

Canadian
Forces
College

Collège
des
Forces
Canadiennes



LA DÉPENDANCE DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES FACE AUX ENTREPRENEURS CIVILS

Major Luc Dionne

JCSP 45

Solo Flight

Disclaimer

Opinions expressed remain those of the author and do not represent Department of National Defence or Canadian Forces policy. This paper may not be used without written permission.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, as represented by the Minister of National Defence, 2022

PCEMI 45

Solo Flight

Avertissement

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent aucunement des politiques du Ministère de la Défense nationale ou des Forces canadiennes. Ce papier ne peut être reproduit sans autorisation écrite.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Défense nationale, 2022

CANADIAN FORCES COLLEGE – COLLÈGE DES FORCES CANADIENNES

JCSP 45 – PCEMI 45
2018 – 2020

SOLO FLIGHT

**LA DÉPENDANCE DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES
FACE AUX ENTREPRENEURS CIVILS**

Major Luc Dionne

“This paper was written by a student attending the Canadian Forces College in fulfilment of one of the requirements of the Course of Studies. The paper is a scholastic document, and thus contains facts and opinions, which the author alone considered appropriate and correct for the subject. It does not necessarily reflect the policy or the opinion of any agency, including the Government of Canada and the Canadian Department of National Defence. This paper may not be released, quoted or copied, except with the express permission of the Canadian Department of National Defence.”

“La présente étude a été rédigée par un stagiaire du Collège des Forces canadiennes pour satisfaire à l'une des exigences du cours. L'étude est un document qui se rapporte au cours et contient donc des faits et des opinions que seul l'auteur considère appropriés et convenables au sujet. Elle ne reflète pas nécessairement la politique ou l'opinion d'un organisme quelconque, y compris le gouvernement du Canada et le ministère de la Défense nationale du Canada. Il est défendu de diffuser, de citer ou de reproduire cette étude sans la permission expresse du ministère de la Défense nationale.”

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	i
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 – PERSPECTIVES HISTORIQUES ET APPROCHES ACTUELLES	2
Le contexte, les défis et l’impact du marché du travail civil canadien	2
Changements au niveau de la politique de santé au Canada	3
Le manque de médecins de soins primaires au Canada	3
Le contexte des Services de santé militaires canadiens	4
Réductions en effectifs et restructuration du système de santé militaire	4
Initiatives pour adresser les problèmes de dotation	5
Opération Phoenix et l’occupation Opérations des Services de santé	5
Projet Rx2000	6
Le Recrutement et maintien en poste	7
PARTIE 2 – RÉSULTATS ET CONSÉQUENCES	7
Le niveau dotation en Médecins militaires au sein des FAC	8
Conséquences sur l’accès aux soins et le mieux-être	9
Manque de médecins de soins primaires au Canada	10
Mitiger les manques d’effectifs en Médecins militaires – un problème épineux?	11
PARTIE 3 – UN PROBLÈME DE STRUCTURE D’EMPLOI MILITAIRE	12
Options offertes par les politiques et directives des FAC	13
Ordres sur les promotions	13
Les directives de structure des emplois militaires	14
Études SEM & optimisation des champs de pratique	15
Déterminer les tâches communes	15
Optimisation des champs de pratiques	16
CONCLUSION	17
Bibliographie	19

LES PÉNURIES EN MÉDECINS MILITAIRES : APPROCHER LE PROBLÈME AUTREMENT

INTRODUCTION

Depuis l'instauration de politiques de santé visant à rationaliser l'augmentation du nombre de médecins au Canada dans les années 1990¹ le Canada fait face à une pénurie en médecins de famille². Depuis ces changements et suite à la fermeture de ses hôpitaux militaires durant la même période, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes (Gp Svc S FC – les Services de santé) fait face à des pénuries de Médecins militaires (MÉD).

Malgré les pénuries en médecins de famille au pays et le succès mitigé de ses efforts de recrutement et de maintien en poste, ce type d'initiative demeure l'effort principal des Services de santé dans pour tenter de pallier aux conséquences des manques d'effectifs en MÉD. Cet essai argumentera qu'il est peu probable que l'offre en médecin de famille au Canada augmente à court et moyen terme et que l'application des principes des directives des structures d'emploi militaire (SEM) des Forces armées Canadiennes (FAC) permettraient le Gp Svc S FC de pallier aux conséquences de son manque d'effectifs en MÉD³.

En première partie, nous explorerons le contexte de la dotation en médecin au niveau de la main d'œuvre de médecins civils ainsi que le contexte des Services de santé

¹ Malko, Andrei V. & Vaughn Huckfeldt. « Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors ». Canadian Center of Science and Education, Global Journal of Health Science; Vol. 9, No. 9; 2017, p. 68, p. 69

² Golden, Brian & William Mitchell. « More doctors won't fix Canada's health-care woes ». The Conversation, 16 octobre 2019, consulté le 12 mai 2020 : <https://theconversation.com/more-doctors-wont-fix-canadas-health-care-woes-125372>

³ Notamment les MÉD, officiers en soins infirmier (S INFRIM), travailleurs sociaux (TS), Pharmaciens (PHARM), Adjoints au médecin (Adj au méd), Physiothérapeutes (PHYSIO) et infirmières praticiennes (une fois l'occupation créée au sein des FAC)

militaires au pays. Ensuite, traiterons des réformes systémiques et des initiatives du Gp Svc S FC pour adresser ses manques d'effectifs en MÉD. En deuxième partie, nous présenterons les conséquences de l'approche prise par les Services de santé. Nous étudierons les effets de celle-ci sur le niveau de dotation en Médecins militaires au sein des FAC ainsi que les conséquences de cette pénurie en MÉD sur les Services de santé avant de suggérer une différente façon de décrire le problème. En troisième partie, nous explorerons comment l'application de certaines politiques et directives des FAC pourrait aider à soulager certaines pressions que connaît l'occupation MÉD et ainsi atténuer les conséquences de la pénurie d'effectifs que connaît cette occupation clé.

