



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 017 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 28 avril 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le mardi 28 avril 2009

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Mesdames et messieurs bonjour.

Je remercie chaleureusement les témoins de comparaître devant notre comité. Nous apprécions énormément vos commentaires.

Avant d'entendre les témoins, je vais prendre un moment pour vous dire que Judy Wasylycia-Leis a présenté une motion. Elle va devoir obtenir le consentement du comité car sinon elle devra attendre 48 heures pour faire examiner cette motion.

Mme Wasylycia-Leis, voulez-vous présenter votre motion?

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

Je demande au comité de donner son consentement unanime à ce que nous examinions aujourd'hui cette motion. Elle concerne bien sûr la grippe porcine et crée un mécanisme qui permettrait au comité de la santé d'intervenir lorsque la situation l'exige. Je dis bien lorsque la situation l'exige; je veux dire qu'en fait, le gouvernement nous met régulièrement au courant de la situation, tout comme le fait l'Agence de la santé publique du Canada et la communication est excellente. On nous tient informés — et cela concerne tous les partis — grâce à des réunions quotidiennes. Nous savons également que l'Agence de la santé publique du Canada s'occupe efficacement de ces questions et s'acquitte très bien de son mandat qui consiste à surveiller de façon permanente la grippe porcine et à assurer la coordination de la réponse des agences de santé publique.

Je propose de donner à la présidente le pouvoir de convoquer des réunions si cela est nécessaire en cas d'urgence, à mesure que cette question évolue et que nous recevons d'autres renseignements ou demandes de la part de l'Agence de la santé publique du Canada.

La présidente: Mme Murray.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je pense que tous les membres du comité s'intéressent de très près à la question qui vient d'être mentionnée; nous allons toutefois nous opposer à cette motion parce qu'il y a, à l'heure actuelle, une motion qui est en train d'être discutée par les leaders à la Chambre, et qui prévoit des mesures plus globales que la réunion du comité de la santé.

J'aimerais vous lire le projet de motion qui est en train d'être discuté et négocié au moment où nous nous parlons. Le voici:

Que pour renforcer la confiance de tous les Canadiens dans le système de santé publique du Canada à un moment où les craintes s'amplifient dans de nombreux pays à propos du risque d'une nouvelle épidémie de grippe, un comité spécial parlementaire soit constitué afin de surveiller l'évolution de la situation et veiller à ce que le public reçoive en temps voulu tous les renseignements nécessaires pour réagir comme il se doit et, à cette fin; que le comité jouisse de tous les pouvoirs conférés aux comités permanents par le Règlement; que le comité soit composé de onze membres, soit cinq du Parti conservateur, trois du Parti libéral, deux du Bloc

québécois et un du NPD, le président devant être élu parmi les députés du gouvernement, et les représentants devant être choisis par les partis en fonction, du moins en partie, de leur connaissance des questions de santé publique; que le comité reçoive quotidiennement de l'information de hauts fonctionnaires du gouvernement, à huis clos au besoin, sur toutes les questions qu'il juge utiles à la protection et à la promotion de l'intérêt public.

Cette motion fait en ce moment l'objet d'un débat.

Madame la présidente, je propose que la motion qui nous est présentée en ce moment soit retirée jusqu'à ce que nous sachions ce qu'il va advenir de la motion libérale dont débattent en ce moment les leaders à la Chambre.

La présidente: Merci, madame Murray.

Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci, madame la présidente.

Il s'agit ici d'une motion indépendante qui concerne les travaux du comité de la santé. Compte tenu de la réaction qu'a suscitée la motion libérale présentée hier et l'idée de créer une autre structure nouvelle, un autre sous-comité semi-permanent — sous-comité ou non — nous avons estimé que ce n'était pas du tout ce dont nous avions besoin et qu'en fait, il fallait créer un mécanisme qui permette de consulter, en cas de besoin, le comité de la santé.

Le comité représente aujourd'hui tous les partis et est composé de membres qui possèdent une bonne connaissance de ce domaine. Nous avons estimé qu'il n'était pas nécessaire de réinventer la roue et de créer une autre structure pour faire la même chose. En fait, avec les réunions d'information auxquelles nous assistons régulièrement, avec le travail qu'effectue l'Agence de la santé publique du Canada et celui de notre comité, nous sommes en mesure de réagir à l'évolution de la situation de la grippe porcine.

• (1535)

La présidente: Merci.

À titre de précision, Mme Murray, je crois savoir que cette motion a été présentée hier à la Chambre et a été rejetée. Est-ce bien exact?

Une voix: Oui, c'est ce qui s'est passé.

