres du Comité ont appris que les orthophonistes et les audiologistes peuvent travailler au sein du système de santé public, mais qu'ils préfèrent travailler dans le secteur privé, où ils peuvent toucher une rémunération plus élevée. Susan Rvachew a fait valoir avec insistance que le financement public des services et de l'intervention précoce permettrait au système de santé de réaliser des économies en aval¹⁶¹.

154 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1710 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

155 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1645 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada).

156 *Ibid.*, 1720 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada).

157 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1730 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

158 HESA, *Mémoire*, Association canadienne de physiothérapie.

159 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1555 (M^{me} Giovanna Boniface, présidente, Association canadienne des ergothérapeutes).

160 *Ibid.*, 1640.

161 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1645 (M^{me} Susan Rvachew, professeure titulaire, Orthophonie et Audiologie Canada).

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada, en consultation avec les provinces et les territoires, et conseillé par une gamme diversifiée d'experts du secteur de la santé, élabore une stratégie nationale sur la promotion et la mise en œuvre d'équipes de soins de santé efficaces à l'échelle de la société canadienne, afin que les problèmes des patients soient traités par le bon membre de l'équipe, et que les patients obtiennent les meilleurs soins possibles.

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires à l'étude et à la mise en commun des pratiques exemplaires en matière de rémunération selon d'autres modalités, en vue plus précisément de soulager l'épuisement des médecins.

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires pour élargir l'accès aux soins de longue durée en établissement, aux soins à domicile et aux soins palliatifs.

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires à améliorer les stratégies de santé préventive au Canada et augmente les investissements fédéraux dans les mesures de santé préventive.

Outils virtuels

« La pandémie est à l'origine d'une révolution numérique presque instantanée en matière de santé, les Canadiens ayant désormais accès à des soins virtuels. Ce modèle ne peut pas remplacer les soins en personne, mais il a sa place. »

Dre Katharine Smart,
présidente, Association médicale canadienne



Des témoins ont expliqué au Comité comment le recours aux soins virtuels s'est très rapidement accéléré durant la pandémie et qu'il présentait à la fois des possibilités et des limites. Selon de nombreux témoins, les soins virtuels pourraient faciliter l'accès aux soins au Canada¹⁶². Parmi les avantages mentionnés par les témoins, citons la prestation de soins en toute sécurité durant la pandémie, la flexibilité quant au lieu et au moment de la rencontre médicale et au prestataire de soins, le gain de temps pour les patients comme pour les médecins, l'amélioration de la continuité des soins ainsi que la réduction du temps de déplacement pour les patients des régions rurales et éloignées. Compte tenu des avantages, la Dre Smart a proposé que le gouvernement fédéral investisse 400 millions de dollars pour multiplier les outils et les services virtuels facilitant la prestation de soins¹⁶³.

En revanche, d'autres témoins ont parlé des limites des soins virtuels. Un thème qui est souvent ressorti des témoignages est le fait que les soins virtuels pourraient être un grand avantage dans certaines circonstances, mais pas dans d'autres¹⁶⁴. Des témoins ont insisté sur le fait que les soins en personne s'imposent pour certains problèmes de santé ou certaines populations ou encore dans certains contextes. Le Dr Soulez, le Dr Pichora et M. Barua ont signalé que le recours accru aux soins virtuels a entraîné des conséquences inattendues¹⁶⁵, notamment une augmentation de la demande en imagerie médicale et un arriéré des demandes de consultation des patients, ainsi que la possibilité que les frais d'utilisation et les frais modérateurs imposés aux usagers entraînent des contestations en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. D'autres inquiétudes avaient trait à l'équité, particulièrement en raison des disparités dans l'accès aux technologies de communication ou à l'infrastructure nécessaires pour prodiguer des

162 HESA, [Témoignages](#), 9 mai 2022, 1610 et HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1710 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne), HESA, [Témoignages](#), 2 mars 2022, 1755 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario), HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1745 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada), HESA, [Témoignages](#), 27 avril 2022, 1635 (D^{re} Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada), et HESA, [Témoignages](#), 9 mai 2022, 1715 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada).

163 HESA, [Témoignages](#), 9 mai 2022, 1530 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

164 HESA, [Témoignages](#), 27 avril 2022, 1635 (D^{re} Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada), HESA, [Témoignages](#), 9 mai 2022, 1715 (D^r Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada), HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1745 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada), et HESA, [Témoignages](#), 2 mars 2022, 1745 (D^r David Pichora, président-directeur général, Centre des sciences de la santé de Kingston).

165 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1745 (D^r Gilles Soulez, président, Association canadienne des radiologistes), HESA, [Témoignages](#), 2 mars 2022, 1745 (D^r David Pichora, président-directeur général, Centre des sciences de la santé de Kingston), et HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1725 (M. Bacchus Barua, directeur, Études sur les politiques de santé, Institut Fraser, à titre personnel).

soins virtuels. Le Dr Bouchard a fait une mise en garde : « [...] nous ne voulons pas remplacer un médecin de famille dans une collectivité rurale par de simples soins virtuels¹⁶⁶ ».

Selon des témoins, il faut plus d'informations pour bien savoir quand et comment les soins virtuels sont les plus efficaces¹⁶⁷ et où ils posent des risques¹⁶⁸. Pour en apprendre plus à cet égard, le Dr Kassam a recommandé qu'on appuie les sociétés nationales pour qu'elles élaborent des lignes directrices sur les interventions propres à leur profession qui se prêtent au mode virtuel et lesquelles exigent la présence en personne¹⁶⁹.