PARTIE 1 - PERSPECTIVES HISTORIQUES ET APPROCHES ACTUELLES

Depuis le début des années 1990, la question de l'offre en médecins est une préoccupation entourant le monde de la santé civil et militaire au Canada. Comme le soulignent Malko et Huckfeldt (2017), plus d'un facteur contribue à la pénurie en médecins au Canada. Parmi les facteurs identifiées par leurs auteurs, deux nous semblent plus consécutifs pour les FAC et le Gp Svc S FC, soit les changements de politiques de santé des années 1990 ainsi que l'offre insuffisante en médecins de famille au pays⁴.

Le contexte, les défis et l'impact du marché du travail civil canadien

Bien que l'organisation recrute des médecins civils déjà formés⁵, celle-ci dépend des universités et hôpitaux civils (stages en résidence) pour éduquer et entraîner ses

⁴ Malko, Andrei V. & Vaughn Huckfeldt. « Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors », p. 69-72

⁵ Galloway, Gloria. « Military aims to alleviate doctor shortage by increasing number of sponsored residents. ». The Globe and Mail, 19 avril 2018, consulté le 5 mai 2020: <https://www.theglobeandmail.com/politics/article-canadian-military-plans-to-nearly-triple-number-of-residents-it/>

médecins. Alors, les fluctuations, pressions et changements affectant de la main d'œuvre médicale civile sont donc pertinentes pour les Services de santé⁶.

Changements au niveau de la politique de santé au Canada

En réaction à l'argument voulant qu'il y eût surplus de médecins au pays depuis les années 1970, le gouvernement canadien a instauré au début des années 1990 une série de politiques visant à rationaliser l'augmentation du nombre de médecins au Canada⁷.

Les conséquences de ces politiques se sont faites ressentir jusqu'au début des années 2000, alors que le pays a vu une période de croissance quasi nulle en médecins⁸, facteur qui aurait contribué à la pénurie de médecins au pays jusqu'à récemment⁹.

Cette tendance a cependant été renversée récemment, alors qu'on observe depuis 2010 une croissance dans l'offre de médecins au pays et que l'on prévoit que cette offre continuera de s'accroître au cours de 10 prochaines années¹⁰. Cependant, une plus grande proportion de ces nouveaux médecins choisit de devenir médecins spécialistes¹¹.

Le manque de médecins de soins primaires au Canada

En fait, le nombre de médecin canadiens débutant leur pratique comme médecin de famille a chuté d'un peu moins de 50% dans les 10 ans suivant l'instauration des

⁶ Le Centre d'instruction des Services de santé des Forces canadiennes (CI Svcs S FC) n'a que pour mandat et ressources d'endoctriner les nouveaux MÉD aux aspects uniques de la médecine militaire, notamment les principes de base de la médecine occupationnelle militaire

⁷ Malko, Andrei V. and Vaughn Huckfeldt. « Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors », p. 68, p. 69

⁸ Globerman Steven, Bacchus Barua, and Sazid Hasan. « *The Supply of Physicians in Canada: Projections and Assessment* ». Fraser Institute. Vancouver, 2018, p. 8

⁹ Malko, Andrei V. & Vaughn Huckfeldt. « Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors », p. 69

¹⁰ Globerman Steven, Bacchus Barua, and Sazid Hasan. « *The Supply of Physicians in Canada: Projections and Assessment* », 2018, p. 8, p. 19

¹¹ Brend, Yvette. « We're graduating more doctors than ever, so why is it so hard to find a GP? », CBC, 4 mai 2017, consulté le 5 mai 2020 :

<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-doctor-shortage-medical-fees-1.4100251>

politiques de santé des années 1990¹². En effet, alors que la majorité des médecins entamaient leur pratique au niveau des soins primaires en 1990, ceux-ci représentaient le choix de moins de la moitié des nouveaux médecins en 2000, au détriment de l'accès aux soins primaires au Canada.

Le contexte des Services de santé militaires canadiens

Au niveau militaire, les années 1990 ont également représenté plusieurs changements majeurs pour les Services de santé au niveau des capacités et ressources de l'organisation.

Réductions en effectifs et restructuration du système de santé militaire

D'une part, notons la réduction progressive des services offerts par ses hôpitaux militaires qui ont mené à leur fermeture, changement qui a vu une réduction du type des soins livrés et gérés directement par les Services de santé. Ainsi, sans un système d'hôpitaux, les Svc S FC se concentrent dorénavant sur les soins primaires en garnison ainsi que la médecine opérationnelle, cette dernière composante devenant la priorité des Services de santé¹³.

Ensuite, en plus de changer la façon dont les FAC livrent les soins et donc la façon dont les membres des FAC accèdent à la gamme de soins de santé, la fermeture des hôpitaux militaires ainsi que les compressions budgétaires ont également signifié le début

¹² Malko, Andrei V. & Vaughn Huckfeldt. "Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors". p. 69 ; Owens, Brian. "If Canada needs more doctors, why hasn't medical school enrolment increased?". CMAJ. 3 octobre 2018, consulté le 5 mai 2020 : <https://cmajnews.com/2018/10/03/if-canada-needs-more-doctors-why-hasnt-medical-school-enrolment-increased-cmaj-109-5649/>. Il s'agit de conséquence dite inattendue de politiques indirectes favorisant l'augmentation du nombre ou pourcentage de postes en résidence en spécialité au détriment du pourcentage de postes en résidence en médecine de famille

¹³ Canada. « Surgeon General's report 2014 : Consolidation, Innovation, Readiness ». Ministère de la défense nationale, Groupe des Services de santé, 2014, pp. 4-5, p. 11. L'accès au reste de la gamme de soins étant obtenu en collaboration et partenariat avec les systèmes de santé provinciaux ainsi que les MÉD spécialistes intégrées dans les hôpitaux civils

de la réduction des effectifs du Gp Svc FC¹⁴. En effet, le niveau préférentiel de dotation (NPD) de l'occupation MÉD a réduit de plus de 40% entre 1990 et 1997¹⁵.