La présidente: Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Un élément d'information. La motion que vient de lire ma collègue du Parti libéral a été présentée à la Chambre des communes en vue d'obtenir un consentement unanime, consentement qui a été refusé. Elle va être présentée à la réunion des leaders à la Chambre au moment où nous nous parlons et, d'après ce que je sais, elle va faire l'objet d'une discussion approfondie, mais ces personnes vont également tenir compte du fait que notre comité est en train d'examiner cette motion, qui pourrait constituer une alternative à la suggestion qui a été faite.

La présidente: Merci.

Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci, madame la présidente.

Je pense que le gouvernement est en mesure d'appuyer cette motion et nous serions heureux de l'adopter.

La présidente: Monsieur Malo, vous êtes le suivant.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, madame la présidente.

Au fond, cette motion n'a effectivement rien de bien contraignant, puisqu'elle vous donne le pouvoir de convoquer une réunion du comité.

Cependant — et je le répète souvent aux collègues autour de la table —, il n'y a rien, à aucun moment, qui empêche les députés, ensemble, lors d'une rencontre, de déterminer ce qui sera à l'ordre du jour. Que l'on adopte ou non cette motion, il sera toujours temps plus tard, pour les membres du comité, de convoquer une réunion d'urgence sur cette situation, si un besoin se fait sentir.

Bien sûr, madame la présidente, on peut vous donner le pouvoir de la faire, mais le pouvoir, ultimement, il appartiendra aux membres de ce comité. Voilà.

[Traduction]

La présidente: Dre Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Nous avons appris par expérience qu'il n'est pas souhaitable d'essayer d'élaborer des programmes de travail par le biais d'une motion et nous devrions avoir une bonne discussion sur la meilleure façon de procéder.

J'estime que cette motion est tout à fait insuffisante et elle ne nous permettra pas de surveiller, de façon globale, cette épidémie. Il faudrait trouver le moyen d'obtenir des mises à jour dans le cas où le niveau de gravité passerait à cinq ou six pendant la fin de semaine. Il faudrait trouver un moyen d'aller de l'avant.

J'espère que les leaders à la Chambre vont prendre une décision à ce sujet, mais il ne me paraît pas suffisant de penser que cette motion va nous permettre de surveiller activement ce qui se passe, du moins à partir de la position du Parti libéral. Nous n'avons pas besoin d'une motion pour convoquer des représentants de la santé publique et nous avons été agréablement surpris, je pense, jusqu'ici, par le fait que, lorsque j'ai demandé, dimanche, au ministre d'avoir une réunion d'information lundi, nous l'avons obtenue.

Nous avons ensuite consacré deux heures ce matin à essayer d'obtenir une mise à jour, une séance d'information pour aujourd'hui, et nous l'avons finalement obtenue. Je ne veux pas passer deux heures tous les jours à essayer de négocier avec le bureau du ministre la présentation d'une séance d'information. Nous voulons un mécanisme permanent qui va nous fournir de l'information pour que nous sachions, pendant la fin de semaine, s'il est possible que des membres...

Madame la présidente, l'information que nous a transmise aujourd'hui M. Grandin était très importante, notamment le fait que les parlementaires puissent utiliser accidentellement les mots « conseil aux voyageurs » au lieu de « avertissement aux voyageurs ». Ce genre de chose peut avoir une importance énorme et il est essentiel que nous disions tous la même chose. Ce n'est pas en ayant une ou deux séances supplémentaires que les parlementaires vont rester informés de toutes les décisions qui se prennent dans ce domaine.

Les collaborateurs du ministre me disaient ce matin que rien n'avait changé depuis la séance d'information d'hier et que nous n'avions pas besoin d'une nouvelle séance. En fait, l'OMS a rehaussé le niveau d'urgence à quatre. En fait, le Canada avait émis un avertissement aux voyageurs et nous avons donc été obligés de corriger le tir.

Je ne veux pas passer mon temps à me battre avec les collaborateurs du ministre pour obtenir de l'information. J'aimerais un mécanisme officiel, j'aimerais un mécanisme permanent et cette motion ne nous apportera pas du tout ce dont nous avons besoin.

● (1540)

La présidente: Merci, Dre Bennett.

Vous n'avez pas obtenu le consentement du comité; vous allez donc devoir la retirer, madame Wasylcia-Leis.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Je ne vais pas la retirer, madame la présidente. Je vais attendre 48 heures.

La présidente: Déposez-la à nouveau dans 48 heures. Nous avons essayé de la faire adopter aujourd'hui, mais nous n'avons pas réussi. Je vous invite donc à la redéposer et vous aurez alors donné l'avis de 48 heures. Merci d'avoir présenté la motion; elle est excellente.