Les outils virtuels pourraient également être utiles dans la formation à distance et continue des professionnels des soins de santé, surtout dans les régions rurales et éloignées. Mme Rvachew, par exemple, a parlé de la supervision à distance des étudiants en orthophonie et en audiologie dans les collectivités du Nord¹⁷⁰.

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 15

Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les peuples autochtones et les intervenants, pour développer l'infrastructure numérique et apporter d'autres améliorations au système, afin d'accroître l'accès à des soins virtuels sûrs et de haute qualité, comme il convient.

Soutiens et incitatifs financiers pour les travailleurs de la santé

Les témoins ont proposé diverses mesures incitatives et de soutien pour recruter plus de travailleurs de la santé en général, et plus particulièrement dans les régions rurales et éloignées, et les maintenir en poste. À court terme, a-t-on dit aux membres, des mesures incitatives devraient être offertes pour retenir les effectifs de la santé que nous avons. La Dre Lemire a proposé des incitatifs financiers limités dans le temps pour

166 HESA, *Témoignages*, 9 mai 2022, 1715 (Dr Brady Bouchard, président, Collège des médecins de famille du Canada).

167 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1735 (Dr David Pichora, président-directeur général, Centre des sciences de la santé de Kingston).

168 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1805 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN).

169 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (Dr Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

170 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1630 (M^{me} Susan Rvachew, professeure titulaire, Orthophonie et Audiologie Canada).



retenir les médecins de famille qui envisagent de quitter leur poste¹⁷¹. De la même façon, M. Villeneuve a recommandé des mesures incitatives pour retenir les infirmières, notamment des primes, une exonération du remboursement des prêts¹⁷² et des crédits d'impôt¹⁷³, tandis que la Dre Paes a en plus suggéré des subventions pour les employeurs qui embauchent des étudiants et des travailleurs de la santé formés à l'étranger¹⁷⁴.

Pour inciter les professionnels de la santé à travailler dans les régions rurales et éloignées du Canada, des témoins ont proposé un allègement fiscal fédéral de 15 % et le versement de bourses sur cinq ans aux professionnels de la santé qui ont travaillé dans une région rurale et éloignée du Canada pendant au moins cinq ans¹⁷⁵.

De son côté, l'Association chiropratique canadienne a suggéré une déduction fiscale ponctuelle pour les professionnels de la santé qui ouvrent une clinique dans une communauté rurale ou mal desservie¹⁷⁶.

Dans plusieurs mémoires, il a été proposé d'élargir à d'autres professions de la santé les incitatifs financiers actuellement versés, comme le programme canadien d'exonération de remboursement des prêts d'études¹⁷⁷.

Les témoins et les mémoires ont traité d'une variété de mesures de soutien visant à réduire le fardeau, la charge de travail et le stress, de manière à pouvoir améliorer le maintien en poste des travailleurs de la santé. Ces mesures comprennent un soutien aux travailleurs de la santé dans les régions rurales et éloignées, notamment :

171 *Ibid.*, 1555 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada).

172 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).

173 *Ibid.*

174 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1600 (D^{re} Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada).

175 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario), et HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1545 (D^r Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel).

176 HESA, *Mémoire*, Association chiropratique canadienne.

177 HESA, *Mémoire*, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux; HESA, *Mémoire*, Association chiropratique canadienne.

- a) une meilleure connectivité et un meilleur équipement pour accroître le recours aux soins virtuels;
- b) des outils pour réduire la charge administrative et pour tenir des dossiers médicaux électroniques¹⁷⁸;
- c) des outils d'aide à la prise de décision pour réduire la fatigue, des programmes de soutien par les pairs et de l'aide aux établissements d'enseignement postsecondaire.

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, utilise les pouvoirs qui relèvent de sa compétence, ou combine les deux solutions, pour créer des incitatifs au maintien en poste des travailleurs de la santé, afin d'encourager ceux-ci à rester ou à retourner au travail, ce qui aidera à remédier à la crise de la main-d'œuvre.

Recommandation 17

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires pour offrir des incitatifs permettant d'attirer plus de médecins vers la médecine familiale et de les retenir.

Travailleurs de la santé dans les régions rurales et éloignées

En plus du fardeau décrit précédemment qui pèse sur les effectifs du secteur de la santé au Canada, les travailleurs de la santé dans les régions rurales et éloignées doivent faire face à des facteurs de stress supplémentaires, comme la connexion Internet, l'accès difficile au soutien informatique et la difficulté de trouver des remplaçants pour leurs absences à court et à long terme. Les témoins ont discuté de la nécessité d'améliorer la couverture à large bande, l'équipement et le soutien en TI pour les soins virtuels¹⁷⁹. Mme Rvachew a fait valoir qu'on a besoin d'une connectivité de haute qualité dans toutes les régions du Canada pour y offrir des services d'orthophonie et d'audiologie¹⁸⁰.

178 HESA, *Mémoire*, Organismes caritatifs neurologiques du Canada.

179 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1545 (D^r Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel), 1620 (M^{me} Dawn Wilson, chef de la direction, Orthophonie et Audiologie Canada), et 1650 (M^{me} Susan Rvachew, professeure titulaire, Orthophonie et Audiologie Canada).

180 *Ibid.*, 1650 (M^{me} Susan Rvachew, professeure titulaire, Orthophonie et Audiologie Canada).