L'organisation devait donc composer avec considérablement moins de ressources et capacités et a été obligée d'examiner comment s'adapter pour répondre à ses obligations opérationnelles.

De plus, des examens de la Défense effectués entre 1997 et 1999 ont révélé d'autres problèmes minant la prestation des soins aux membres des FAC, notamment le manque de continuité des soins, des préoccupations au niveau de l'accès aux soins et un nombre encore trop grand de cliniciens affectés à des tâches strictement administratives¹⁶.

Initiatives pour adresser les problèmes de dotation

Ensuite, les priorités du livre Blanc de la Défense de 1994 et les conclusions des rapports d'examens susmentionnés ont forcé l'organisation à examiner comment mieux supporter les opérations tout en réduisant ses effectifs en personnel¹⁷.

Opération Phoenix et l'occupation Opérations des Services de santé

Ainsi, suites aux recommandations formulées par l'opération Phoenix, initiative mise sur pied pour adresser les problématiques mentionnées au paragraphe précédent, l'occupation Opérations des Services de santé (OSS) a été créée par la restructuration de

¹⁴ Eagan, Paul. « The Canadian armed Forces and their Role in the Canadian response to the Ebola epidemic : Ethical and moral issues that guided policy decision », dans Winkler, David F., Messelken, Daniel. « Ethical Challenges for Military Health Care Personnel : Dealing with Epidemics ». Routledge, 2018, pp. 61-62

¹⁵ Annual Report of the Defence Medical Association of Canada Funds & Surgeon General, 1990-1997; 200-2004, MG28-I157, R3495-0-7-E.; Bibliothèque et Archives Canada

¹⁶ Canada. « 2007 : Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes : Octobre, Chapitre 4, Les soins de santé fournis aux militaires – Défense nationale ». Gouvernement du Canada, 2007 p. 6

¹⁷ Canada. « 5555-31 (D Pers Plan 3-2): Occupational Structure Implementation Plan (OSIP) for the Creation of the Health Services Career Field, the Elimination of the DAO 52 Occupation and the restructuring of the HCA 48, PHARM 54, and NUR 57 Military Occupations ». FAC, 10 février 1997, pp.1-2

certaines occupations des Services de santé dans un champ professionnel des Services de santé¹⁸. Ayant comme principal objectif de renforcer la capacité opérationnelle et l'intégrité des Services de santé, l'occupation OSS assurerait les fonctions de commandement et de contrôle des Services de santé. Ainsi, il était estimé que l'occupation OSS aiderait l'organisation à rencontrer les objectifs établis par la politique de Défense de 1994, soit d'assurer que les Services de santé arrivent à mieux supporter les opérations avec un nombre réduit de personnel¹⁹.

Il est important de souligner que jusqu'à ce moment, les MÉD avaient la double responsabilité du commandement et contrôle du Gp Services de santé ainsi que celle la pratique clinique et des normes professionnelles. Ainsi, la création de l'occupation OSS visant à permettre aux MÉD de se concentrer davantage sur les aspects cliniques et professionnels du Gp Svs S FC, notamment la prestation des soins, les normes et politiques professionnels ainsi que les privilèges de pratique.

Projet Rx2000

Une seconde initiative importante implantée par les Services de santé a été le Projet Rx 2000. Autre réforme du système de santé des FAC, Rx 2000 a entre autres instauré un modèle de soins multidisciplinaire et collaboratif qui a vu l'augmentation du nombre de cliniciens civils dans les centres de services de santé des FC. En plus chercher

¹⁸ Ibid, pp. 1-2 . La structure de l'occupation a changé avec les années et est présentement en étude par l'auteur. OSS est présentement un *receptor occupation* avec comme *feeder occupations* Administration des Services de santé (ASSAN), PHARM et S IFIM

¹⁹ Canada. « 5555-31 (D Pers Plan 3-2): Occupational Structure Implementation Plan (Osip) for the Creation of the Health Services Career Field, the Elimination of the DAO 52 Occupation and the restructuring of the HCA 48, PHARM 54, and NUR 57 Military Occupations », p. 3

à assurer une meilleure continuité des soins, cela devait permettre aux cliniciens militaires de répondre aux besoins militaires opérationnels²⁰.

Le Recrutement et maintien en poste

Depuis le milieu des années 1990, des manques d'effectifs confrontant les Services de santé, ceux touchant l'occupation MÉD sont considérés comme étant les plus réoccupant et nécessitant le plus d'attention de la part de l'organisation²¹. Cela explique probablement pourquoi le recrutement et le maintien de l'effectif sont identifiés comme des thèmes clés pour le Directeurat du Personnel des Services de santé (D Pers Svc S)²².

Ainsi, chaque an, d'importantes ressources sont dévouées à la question du recrutement et le maintien en poste, comme en témoigne le nombre de sièges d'école de médecine et de placements en résidences subventionnés annuellement par les Services de santé²³ ainsi que les projets de recherche sur le maintien en poste commandées par l'organisation²⁴.

PARTIE 2 – RÉSULTATS ET CONSÉQUENCES

Or, les réformes du système de santé ainsi que les initiatives de recrutement et maintien en fonction ne sont pas arrivées à adresser les conséquences attribuées aux

²⁰ Canada. « 2007 : Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes : Octobre, Chapitre 4, Les soins de santé fournis aux militaires – Défense nationale », p. 7

²¹ Annual Report of the Defence Medical Association of Canada Funds & Surgeon General, 1991-1997; 200-2004, MG28-I157, R3495-0-7-E.; Bibliothèque et Archives Canada; Canada. « Historical PARRA Report : 31 March 2005 – 31 March 2018 ». D'autres occupations comme celles des officiers Pharmaciens, des soins infirmiers, physiothérapeutes, travailleurs sociaux ont également été en difficulté au fil du temps, mais pas dans les même proportion ni de la même durée que pour les MÉD.