J'aimerais maintenant m'adresser aux témoins. Nous allons entendre aujourd'hui des témoins très dynamiques. Nous avons des représentants de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, de l'Association médicale canadienne, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et de l'Association chiropratique canadienne.

Nous allons commencer par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers et par Linda Silas, sa présidente.

Vous pouvez présenter un exposé de 10 minutes; une fois que tous les exposés auront été présentés, nous passerons aux questions.

Mme Linda Silas (présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers): Je m'appelle Linda Silas, Je suis la présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers et je suis une infirmière fière de son travail, qui vient du Nouveau-Brunswick. Nous représentons neuf syndicats d'infirmières à l'échelle nationale et nous avons d'excellentes relations de travail avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Comme vous le savez, plus de 80 p. 100 des infirmières canadiennes sont syndiquées. Nous remercions le Comité permanent de la santé de nous offrir l'occasion d'exprimer notre point de vue.

Je me suis aperçue ce matin, lorsque j'ai préparé mes notes, que j'occupe ce poste depuis six ans et que j'ai présenté tous les ans à peu près les mêmes recommandations, à peu près les mêmes données à à peu près le même comité et aux mêmes membres du comité. Le gouvernement fédéral lui-même a dépensé des millions sur des études dans le secteur des ressources humaines en santé. La situation est claire: il y a une pénurie de personnel infirmier et la situation ne s'améliore pas. Dans l'ensemble du système de santé, dans les hôpitaux, les centres de soins à long terme, les soins à domicile, dans nos collectivités, les infirmières vivent tous les jours les conséquences de cette pénurie et nous devons prendre des mesures à long terme.

La première recommandation de la FCSI est la création d'un observatoire national des ressources humaines en santé. Les provinces se font concurrence à coup de dollars destinés aux soins de santé pour attirer des infirmières et d'autres travailleurs de la santé qui ont été formés ou qui travaillent dans une autre province. Il n'existe pas une seule province ou territoire au Canada qui forme à l'heure actuelle un surplus de personnel infirmier. Il faudrait élargir le mandat et la composition de l'actuel Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et des ressources humaines, de manière à ce que les intervenants participent activement à l'établissement de buts réalistes et atteignables. Une meilleure idée serait peut-être de repartir à zéro avec un observatoire national des RHS que les intéressés demandent depuis plusieurs années.

Nous insistons une fois de plus sur la participation des intéressés, qui est la seule façon d'établir des mesures cibles et des calendriers pertinents et responsables. Il ne faut pas oublier que les soins de santé sont une question qui n'intéresse pas seulement le gouvernement, mais aussi toute la population.

Notre deuxième recommandation consiste à poursuivre et intensifier la collecte et la diffusion de données sur les RHS. C'est un rôle qui incombe au gouvernement fédéral. Il doit s'engager à répéter l'enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier réalisée par l'ICIS et Statistique Canada et à l'étendre à d'autres professionnels de la santé. Cette enquête permettra également de mesurer les répercussions des divers changements stratégiques et pratiques sur l'effectif.

Troisièmement, financer des projets innovateurs portant sur la conservation et le recrutement des RHS au Canada et dans tous les secteurs des soins de santé. Quarante-neuf pour cent des infirmières et infirmiers prennent leur retraite avant l'âge de 65 ans. Ce chiffre est de 43 p. 100 dans les autres domaines. Nous ne pouvons pas nous permettre de perdre toute cette expérience acquise dans les soins aux malades. Par exemple, la FCSI reçoit un soutien financier du gouvernement fédéral pour réaliser un projet à l'île du Cap-Breton qui permet aux infirmières de perfectionner leurs compétences de façon à compenser la grave pénurie de personnel spécialisé en soins intensifs, sans avoir à quitter les régions rurales où elles pratiquent. Il y a également un projet en Saskatchewan grâce auquel on tire parti de l'expérience et du savoir-faire du personnel infirmier chevronné en lui confiant la responsabilité de mettre en oeuvre un programme de mentorat. Nous avons également reçu cette année des fonds de Santé Canada pour réaliser neuf projets pilotes consistant à appliquer des stratégies de maintien en poste et de recrutement basées sur des données scientifiques. C'est un début.

C'est le genre d'innovations, réalisées en milieu de travail, et soutenues par des ressources de niveau macroéconomique, qui permettront d'assurer le maintien en poste d'une main-d'oeuvre spécialisée. Vous arrive-t-il souvent de constater que des fonds

fédéraux sont utilisés et évalués directement en milieu de travail? C'est la seule façon d'introduire des changements véritables et durables.