Enfin, les membres ont appris qu'il est difficile, dans les régions rurales et éloignées, de trouver des remplaçants aux travailleurs de la santé pendant leurs absences de courte ou de longue durée. Le Dr Maguire a expliqué que les médecins hésitent à aller y travailler par crainte de ne pas pouvoir prendre de vacances, assister à des conférences ou s'absenter pour une longue période faute de remplaçants. Il a laissé entendre qu'un programme fédéral de remplacement pourrait contribuer à répondre à cette inquiétude, surtout si un permis d'exercice national est mis en place¹⁸¹.

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 18

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires à la mise au point de stratégies pour recruter, former et soutenir adéquatement les travailleurs de la santé dans les collectivités rurales, éloignées et du Nord.

Fardeau administratif

On a informé le Comité qu'un médecin consacre jusqu'à 30 % de son temps à des tâches administratives, comme la saisie de données sur les patients dans les dossiers médicaux électroniques, la prise de contact avec d'autres médecins pour leur adresser des patients, et même l'envoi de télécopies¹⁸², et que souvent, ce travail non rémunéré s'effectue après les heures de travail¹⁸³. Les membres ont constaté que cette charge empiète sur le temps consacré aux soins des patients, contribue à retarder les traitements et augmente les risques pour la sécurité des patients¹⁸⁴. La Dre Boucher, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, a indiqué que la fatigue et l'épuisement professionnel qui découlent de ce fardeau administratif constituent un facteur dissuasif non seulement pour le maintien en poste des médecins, mais aussi pour leur recrutement¹⁸⁵. On a expliqué que l'affectation de fonds et la simplification des processus administratifs, en plus de l'ajout de personnel de bureau pour aider les

181 *Ibid.*, 1545 (Dr Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel).

182 *Ibid.*, 1720 (D^{re} Guylaine Lefebvre, directrice exécutive, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), et HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1720 (Dr Arjun Sahgal, professeur de radio-oncologie, Université de Toronto, à titre personnel).

183 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1800 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne).

184 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1550 (M^{me} Santanna Hernandez, présidente, Fédération canadienne des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada).

185 *Ibid.*, 1600 (D^{re} Anne-Louise Boucher, directrice, Planification et régionalisation, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec).

médecins et les équipes de soins de santé primaires, permettraient à ceux-ci de consacrer plus de temps aux soins directs aux patients et contribueraient à les maintenir en poste¹⁸⁶. L'Association médicale de l'Ontario et le Collège des médecins de famille du Canada ont tous deux estimé que la réduction du fardeau administratif était une priorité pour atténuer l'épuisement professionnel¹⁸⁷.

Des témoins ont décrit la fatigue à laquelle donne lieu l'inefficacité des processus et des plateformes internes. Les membres ont été informés que la mise en œuvre d'outils de prise de décision, comme des lignes directrices nationales et des systèmes d'aide à la prise de décision clinique, contribuerait à diminuer le stress et à réduire au minimum les procédures inutiles ou redondantes¹⁸⁸. Les médecins ont également souligné qu'il était nécessaire de mener à bien le déploiement de dossiers médicaux électroniques complets et intégrés¹⁸⁹. Le Dr Kassam a révélé que le manque d'interopérabilité entre les systèmes provinciaux de dossiers médicaux électroniques est un facteur important d'épuisement professionnel et il a demandé instamment au gouvernement fédéral d'investir davantage dans Inforoute Santé du Canada¹⁹⁰.

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 19

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les provinces, les territoires, les peuples autochtones et les intervenants, assure la mise en commun des pratiques

186 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630, (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada), HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1555 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada), et HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1540 (D^r Arjun Sahgal, professeur de radio-oncologie, Université de Toronto, à titre personnel).

187 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1555 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada), et HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

188 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1655 (D^r Gilles Soulez, président, Association canadienne des radiologistes), et HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario).

189 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario), et HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1625 (D^r Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel), et 1650 (D^{re} Guylaine Lefebvre, directrice exécutive, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada).

190 HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario), HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1535 (M. Sulas Coletto, infirmier autorisé, à titre personnel), et HESA *Témoignages*, 4 avril 2022, 1610 (D^{re} Guylaine Lefebvre, directrice exécutive, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada).



exemplaires visant à réduire les fardeaux administratifs pour les professionnels de la santé, comme il convient, afin de s’assurer que le temps n’est pas inutilement retiré aux patients, et de réduire le rôle important des charges administratives dans l’épuisement professionnel.

Programmes d’aide en santé mentale à l’intention des professionnels de la santé

Le Dr Gratzer s’est dit optimiste quant à la résilience des effectifs du secteur de la santé au Canada, mais il a fait remarquer que certaines personnes pourraient être plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale, notamment les personnes ayant des antécédents en la matière. Il a néanmoins fait observer que la pandémie de COVID-19 pourrait entraîner des conséquences similaires à celles observées dans la foulée de l’écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, où des travailleurs de la santé qui avaient été directement exposés au virus ainsi que d’autres qui avaient survécu à l’infection ont continué d’éprouver des problèmes de santé mentale par la suite.

Le Dr Gratzer a souligné la pertinence des programmes de soutien par les pairs pour aider à lutter contre le stress et l’épuisement professionnel chez les travailleurs de la santé¹⁹¹. Les membres du Comité ont été sensibilisés à certains programmes adoptés pendant la pandémie, notamment le Carrefour du bien-être des médecins de l’Association médicale canadienne et le Programme d’aide aux médecins du Québec, mais ils ont aussi appris qu’il fallait plus d’aide¹⁹². La Dre Paes a réclamé des investissements du gouvernement fédéral dans ce domaine. Elle a suggéré à ce dernier de verser directement des fonds aux fournisseurs de soins de santé ainsi qu’aux provinces et aux territoires pour les ressources en santé mentale¹⁹³.