²² Canada. « Compte rendu de décisions - examen annuel des groupes professionnels militaires professions assignées aux services de santé 2017-2018 ». Groupe des Services de santé, avril 2018, p. 26

²³ Canada. « Plan de recrutement stratégique modèle de planification à long terme, Médecins militaires, Examen annuel des groupes professionnels militaires professions assignées aux services de santé 2019-2020 ». Groupe des Services de santé, décembre 2019

²⁴ Canada. « Factors Affecting the Recruitment and Retention of Pharmacy Officers in the Canadian Armed Forces : A mixed-method analysis ». DRDC, 2017, p. 1

problèmes de dotation des MÉD et les Services de santé continuent des déplorer des pénuries de MÉD.

Le niveau dotation en Médecins militaires au sein des FAC

La modification des critères pour l'obtention d'un permis de pratique au pays apportées par la mise en place de politiques de santé entre 1986 et 1994 et les compressions budgétaires des années 1990 décrites en première partie ont marqué le début des manques d'effectifs chroniques en MÉD que déplore le Gp Svc S FC²⁵.

Dans les faits, de 1985 à aujourd'hui, l'occupation MÉD a rencontré son NPD à trois reprises, soit en 1993, 2008 et 2009²⁶, périodes coïncidant avec la participation des FAC dans des conflits en Bosnie, au Golfe persique et en Afghanistan. Autrement, l'occupation MÉD a été soumise à des contraintes (*stressed occupation*) de façon chronique²⁷, celle-ci n'étant arrivée à maintenir un effectif qualifié en activité (EQA) de MÉD au-delà de 90 p. 100 de son NPD que qu'à deux reprises, soit entre 1990 et 1995 ainsi que 2007 à 2013²⁸. Alors que le taux d'attrition était particulièrement élevé dans le passé, allant jusqu'à un impressionnant 82 p. 100 en 1986 et soutenant une moyenne de

²⁵ Annual Report of the Defense Medical Association of Canada Funds & Surgeon General, 1993, MG28-I157, R3495-0-7-E.; Bibliothèque et Archives Canada, p. 3-15/17; Eagan, Paul. « The Canadian armed Forces and their Role in the Canadian response to the Ebola epidemic : Ethical and moral issues that guided policy decision », dans Winkler, David F., Messelken, Daniel. « Ethical Challenges for Military Health Care Personnel : Dealing with Epidemics ». Routledge, 2018, pp. 61-62

²⁶ Annual Report of the Defence Medical Association of Canada Funds & Surgeon General, 1991-1997; 200-2004, MG28-I157, R3495-0-7-E.; Bibliothèque et Archives Canada; Canada. « Historical PARRA Report : 31 March 2005 – 31 March 2018 ». Ministère de la Défense nationale, DPGR 5, 13 juillet 2018, p. 46

²⁷ Canada. « The Canadian Armed Forces Military Employment Structure ». Director Personnel Generation Requirement (DPGR), pp. 2-4 – p.2-5. Selon les critères des structures des emplois militaires (SEM), une occupation est considérée comme étant soumise à des contraintes et : « not at an effective strenght » lorsqu'on prévoit que celle-ci ne sera pas en mesure d'atteindre un EQA de 90 p. 100 de son NPD dans un délais de deux ans

²⁸ Annual Report of the Defence Medical Association of Canada Funds & Surgeon General, 1991-1997; 200-2004, MG28-I157, R3495-0-7-E.; Bibliothèque et Archives Canada; Canada. « Historical PARRA Report : 31 March 2005 – 31 March 2018 ». Ministère de la Défense nationale, DPGR 5, 13 juillet 2018, p. 46

61p. 100 au cours de la période allant de 1985 à 1997²⁹, cette tendance s'est cependant atténuée durant les années 2000.

En effet, depuis plus ou moins 2005, le nombre de MÉD recrutés est presque équivalent au nombre de MÉD libérés³⁰. Or, cette situation n'aide pas l'occupation à rattraper son manque à gagner qu'elle connaît présentement au niveau de sa dotation, alors que les EQA MÉD continue de graviter bien en deçà de 90 p. 100 du NPD de l'occupation. Celle-ci était à 71,6 p. 100 en date d'octobre 2019 et on ne prévoit pas que la situation se résorbe d'ici peu, alors que les projections sur la dotation de l'occupation MÉD voient son EQA continuer à chuter progressivement jusqu'à 60% de son NPD à la fin de l'année fiscale 2029/2030³¹.

Bref, les initiatives de recrutement et le maintien en fonction ne suffiront pas pour combler le déficit en MÉD. Cela d'autant plus que le plan des effectifs de l'équipe de la défense (PEED) prévoit l'ajout progressif de 31 positions au NPD des MÉD³², ce qui viendra aggraver les perceptions de manques d'effectifs d'une occupation qui peine déjà à rencontrer son NPD.

Conséquences sur l'accès aux soins et le mieux-être

Les Services de santé offrent des soins de qualité, mais les manques d'effectifs, notamment de MÉD, affectent négativement l'accès aux soins des membres des FAC et limite la capacité du Gp Svc S FC à établir de nouvelles politiques et de réviser ses

²⁹ Annual Report of the Defence Medical Association of Canada Funds & Surgeon General, 1995-1997; 200-2004, MG28-I157, R3495-0-7-E.; Bibliothèque et Archives Canada

³⁰ Canada. « Historical PARRA Report : 31 March 2005 – 31 March 2018 », p. 46

³¹ Canada. « Plan de recrutement stratégique modèle de planification à long terme, Médecins militaires, Examen annuel des groupes professionnels militaires professions assignées aux services de santé 2019-2020 ». Groupe des Services de santé, décembre 2019

³² Canada. « DTEP 2020 military positions ». Ministère de la défense nationale, 17 janvier 2020. Dont 16 positions dès l'année fiscale 2020/2021.

politiques existantes³³. En plus de représenter un obstacle pour les Services de santé à rencontrer son mandat, les pressions étant surtout au grade de capitaine depuis au moins 1994³⁴, les manques d'effectifs ont également un impact négatif sur le mieux-être de ses membres et sont un facteur contribuant aux problèmes de maintien en poste de la Branche médicale³⁵.

Le maintien en poste et le mieux-être des membres des FAC étant des priorités ministérielles, la politique de défense de 2017 prévoit des sommes additionnelles ainsi que l'augmentation des effectifs des Services de santé afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité de système de santé militaire³⁶. Bien qu'il s'agisse là d'engagements louables et nécessaires, les effets de ceux-ci seront seulement ressentis à long-terme et nous croyons qu'il est peu probable que ceux-ci régleront entièrement les difficultés de recrutement et de rétention des Services de santé que pose le marché de main d'œuvre en médecins de famille au Canada.

Manque de médecins de soins primaires au Canada

En effet, nous sommes d'avis qu'il est peu probable que le paysage de la main d'œuvre de santé et les préférences des étudiants en médecine décrites en première partie

³³ Canada. « Évaluation des soins de santé offerts aux militaires ». Défense nationale, Comité de la mesure du rendement et de l'évaluation, novembre 2018, pp. 17-19, consulté le 15 mai 2020 : <https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2018/reports-pubs-audit-aval/rapport-1258-3-010-fr.pdf>

³⁴ Annual Report of the Defence Medical Association of Canada Funds & Surgeon General, 1994-1997; 200-2004, MG28-I157, R3495-0-7-E.; Bibliothèque et Archives Canada

³⁵ Canada. « Descriptive Analysis of CAF Retention Survey Data : Health Services Occupations » Department of National Defence. DRDC, octobre 2017, pp. iii-iv, p. 91

³⁶ Canada. « Évaluation des soins de santé offerts aux militaires ». Défense nationale, Comité de la mesure du rendement et de l'évaluation, novembre 2018, p. 8, consulté le 15 mai 2020 : <https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2018/reports-pubs-audit-aval/rapport-1258-3-010-fr.pdf> ; Canada. « Protection, Sécurité, Engagement : La politique de défense du Canada ». Ministère de la défense nationale, Ottawa, 2017, p. ; Canada. « Plan ministériel 2018-2019 », Ministère de la défense nationale, Ottawa, 2018. <http://forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-rapport-plans-priorites/2018-index.page>

changent de façon significative à court et à moyen terme. Ainsi, nous croyons que les efforts de recrutement et de maintien en poste, bien que nécessaires, n'adresseront pas à eux-seuls les défis qu'apportent les manques d'effectifs et ne sont peut-être pas la solution au problème. Selon nous, il est donc impératif pour les Services de santé de voir le problème de manque d'effectifs en MÉD sous un autre angle.

Mitiger les manques d'effectifs en Médecins militaires – un problème épineux?

Les Services de santé attribuent leurs difficultés pour l'occupation MÉD à rencontrer NPD à un faible recrutement, tel que démontré par l'affirmation suivante faite dans le rapport d'EAGPM 2017/2018 des Services de santé voulant que : « [...] la tendance actuelle montrant un manque d'EQA continuera d'accroître l'écart, car notre capacité à atteindre le NPD [MÉD] subit les effets d'un faible recrutement. »³⁷.

De plus, une affirmation faite par la lieutenant-colonel (alors major) Grodecki (2017) résume bien la conceptualisation actuelle du Gp Svc S FC vis-à-vis la problématique de dotation des MÉD, soit que : « In order to meet the health care needs of [CAF members], the [CF H Svcs Gp] must be able to attract and retain health care personnel.³⁸

Alors, à l'image d'un problème épineux, où la formulation de celui-ci représente le problème lui-même³⁹, nous croyons que les Services de santé voient le recrutement et le maintien en poste comme étant la solution aux manques d'effectifs en MÉD, car les Services de santé le définissent ainsi.

³⁷ Canada. « Compte rendu de décisions - examen annuel des groupes professionnels militaires professions assignées aux services de santé 2017-2018 ». Groupe des Services de santé, avril 2018, p. 8

³⁸ Grodecki, Maj Anna. « Call me Maybe: A Qualitative Study Examining General Duty Medical Officer Experience with Talent Management in the Canadian Armed Forces ». CFC MDS, JCSP 43, 2017, p. 1

³⁹ Rittel, Horst W.J., et Melvin M. Webber. "Dilemmas in a General Theory of Planning." *Policy Sciences* 4, no. 2 (June 1973), p. 161; Morrison, Val. "Les problèmes vicieux et les politiques." Institut national de santé publique du Québec, juin 2013, p. 2

De plus, selon les caractéristiques des problèmes épineux expliqués par Morrison (2013)⁴⁰, le problème nous apparaît complexe, persistant, résistant, lié à d'autres problèmes de politiques publiques (les changements de politiques de santé au Canada) et en tentant de le régler, influencent d'autres programmes des Services de santé⁴¹. Le point de départ de notre argument en faveur d'une nouvelle approche pour adresser le manque d'effectif en MÉD et ses conséquences est l'incapacité chronique que connaît l'occupation MÉD à rencontrer son NPD ou à maintenir un EQA à au moins 90 p. 100 de son NPD. Pour cette raison, nous avançons que le NPD de l'occupation MÉD est trop élevé et qu'un pourcentage des positions pourrait être réassigné à d'autres occupations des Services de santé, de façon temporaire ou permanente.

Ainsi, nous suggérons de caractériser le problème de manque d'effectifs de l'occupation MÉD comme un problème au niveau de la structure d'emploi de l'occupation. À ce niveau, nous croyons que les politiques et directives de gestion des ressources humaines des FAC peuvent aider à adresser le problème.