191 HESA, *Témoignages*, 25 avril 2022, 1535 (Dr David Gratzer, médecin et psychiatre traitant, Centre de toxicomanie et de santé mentale, à titre personnel).

192 HESA, *Témoignages*, 28 mars 2022, 1555 (Dr Martin Champagne, président, Association des médecins hématologues et oncologues du Québec).

193 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1600 (Dre Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada).

Ainsi, le Comité recommande :

Recommandation 20

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires pour mettre en œuvre une stratégie pancanadienne de la santé mentale pour les travailleurs de la santé.

Organisme indépendant responsable des effectifs du secteur de la santé

Des témoins ont dit au Comité que la création d'un organisme indépendant par le gouvernement fédéral permettrait de rassembler tous les intervenants et de coordonner les efforts à l'échelle du pays pour que l'on vienne à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé. Selon Mme Silas, « [n]ous sommes un pays beaucoup trop petit pour nous attendre à ce que les 13 provinces et territoires aient toutes les données, toutes les pratiques exemplaires et tous les experts¹⁹⁴ ».

Cet organisme, selon ce qu'ont entendu les membres, devrait s'inscrire dans une stratégie à long terme de planification des effectifs de la santé¹⁹⁵. Des témoins ont proposé qu'il soit chargé de recueillir des données sur les effectifs de la santé, peut-être dans le cadre d'une stratégie nationale en matière de données¹⁹⁶, afin de cerner et de régler les problèmes liés aux stratégies de recrutement et de maintien en poste, et de formuler des recommandations aux gouvernements provinciaux et territoriaux, et aux organisations de professionnels de la santé et d'enseignants sur les besoins prévus en matière d'effectifs et leur répartition dans tout le Canada¹⁹⁷.

194 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1715 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers).

195 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1625 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers), et 1645 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN), HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada), HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1550 (D^r Louis Perrault, président, Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec), et HESA, *Mémoire*, Réseau canadien des personnels en santé.

196 HESA, *Témoignages*, 4 avril 2022, 1555 (D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada).

197 HESA, *Témoignages*, 16 février 2022, 1645 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN), et HESA, *Témoignages*, 2 mars 2022, 1630 (M. Michael Villeneuve, directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada).



Augmentation des dépenses fédérales en santé

Plusieurs témoins ont abordé plus particulièrement la question du financement ciblé et des transferts fédéraux en santé. En ce qui concerne le Transfert canadien en matière de santé, bon nombre d'entre eux se sont entendus sur la nécessité de l'augmenter de façon significative¹⁹⁸. Tandis que le Dr Perrault a souligné qu'il était nécessaire d'augmenter le financement fédéral en matière de santé avant la pandémie et qu'il fallait donc l'augmenter immédiatement afin de s'en remettre¹⁹⁹, M. Cloutier a dit que le gouvernement fédéral doit augmenter les transferts aux provinces en temps voulu, peut-être après la tenue d'une conférence sur la santé avec les premiers ministres visant à évaluer l'état des coûts liés à la santé dans les provinces²⁰⁰. M. Cloutier a souligné que

[...] si nous accordons un financement sans savoir pourquoi, sans savoir le but que nous voulons atteindre ni les changements que nous voulons apporter dans le système, il se peut que nous nous retrouvions dans la même situation que dans le passé, c'est-à-dire que des fonds seront alloués à des secteurs où il n'y aura presque pas de résultats²⁰¹.

Parmi les autres investissements fédéraux réclamés par les témoins, mentionnons ceux qui suivent :

- accorder 1,5 milliard de dollars pour l'équipement d'imagerie médicale et les ressources humaines²⁰²;
- consacrer 300 millions de dollars sur trois ans aux provinces et aux territoires pour des allègements de dette et des mesures incitatives

198 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1715 (M^{me} Linda Silas, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers), et 1725 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN), HESA, [Témoignages](#), 2 mars 2022, 1635 (D^r Adam Kassam, président, Association médicale de l'Ontario), HESA, [Témoignages](#), 28 mars 2022, 1700 (D^r Martin Champagne, président, Association des médecins hématologues et oncologues du Québec), HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1635 (D^r Louis Perrault, président, Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec), et HESA, [Témoignages](#), 25 avril 2022, 1600 (D^{re} Anne-Louise Boucher, directrice, Planification et régionalisation, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec).

199 HESA, [Témoignages](#), 4 avril 2022, 1635 (D^r Louis Perrault, président, Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec).

200 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1725 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN).

201 *Ibid.*, 1700 (M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, SoinsSantéCAN).