PARTIE 3 – UN PROBLÈME DE STRUCTURE D'EMPLOI MILITAIRE

Une analyse de l'occupation MÉD a récemment été conduite pour les Services de santé par le Directeur des besoins en production du personnel. L'un des problèmes liés aux conséquences des manques d'effectifs en MÉD sur lequel l'étude devait se pencher était le taux de promotion rapide du grade de capitaine au grade de major, ce qui

⁴⁰ Morrison, Val. "Les problèmes viciés et les politiques." Institut national de santé publique du Québec, juin 2013, p. 2

⁴¹ Jalonen, Capitaine de vaisseau S.D., Lieutenant-colonel D.K. MacDonald, explications fournies durant les rencontres de l'examen annuel des groupes professionnels militaires des Services de santé 2019-2020, 9-12 décembre 2019. Les sommes additionnelles requises pour la subvention de sièges pour les étudiants en médecine et pour les programmes de résidence doivent provenir à même de l'enveloppe budgétaire du Gp Svc S. En raison des pressions fiscales, le leadership des Services de santé doit donc couper dans certains programmes services aux patients afin d'arriver à payer ces sièges et placements en résidence.

interfère avec la consolidation de compétences et de l'expérience clinique durant les premières cinq années de pratiques des MÉD⁴².

Options offertes par les politiques et directives des FAC

La conclusion de l'étude au sujet de ce problème, symbole de la conception du problème de manques d'effectifs en MÉD par le Gp Svc S, était que : « [...] the issue of resolving the rapid promotion rate from Capt to Maj [is not related to structure and] can only be solved properly by having more Medical Officers (i.e. an increase in TES). »⁴³.

Or, nous croyons que des pistes de solution existent dans certaines politiques et directives traitant de l'administration et la gestion des ressources humaine des FAC. Bien qu'il puisse s'agir de solutions temporaires, celles-ci seraient simples à instaurer et pourraient avoir des conséquences positives à court et moyen terme.

Ordres sur les promotions

Premièrement, il serait intéressant de considérer l'application de mécanisme des quotas de promotion expliqué dans l'O AFC 11-6. En effet, on y confirme que le quota de promotion d'une occupation, pour des raisons de besoins du Service, pourrait ne pas être épuisé pour une ou plusieurs années données, afin de régulariser le rythme de promotion de ladite occupation ou satisfaire d'autres besoins militaires⁴⁴.

Bien qu'il pourrait s'agir d'une décision difficile à prendre pour l'organisation, celle-ci pourrait rapporter à long terme. En plus de potentiellement aider à régulariser le rythme de promotion à major de l'occupation, le maintien d'un plus grand bassin de

⁴² Canada. « Feasibility Report – Medical Officer – MOS IS 00196 ». DPGR, Ottawa, May 2019, p. 2

⁴³ Ibid, p. A-3 - 7, p. B-3 – 8, p. C-3 – 8, p. D-01- 11, p. D-3 – 9,

⁴⁴ Canada. « O AFC 11-6 Règles régissant la remise du brevet et les promotions - officiers - force régulière ». Forces armées canadiennes, 1988, para 13

MÉD capitaines augmenterait la capacité de prestation des soins des Services de santé, celle-ci étant principalement composée de MÉD de ce grade.

Les directives de structure des emplois militaires

Ensuite, nous ne sommes pas entièrement d'accord avec la conclusion que la structure d'emploi ne peut adresser le problème de promotion rapide, du moins techniquement. Comme nous l'avons mentionné dans la partie précédente, nous ne croyons pas que l'offre en médecin de familles augmentera à court ou moyen terme au Canada. Conséquemment, comme nous l'avons affirmé précédemment, nous pensons que le NPD MÉD est trop élevé, car il est peu probable que l'organisation arrive à augmenter l'EQA MÉD de façon soutenue, celui-ci n'étant atteint ou comblé à au moins 90 p. 100 que rarement depuis les 35 dernières années.

En tenant compte de ces statistiques, nous suggérons que les directives de la structure des emplois militaires (SEM) proposent deux outils qui pourraient être appliquées à l'occupation MÉD. D'abord, selon ces directives, le processus de contrôle de la base de référence de la dotation (BLMC) pourrait être utilisé pour améliorer la santé de l'occupation MÉD et ce, en réassignant des positions MÉD à d'autres occupations des services de santé⁴⁵. Ensuite, toujours selon les directives de la structure des emplois militaires, une occupation avec un EQA qui est en deçà de 5 à 10 p. 100 de son NPD ne devrait pas se voir assigner de positions génériques et ne devrait pas se voir assigner ou réassigner du travail générique⁴⁶ jusqu'à ce que son EQA soit à au moins 5% de son

⁴⁵ « The BLMC assignment process can be used to improve the health of stressed occupations or reduce overages in over strength occupations by reassigning positions accordingly ». Canada. « The Canadian Armed Forces Military Employment Structure ». Director Personnel Generation Requirement (DPGR), A-PD-055-001/AG-001, Ottawa, juillet 2015, p. 2-4

⁴⁶ « The first type of generic work is performed at the CAF generic level, which means it can be performed by members of any non-specialist officer or NCM occupation of the CAF[...] The second type of generic

NPD⁴⁷. Cela, d'autant plus qu'à titre d'officiers spécialistes, les MÉD, ne devraient se voir assigner des positions ou de travail générique que de façon exceptionnelle⁴⁸.

Alors, il devient pertinent de se demander quelles positions occupées par des MÉD et quel travail accompli par ceux-ci peuvent être considérées comme étant génériques et à quelles autres occupations réassigner ce travail et ces positions? Nous croyons que les études occupationnelles effectuées par le processus de gestion du changement des SEM apportent des pistes de solution.

Études SEM et l'optimisation des champs de pratique

Comme nous l'avons articulé en première partie, la création de l'occupation OSS HSO en 1997 a permis aux membres de l'occupation MÉD de se concentrer davantage sur les aspects cliniques et professionnels du Gp Svs S FC. À notre avis, ceci a représenté la première étape pour libérer les MÉD de fonctions génériques et, en d'autres termes, pour réassigner à une autre occupation des fonctions qui ne requièrent pas leur connaissances et compétences cliniques.

Déterminer les tâches communes

Afin de pallier aux conséquences des pénuries chroniques en MÉD, nous croyons que la prochaine étape devrait être la conduite d'études occupationnelles simultanées de toutes les occupations d'officier cliniques du Gp Svc S FC. En effet, l'étude en parallèle des occupations cliniques permettrait de confirmer quels doivent continuer d'être des : « hard occupational work requirements »⁴⁹ de chacune des occupations en plus de

work is functionally generic, which means it can be performed by members of a number of occupations that are sufficiently common to render them equally eligible to perform the work ». Ibid p. 2-4

⁴⁷ Ibid, pp. 2-4 – p.2-5

⁴⁸ « Specialist Officers [includes] officers that are almost exclusively employed in positions directly related to their occupation. In accordance with CFAO 11-6, Promotion, the following officer occupations are considered Specialists: Medical [...] ». Ibid, p. 2-3

⁴⁹ Ibid, p. 4-1

déterminer de relever le travail et postes qui ne devraient plus l'être⁵⁰. En d'autres termes, cette approche permettrait de confirmer quelles postes et tâches présentement assignés à l'occupation MÉD pourraient être accomplies par d'autres occupations des Services de santé en plus de permettre de justifier l'introduction de nouvelles occupations cliniques⁵¹.

Optimisation des champs de pratiques

En conséquence, nous considérons que cette pratique permettrait d'optimiser les champs de pratique des occupations cliniques des FAC et permettrait aussi aux MÉD de se concentrer sur les postes et tâches pour lesquels les membres de cette occupation sont exclusivement qualifiés à exécuter.

Avec des champs de pratiques optimisés, les autres occupations cliniques militaires seraient en mesure de mieux épauler les MÉD dans la prestation de soins, mais également aussi pour le maintien des normes et politiques professionnels. Bref, nous estimons que cette approche aiderait à pallier aux conséquences des manques d'effectifs en MÉD en augmentant l'efficacité et l'efficience du Gp Sv S FC.

Bien que certains changements ne soient pas possibles sans que des modifications soient apportées au niveau des cadres juridiques et réglementaires des professions au Canada⁵², nous estimons que l'étude concomitante des occupations cliniques des Services de santé représentent une opportunité d'initier l'optimisation des champs de pratique de

⁵⁰ Ibid, p. 2-4

⁵¹ Sur ce dernier point, l'une des tâches de l'étude SEM que mène présentement l'auteur est d'étudier la pertinence de l'introduction de l'occupation d'Infirmière praticienne, justement en appliquant l'approche que nous recommandons.

⁵² « [...] Le champ d'exercice d'un professionnel de la santé est la somme d'un certain nombre de processus qui sont supervisés par divers organismes concernés aux niveaux provincial, territorial ou fédéral. » Nelson S., Turnbull J., Bainbridge L., Caulfield T., Hudon G., Kendel D., Mowat D., Nasmith L., Postl B., Shamian J. et Sketris I. « Optimisation des champs d'exercice – De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de santé ». Académie canadienne des sciences de la santé, Ottawa, 2014, p. 23

ses occupations dans les limites des présentes réglementations et de l'autorité du médecin général des FAC⁵³.

⁵³ Voire selon le niveau de risque que ce dernier est prêt à assumer.

CONCLUSION

Somme toute, nous réitérons qu'il est peu probable que la problématique de pénurie en médecins de famille au Canada change à court ou moyen terme et que pour cette raison, les Services de santé doivent adresser le problème de manque d'effectifs en MÉD sous une approche différente.

Au cours de cet essai, nous avons d'abord dressé le portrait du marché de la main d'œuvre en médecin au Canada en expliquant les changements au niveau des politiques de santé qui ont mené à l'actuelle pénurie en médecins de famille au pays. Comme nous l'avons expliqué, ces pénuries, de même que des changements au niveau de la politique de la défense dans les années 1990 ont contribué aux manques d'effectifs en MÉD. Nous avons traité des projets lancés par le Gp Svc S FC pour assurer la pertinence du système de santé des FAC en plus de souligner l'importance que portent les Services de santé aux initiatives de recrutement et le maintien en fonction dans le but d'adresser les pénuries qu'elle connaît au niveau de sa dotation en MÉD.

Ensuite, pour analyser les résultats et les conséquences de ces mesures, nous avons dressé le portrait de la dotation en MÉD depuis les années 1990 et discuté des conséquences de celle-ci sur l'efficacité et l'efficience des Services de santé. Nous avons entre autres souligné les difficultés au niveau de l'accès aux soins des membres des FAC ainsi que du maintien des politiques et normes professionnelles.

Enfin, nous avons proposé l'application de certaines politiques et directives traitant de l'administration et la gestion des ressources humaines des FAC pour atténuer les conséquences des manques d'effectifs en MÉD, tenter de stabiliser l'occupation MÉD et améliorer la santé de celle-ci. Surtout, nous avons recommandé la conduite d'études de

SEM simultanées des occupations d'officier cliniques du Gp Svc S. À notre avis, cette approche permettrait d'optimiser les champs de pratique des occupations cliniques des FAC en plus de permettre aux membres de l'occupation MÉD de se concentrer sur les postes et tâches pour lesquels seuls les membres de cette occupation sont qualifiés à exécuter.