202 *Ibid.*, 1635 (D^r Gilles Soulez, président, Association canadienne des radiologistes), et HESA, [Mémoire](#), Association canadienne des radiologistes.

favorisant le maintien en poste des professionnels de la santé dans les domaines et les régions où il y a des besoins urgents²⁰³;

- consacrer 300 millions de dollars sur trois ans à un fonds fédéral accessible aux provinces et aux territoires pour le financement de services de soutien administratifs et de santé mentale qui améliorent le bien-être des travailleuses et travailleurs en soins de santé primaires et secondaires²⁰⁴;
- respecter l'engagement de verser 3,2 milliards de dollars aux provinces et aux territoires pour l'embauche de nouveaux médecins de famille, infirmières et infirmiers, et infirmières et infirmiers praticiens. Dans le cadre de cet engagement, allouer 1,2 milliard de dollars sur quatre ans à un fonds d'accès aux soins primaires et 2 millions de dollars à l'évaluation de la capacité de formation interprofessionnelle des médecins de famille et des autres professionnels du secteur des soins primaires²⁰⁵;
- accorder 400 millions de dollars sur quatre ans aux provinces et aux territoires, qui seraient investis dans les soins primaires, en tirant parti des travaux déjà faits par le gouvernement dans le cadre de la table fédérale-provinciale-territoriale sur les soins virtuels et les outils numériques²⁰⁶;
- tirer parti de l'engagement à verser 3,2 milliards de dollars aux provinces et aux territoires pour accroître le bassin de médecins de famille, d'infirmières et infirmiers, et d'infirmières et infirmiers praticiens, ce qui nécessitera des investissements dans l'infrastructure de formation et d'éducation (capacité du corps enseignant, remboursement des professeurs, sites de formation, etc.)²⁰⁷;

203 HESA, [Mémoire](#), Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Collège des médecins de famille du Canada.

204 *Ibid.*

205 HESA, [Témoignages](#), 16 février 2022, 1630 (D^{re} Katharine Smart, présidente, Association médicale canadienne), et HESA, [Mémoire](#), Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Collège des médecins de famille du Canada.

206 HESA, [Mémoire](#), Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Collège des médecins de famille du Canada.

207 *Ibid.*



- tirer parti de l'engagement à verser 3,2 milliards de dollars aux provinces et aux territoires pour accroître le bassin de médecins de famille, d'infirmières et infirmiers, et d'infirmières et infirmiers praticiens, en appuyant la mise en place de procédures rapides d'accès au permis d'exercice et à la pratique pour les diplômés étrangers en médecine et les infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui souhaitent faire carrière au Canada²⁰⁸;
- dans le cadre de l'engagement électoral de fournir 4,5 milliards de dollars sur cinq ans pour la santé mentale, soutenir la mise en place d'une stratégie pancanadienne à long terme sur la santé mentale des travailleuses et travailleurs du secteur de la santé, qui pourrait s'inspirer du plan d'action fédéral de 2019 pour la santé mentale du personnel de la sécurité publique²⁰⁹;
- consacrer 50 millions de dollars sur quatre ans pour, dans un premier temps, améliorer la standardisation des données sur les effectifs de la santé et les procédés de collecte dans les provinces et les territoires, et pour, dans un deuxième temps, soutenir la création d'un centre d'excellence, avec le concours d'une entité existante (comme l'ICIS), afin de centraliser les données et d'appuyer les efforts de planification des provinces et territoires²¹⁰.

CONCLUSION

Le Comité remercie de leur contribution tous ceux et celles qui ont comparu devant lui ou qui ont participé par écrit.

208 *Ibid.*

209 *Ibid.*

210 *Ibid.*

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

Le tableau ci-dessous présente les témoins qui ont comparu devant le Comité lors des réunions se rapportant au présent rapport. Les transcriptions de toutes les séances publiques reliées à ce rapport sont affichées sur la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Organismes et individus	Date	Réunion
À titre personnel Bacchus Barua, directeur, Études sur les politiques de santé, Institut Fraser	2022/02/16	8
Association canadienne des radiologistes Gilles Soulez, président	2022/02/16	8
Association médicale canadienne Katharine Smart, présidente	2022/02/16	8
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers Linda Silas, présidente	2022/02/16	8
SoinsSantéCAN Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction Elaine Watson, directrice des ressources humaines, Covenant Health	2022/02/16	8
Association des infirmières et infirmiers du Canada Gail Tomblin Murphy, Ph.D., vice-présidente, Recherche, innovation et découverte et infirmière en chef, Santé Nouvelle-Écosse Michael Villeneuve, directeur général	2022/03/02	10
Association médicale de l'Ontario Dr Adam Kassam, président Dr James Wright, chef, Économie, politiques et recherche	2022/03/02	10
British Columbia Pharmacy Association Geraldine Vance, présidente-directrice générale	2022/03/02	10

Organismes et individus	Date	Réunion
Centre des sciences de la santé de Kingston Dr David Pichora, président-directeur général	2022/03/02	10
À titre personnel Sylas Coletto, infirmier autorisé Brenda Payne, infirmière d'expérience, éducatrice, cadre de direction et consultante (zones rurales et urbaines)	2022/03/28	13
Association canadienne des écoles de sciences infirmières Cynthia Baker, directrice générale	2022/03/28	13
Association canadienne des ergothérapeutes Giovanna Boniface, présidente et ergothérapeute Hélène Sabourin, chef de la direction	2022/03/28	13
Association des médecins hématologues et oncologues du Québec Dr Martin A. Champagne, président et hémato-oncologue	2022/03/28	13
Corpus Sanchez International Consultancy inc. Bradley Campbell, président	2022/03/28	13
À titre personnel Dr Hugh Maguire, chef de la psychiatrie, Nouvelle-Écosse zone nord, professeur adjoint, Dalhousie University	2022/04/04	15
Association des chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques du Québec Dr Louis P. Perrault, président et chirurgien cardiaque	2022/04/04	15
Association des pharmaciens du Canada Dre Danielle Paes, pharmacienne en chef	2022/04/04	15
Collège des médecins de famille du Canada Dr Brady Bouchard, président Dre Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction	2022/04/04	15
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada Dre Guylaine Lefebvre, directrice exécutive Bureau des programmes et de la mobilisation des membres	2022/04/04	15

Organismes et individus	Date	Réunion
Orthophonie et Audiologie Canada Susan Rvachew, professeure titulaire Dawn Wilson, chef de la direction	2022/04/04	15
À titre personnel Dr David Gratzner, médecin et psychiatre traitant Dr Arjun Sahgal, professeur de radio-oncologie	2022/04/25	17
Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada Montana Hackett, directeur des affaires gouvernementales Santanna Hernandez, présidente	2022/04/25	17
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec Dre Anne-Louise Boucher, directrice, Planification et régionalisation	2022/04/25	17
Health Intelligence Inc. Dr David Peachey, directeur	2022/04/25	17
Sheridan College Janet Morrison, présidente et vice-chancelière	2022/04/25	17
Association des facultés de médecine du Canada Dre Geneviève Moineau, présidente et directrice générale	2022/04/27	18
Fédération des ordres des médecins du Canada Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction	2022/04/27	18
Pallium Canada Jeffrey Moat, président-directeur général Dr José Pereira, directeur scientifique	2022/04/27	18
Réseau canadien des personnels de santé Ivy Lynn Bourgeault, directrice	2022/04/27	18
Association des infirmières et infirmiers du Canada Tim Guest, directeur général	2022/05/09	20
Association médicale canadienne Dre Katharine Smart, présidente	2022/05/09	20

Organismes et individus	Date	Réunion
Collège des médecins de famille du Canada Dr Brady Bouchard, président Dre Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction	2022/05/09	20

ANNEXE B

LISTE DES MÉMOIRES

Ce qui suit est une liste alphabétique des organisations et des personnes qui ont présenté au Comité des mémoires reliés au présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Association canadienne de physiothérapie

Association canadienne des assistant(e)s dentaires

Association canadienne des ergothérapeutes

Association canadienne des hygiénistes dentaires

Association canadienne des radiologistes

Association canadienne des technologues en radiation médicale

Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

Association canadienne d'ophtalmologie

Association chiropratique canadienne

Association dentaire canadienne

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association des professionnels des laboratoires médicaux de l'Ontario

Association médicale canadienne

Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Collège des médecins de famille du Canada

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Litt, Nathan

Mcgrath, Teri

Messier, Cheryl

Organismes caritatifs neurologiques du Canada

Réseau canadien des personnels de santé

Spectrum Health Care

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

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

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents (réunions n^{os} 8, 10, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 33, 34, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 50 et 51) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,
Sean Casey

Opinion complémentaire du Bloc Québécois

Effectifs du secteur de la santé au Canada/ Canada's Health Workforce

15 février 2023

Le Bloc Québécois tient à souligner l'importance qu'il accorde à la question la crise des effectifs du secteur de la santé. La pandémie de la Covid-19 a mis en lumière les conditions difficiles vécues par ces travailleurs et il était tout à propos que le comité se penche sur cette question afin d'examiner de quelle façon le fédéral peut contribuer, dans la limite des compétences qui lui sont dévolues par la Loi constitutionnelle de 1867, à contrer le manque d'effectif dans nos systèmes de santé.

Le Bloc Québécois tient également à remercier l'ensemble des collègues, témoins et personnels de soutien qui ont donné de leur temps pour cette étude. Sans le dévouement et le sérieux de l'ensemble de ces parties, la réalisation de cette étude aurait été impossible.

Respect du champ de compétence

En premier lieu, le Bloc Québécois tient à rappeler que le fédéral doit agir dans le respect des champs de compétence du Québec et des provinces. La Loi constitutionnelle de 1867 confère aux provinces la gestion des hôpitaux. De ce fait, le personnel de la santé dans ces mêmes établissements relève également de sa compétence. De plus, les ordres professionnels sont également de compétences des provinces. À la lumière de ces faits, nous nous inscrivons en faux contre les recommandations de ce rapport qui octroie un rôle au fédéral dans la gestion des opérations courantes des hôpitaux, dans la formation de la main d'œuvre ou encore dans les formules de rémunération de celle-ci. Par conséquent, parce qu'elles sont *ultra vires*, le Bloc Québécois n'appuie pas les recommandations 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19 et 20.

Fédéralisme asymétrique

Le 15 septembre 2004, dans la foulée des ententes des Transferts canadiens en santé, le fédéral a reconnu de pair avec le Québec, par voie de communiqué :

«la volonté du gouvernement du Québec d'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, constatant que son engagement à l'égard des principes qui fondent son système public de santé – soit l'universalité, la transférabilité, l'intégralité, l'accessibilité et l'administration publique – coïncide avec celui de l'ensemble des gouvernements du Canada, et se fondant sur un fédéralisme asymétrique, c'est-à-dire un fédéralisme flexible qui permet notamment l'existence d'ententes et d'arrangements adaptés à la spécificité du Québec.»

Le Bloc québécois est d'avis que toute action menée par le fédéral en matière de santé doit s'effectuer dans le respect de ce fédéralisme asymétrique. Ainsi, le fédéral doit reconnaître que le Québec procède à ses propres réformes et choix en matière de main-d'œuvre dans son système de santé et soutenir ses initiatives, par le biais des transferts canadiens en santé.