BIBLIOGRAPHIE

Annual Reports, Defence Medical Association of Canada Funds & Surgeon General,
Bibliothèque et Archives Canada

Brend, Yvette. « We're graduating more doctors than ever, so why is it so hard to find a GP? », CBC, 4 mai 2017, consulté le 5 mai 2020 :
<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-doctor-shortage-medical-fees-1.4100251>

Canada. « 5555-31 (D Pers Plan 3-2): Occupational Structure Implementation Plan (Osip) for the Creation of the Health Services Career Field, the Elimination of the DAO 52 Occupation and the restructuring of the HCA 48, PHARM 54, and NUR 57 Military Occupations ». FAC, 10 février 1997

Canada. « The Canadian Armed Forces Military Employment Structure ». Director Personnel Generation Requirement (DPGR), A-PD-055-001/AG-001, Ottawa, juillet 2015

Canada. « Compte rendu de décisions - examen annuel des groupes professionnels militaires professions assignées aux services de santé 2018-2019 ». Groupe des Services de santé, avril 2018

Canada. « DAOD 5070-0: Military Employment Structure ». Gouvernement du Canada.

Canada. « DAOD 5070-1: Military Employment Structure Framework ». Government du Canada,

Canada. « DOAD 1000-7 : Cadre stratégique de la gestion du personnel militaire ». Gouvernement du Canada. Ottawa, janvier 2017

Canada. « Defence Team Human Resource Strategy 2018 ». Défense nationale, Ottawa, 2018

Canada. « DTEP 2020 military positions ». Ministère de la défense nationale, 17 janvier 2020

Canada. « Évaluation des soins de santé offerts aux militaires ». Défense nationale, Comité de la mesure du rendement et de l'évaluation, novembre 2018, p. 8, consulté le 15 mai 2020 : <https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2018/reports-pubs-audit-eval/rapport-1258-3-010-fr.pdf>

Canada. « Factors Affecting the Recruitment and Retention of Pharmacy Officers in the Canadian Armed Forces : A mixed-method analysis ». DRDC, 2017

- Canada. « Feasibility Report – Medical Officer – MOS IS 00196 ». DPGR, Ottawa, May 2019
- Canada. « Force Development, Position Allocation and Personnel Generation ». Défense nationale, Ottawa, 2011
- Canada. « Historical PARRA Report : 31 March 2005 – 31 March 2018 ». Ministère de la Défense nationale, DPGR 5, 13 juillet 2018
- Canada. « OAFC 11-6 Règles régissant la remise du brevet et les promotions - officiers - force régulière ». Forces armées canadiennes, 1988
- Canada. « Plan de recrutement stratégique modèle de planification à long terme, Médecins militaires, Examen annuel des groupes professionnels militaires professions assignées aux services de santé 2019-2020 ». Groupe des Services de santé, décembre 2019
- Canada. « Plan ministériel 2018-2019 », Ministère de la défense nationale, Ottawa, 2018
- Canada. « Protection, Sécurité, Engagement : La politique de défense du Canada ». Ministère de la défense nationale, Ottawa, 2017
- Canada. « 2007 : Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes : Octobre, Chapitre 4, Les soins de santé fournis aux militaires – Défense nationale ». Gouvernement du Canada, 2007
- Canada. « Record of Discussion – Brief to Surgeon General on Uniformed Nurse Practitioners in the CAF ». Ministère de la défense nationale, Groupe des Services de santé, février 2020
- Canada. « Surgeon General’s report 2014 : Consolidation, Innovation, Readiness ». Ministère de la défense nationale, Groupe des Services de santé, 2014
- Eagan, Paul. « The Canadian armed Forces and their Role in the Canadian response to the Ebola epidemic : Ethical and moral issues that guided policy decision », dans Winkler, David F., Messelken, Daniel. « Ethical Challenges for Military Health Care Personnel : Dealing with Epidemics ». Routledge, 2018, pp. 61-62
- Galloway, Gloria. « Military aims to alleviate doctor shortage by increasing number of sponsored residents.». The Globe and Mail, 19 avril 2018, consulté le 5 mai 2020: <https://www.theglobeandmail.com/politics/article-canadian-military-plans-to-nearly-triple-number-of-residents-it/>
- Globerman Steven, Bacchus Barua, and Sazid Hasan. « The Supply of Physicians in Canada: Projections and Assessment ». Fraser Institute. Vancouver, 2018

- Golden, Brian and William Mitchell. « More doctors won't fix Canada's health-care woes ». *The Conversation*, 16 octobre 2019, consulté le 12 mai 2020 : <https://theconversation.com/more-doctors-wont-fix-canadas-health-care-woes-125372>
- Gray, Charlotte. « Canada's main military hospital on sick list because of federal budget cuts ». *Canadian Medical Association Journal*, 150 (10). 15 mai 1994
- Grodecki, Maj Anna. « Call me Maybe: A Qualitative Study Examining General Duty Medical Officer Experience with Talent Management in the Canadian Armed Forces ». *CFC MDS, JCSP* 43, 2017
- Malko, Andrei V. and Vaughn Huckfeldt. « Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors ». *Canadian Center of Science and Education, Global Journal of Health Science*; Vol. 9, No. 9; 2017
- Morrison, Val. "Les problèmes vicieux et les politiques." *Institut national de santé publique du Québec*, juin 2013
- Nelson S., Turnbull J., Bainbridge L., Caulfield T., Hudon G., Kendel D., Mowat D., Nasmith L., Postl B., Shamian J. et Sketris I. « Optimisation des champs d'exercice – De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de santé ». *Académie canadienne des sciences de la santé*, Ottawa, 2014
- Owens, Brian. « If Canada needs more doctors, why hasn't medical school enrolment increased? ». *CMAJ*. 3 octobre 2018, consulté le 5 mai 2020 : <https://cmajnews.com/2018/10/03/if-canada-needs-more-doctors-why-hasnt-medical-school-enrolment-increased-cmaj-109-5649/>.
- Rittel, Horst W.J., et Melvin M. Webber. "Dilemmas in a General Theory of Planning." *Policy Sciences* 4, no. 2 (June 1973)