Déséquilibre fiscal

Finalement, le Bloc Québécois tient à rappeler que la cause profonde des difficultés de nos systèmes de santé est liée au déséquilibre fiscal qui sévit au sein de la fédération canadienne. Le désengagement du fédéral dans le financement de la santé ne permet pas au Québec et aux provinces d'offrir les conditions de travail que méritent les travailleurs de la santé. Le Bloc réitère que le fédéral doit augmenter les transferts fédéraux en santé et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux en plus de céder des points d'impositions aux provinces pour que ces dernières puissent mener à bien l'ensemble de leurs missions qu'englobent les services sociaux, et ce, de manière prévisible et pérenne.

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA

Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada

Le 9 février 2022, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HESA) a adopté une motion pour entreprendre une étude sur la crise qui touche les effectifs du secteur de la santé au Canada. Cette étude s'est déroulée dans le contexte unique d'une pandémie mondiale qui a exercé une pression sans précédent sur le système de soins de santé du pays et sur tous ceux et celles qui mettent leurs compétences, leurs talents et leur dévouement au service de son fonctionnement.

Le Nouveau Parti démocratique du Canada remercie tous ceux et celles qui ont participé à l'étude. Il tient également à exprimer sa profonde gratitude aux travailleurs et travailleuses de la santé de tout le pays, qui font de grands sacrifices pour prendre soin de nous lorsque nous en avons le plus besoin.

Nous pensons qu'il est essentiel de souligner que si la crise de la COVID-19 a mis en évidence les nombreuses faiblesses de notre système de santé, dans de nombreux cas, elle n'en est pas la cause. Il ne fait aucun doute que la pandémie de COVID-19 a créé des conditions extrêmes qui poussent les effectifs du secteur de la santé à se surmener et à quitter leur profession à un rythme jamais vu. Cependant, la plupart des problèmes qui ont contribué à cette crise sont apparus il y a des décennies.

Une conclusion s'impose : si nous n'agissons pas maintenant, nous courons le risque de voir le système de santé s'effondrer.

Le Nouveau Parti démocratique du Canada approuve le rapport du Comité et les vingt recommandations qu'il contient. Il croit toutefois qu'il est possible de les améliorer. Nous présentons donc les renseignements et les recommandations supplémentaires suivantes afin de résoudre la crise touchant les effectifs du secteur de la santé au Canada.

A. Responsabilité du gouvernement fédéral en matière de soins de santé

Le Nouveau Parti démocratique estime qu'il est d'une importance capitale de veiller à ce que tous les ordres de gouvernement fassent leur part pour assurer la prestation de soins de santé de qualité au Canada. À notre avis, nous ne parviendrons pas à résoudre les graves problèmes qui affligent le système de santé, notamment la crise des ressources humaines, si les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ne collaborent pas pleinement.

Il faut reconnaître que la Constitution du Canada n'accorde pas expressément la compétence en matière de soins de santé exclusivement au Parlement fédéral ou aux assemblées législatives provinciales/territoriales. En effet, la Cour suprême du Canada a clairement indiqué que la santé « n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas¹ ».

Bien que les provinces soient responsables de la prestation directe de la plupart des services médicaux, de l'établissement des hôpitaux et de la réglementation des professions, le gouvernement fédéral utilise son pouvoir de dépenser, qui trouve son fondement dans les articles 91 et 106 de la Constitution, pour établir les conditions et les critères des transferts fédéraux en santé. Il exerce également sa compétence en santé grâce à son pouvoir en matière de droit criminel (qu'il exerce, par exemple, pour réglementer les médicaments sur ordonnance) et, indirectement, à son pouvoir à l'égard de la paix, de l'ordre et du bon gouvernement.

Sur le plan législatif, le gouvernement fédéral exerce sa compétence le plus souvent par l'entremise de la *Loi canadienne sur la santé* et de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. Il convient de noter que le pouvoir fédéral de dépenser dépasse le champ de compétence fédérale en matière législative et que le Parlement est habilité, lorsque les circonstances le justifient (comme les urgences), à affecter des fonds dans des domaines qui relèvent de la compétence des provinces.

Cela signifie que les deux principaux ordres de gouvernement au Canada – fédéral et provincial/territorial – ont des rôles essentiels à jouer pour garantir l'accès de tous les Canadiens à des soins de santé de qualité, qui sont fournis en temps opportun et de manière équitable.

B. Dépenses du gouvernement fédéral en santé

Bien que la pandémie de COVID-19 ait indéniablement exercé une énorme pression sur le système de santé, la crise qui y sévit trouve son origine dans des décennies de mauvais choix politiques faits par tous les ordres de gouvernement et dans la diminution constante du financement fédéral par les gouvernements successifs.

À sa création, le système public de soins de santé du Canada reposait sur un partenariat de partage des coûts à parts égales entre le gouvernement fédéral et les provinces. Cependant, au fil des ans, la contribution fédérale est passée à seulement 22 %. Bien que le gouvernement fédéral conteste parfois ce chiffre, il ne nie jamais que sa part a chuté à moins de 50 %.

¹ *Schneider c. La Reine*, 1982 CanLII 26 (CSC), [1982] 2 RCS 112.

Cette situation a profondément déplacé le fardeau financier de la prestation des soins de santé et exacerbe les pressions causées par le vieillissement de la population, les avancées technologiques et l'augmentation du coût des traitements et des médicaments.

Les conséquences crèvent les yeux sur la ligne de front des soins.

Auparavant, le Canada comptait 6,9 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, alors qu'il n'en compte plus que 2,5. Des millions de Canadiens sont incapables d'avoir accès à un médecin de famille, la principale porte d'entrée dans le système de santé. Et le Canada se classe maintenant parmi les derniers pays de l'OCDE pour le nombre de médecins par habitant et le temps d'attente pour l'obtention de soins essentiels.

C. Prestation des soins de santé publics

Fait alarmant, la diminution de la part du gouvernement fédéral dans les dépenses globales en matière de santé a provoqué une augmentation de la prestation de services privés à but lucratif dans tout le pays, ou des appels en ce sens. Il en a découlé une atteinte au critère d'accessibilité prévu dans la *Loi canadienne sur la santé*, les patients recevant de plus en plus souvent indûment une facture pour des services de santé médicalement nécessaires qui leur sont fournis dans des cliniques privées.

En outre, certaines provinces permettent un accès plus rapide aux services de diagnostic essentiels, comme les IRM, à ceux qui peuvent les payer. Cette pratique entraîne des inégalités et un accès préférentiel aux soins en fonction de la richesse, car les résultats de ces diagnostics se traduisent souvent par un accès plus rapide à la chirurgie pour ces patients, ce qui facilite une forme de contournement de file d'attente.

Les cliniques privées du Canada exploitent également une faille de la *Loi canadienne sur la santé* pour offrir un accès à deux vitesses à des chirurgies non urgentes.

Cette faille découle de la définition que donne la *Loi* d'un service assuré: une chirurgie non urgente médicalement nécessaire n'est un service assuré que lorsqu'une personne se trouve dans sa province ou son territoire de résidence. En revanche, si elle se rend dans une autre province ou un autre territoire, la chirurgie non urgente n'est pas assurée et n'est donc pas assujettie aux conditions et aux critères de la *Loi*. Cela a conduit des cliniques privées à but lucratif à facturer des dizaines de milliers de dollars aux patients canadiens qui ont désespérément besoin de soins.

Certains gouvernements provinciaux ont récemment annoncé des plans afin d'élargir la prestation de services privés à but lucratif afin de remédier à l'engorgement des hôpitaux et aux longues listes d'attente inacceptables pour les chirurgies, les diagnostics et autres procédures. Cependant, les preuves recueillies au cours des décennies indiquent que cette approche ne fera qu'exacerber la crise actuelle.

Ce qui nous préoccupe dans le cadre de la présente étude, c'est le fait que des fournisseurs à but lucratif vont détourner les effectifs du système public et aggraver la pénurie de main-d'œuvre qui le met déjà à rude épreuve. Il en résultera une augmentation de l'épuisement professionnel grave et généralisé qu'ont décrit les représentants de chaque profession de la santé ayant témoigné devant le comité HESA et une aggravation du problème du recrutement et de maintien en poste dans le système public. Les soins privés à but lucratif ont également pour conséquence de prolonger les temps d'attente, qui sont déjà inacceptables, pour les patients du système public.

Sur le plan économique, il a été démontré à maintes reprises que la prestation de services à but lucratif est inefficace, qu'elle fait augmenter les coûts, qu'elle donne de moins bons résultats et qu'elle rend les gouvernements vulnérables aux pressions des entreprises, les ressources étant transférées du secteur public au secteur privé. Nous craignons que les coûts supplémentaires des soins privés, s'ils sont élargis, n'exercent une pression supplémentaire sur le système public et ne réduisent ses ressources, exacerbant ainsi les problèmes qui sont au cœur de la crise actuelle des effectifs.

Les preuves les plus concluantes démontrent que les soins de santé publics sont plus efficaces, équitables et rentables que les soins privés à but lucratif. La solution à la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada réside donc dans le renforcement des soins publics, plutôt que dans leur affaiblissement par la privatisation.

D. Personnel de soutien et professionnels paramédicaux

Le Nouveau Parti démocratique du Canada est conscient que le Comité n'a pas recueilli le témoignage du personnel de soutien dans le cadre de cette étude, ni de nombreuses professions paramédicales. C'est donc une lacune du présent rapport. Cependant, nous tenons à profiter de l'occasion pour souligner l'immense valeur de la contribution de ces effectifs au système de soins de santé et insister sur l'urgence de relever les défis auxquels ils sont confrontés partout au pays. Sans les compétences, les talents et la contribution de tous ceux et celles dont le travail physique et les connaissances en matière de santé rendent possible notre système public, les Canadiens ne recevraient pas les excellents soins qu'ils ont généralement le privilège de recevoir.

E. Liste de recommandations supplémentaires

Le Nouveau Parti démocratique du Canada recommande :

RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement du Canada augmente sa part des dépenses globales en santé, dans le but de revenir à un partenariat de financement à parts égales avec les provinces et les territoires.

RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement du Canada accorde d'autres transferts en santé aux provinces et aux territoires, sous réserve que les fonds publics soient affectés à la prestation de soins de santé publics.

RECOMMANDATION 3

Que le gouvernement du Canada renforce ses pouvoirs sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé* et de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* afin de mieux protéger l'intégrité du système de santé public. Pour ce faire, qu'il élimine toutes les failles qui rendent possible le paiement privé des services et qu'il intègre les services de diagnostic à la couverture publique.

RECOMMANDATION 4

Que le gouvernement du Canada prévoie des fonds particuliers pour le recrutement, la formation et le maintien en poste du personnel de soutien en santé afin que l'on puisse disposer de plus de temps et de capacités pour offrir des soins directs aux patients.