Bien sûr, il faut parler des garderies. La plupart de nos membres sont des femmes qui ont des enfants, et c'est pourquoi nous présentons une quatrième recommandation qui est d'appuyer la création de garderies publiques adaptées aux besoins du personnel travaillant par poste.

Notre cinquième et dernière recommandation est la création d'un fonds fédéral destiné aux ressources humaines en santé dont le mandat serait d'appuyer la formation et l'éducation continue. Comme la FCSI l'a déjà mentionné, le gouvernement fédéral peut utiliser le programme d'assurance-emploi pour aider les travailleurs des domaines de la santé à accéder à une formation en sciences infirmières et pour aider les infirmières à élargir leur pratique, par le biais de promotions et de formation spécialisée. Ces mesures pourraient compléter le soutien dont bénéficient les ouvriers des métiers du bâtiment dans le cadre du programme d'apprentissage qu'offre déjà l'assurance-emploi. Cette stratégie permettrait d'attirer davantage de Canadiens d'origine autochtone dans le secteur de la santé, et elle aiderait les résidents des collectivités mal desservies à entrer et à progresser au sein d'une profession de la santé, ce qui pourrait constituer le meilleur investissement possible en vue de la création de services durables dans ces régions.

En conclusion, quels seraient les coûts de l'inaction? La surcharge de travail entraîne un taux élevé de roulement du personnel qui est en soi très coûteux dans notre profession. Ce coût peut s'élever jusqu'à 64 000 \$ par infirmière. De plus, la pénurie actuelle oblige le personnel en poste à effectuer de nombreuses heures supplémentaires, une façon coûteuse de pallier le manque de personnel infirmier. En 2005, il y a eu 18 millions d'heures supplémentaires, ce qui représente une augmentation de 144 p. 100 par rapport à ce qu'était ce chiffre en 1987.

● (1545)

À l'heure actuelle, la FCSI met à jour cette étude, mais les résultats préliminaires indiquent que les chiffres se sont aggravés. N'oublions pas que 66 p. 100 des jeunes infirmières montrent des signes d'épuisement professionnel.

La principale raison qui devrait inciter les gouvernements et les décideurs à régler la pénurie de personnel infirmier est sans doute le fait que, selon des études de plus en plus nombreuses, il existe un lien entre le niveau de dotation du personnel infirmier et les résultats pour le patient. Il ne faudrait toutefois pas utiliser cette pénurie pour embaucher des travailleurs moins bien formés et moins compétents — un peu comme ce qu'essaie de faire la Société canadienne du sang — une solution dangereuse que les décideurs qui s'intéressent aux politiques publiques ne devraient pas préconiser.

Nous tenons à remercier le comité d'avoir entrepris cette importante étude. Nous espérons revenir l'année prochaine vous présenter un rapport d'étape et non pas une autre série de recommandations. Ce problème ne va pas disparaître et nous devons continuer à y travailler.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup de nous avoir présenté un exposé éclairant.

Nous allons maintenant passer au Dr Ouellet de l'Association médicale canadienne.

[Français]

Dr Robert Ouellet (président, Association médicale canadienne): Merci beaucoup.

Bon après-midi, tout le monde.

Je suis le Dr Robert Ouellet. Je suis un radiologiste de Laval, au Québec, du moins lorsque mes fonctions de président de l'Association médicale canadienne me le permettent.

Il sera essentiel de contrer la pénurie de main-d'oeuvre dans le secteur de la santé au Canada si nous voulons transformer le système de santé canadien en un système véritablement axé sur le patient. La recherche effectuée dans le cadre de l'initiative des transformations des soins de santé de l'Association médicale canadienne démontre que les pays européens qui ont un accès universel et qui n'ont pas de temps d'attente significatifs ont tous un ratio médecin-population plus élevé que le nôtre.

[Traduction]

Au cours de la campagne électorale fédérale de 2008, quatre des cinq partis politiques qui représentaient la Chambre des communes ont reconnu l'urgence de la situation et ont promis de prendre des mesures pour contrer la pénurie de ressources humaines en santé. Il n'y a toutefois pas eu grand-chose de fait dans ce domaine.

L'AMC est venue aujourd'hui vous présenter un plan d'action qui touche trois domaines précis: la capacité, la conservation des effectifs médicaux et l'innovation. Vous trouverez dans notre mémoire, 12 recommandations concrètes qui relèvent des compétences du gouvernement fédéral.

Le Canada demeure loin des autres pays en termes d'éducation et de formation des médecins.

[Français]

Actuellement, entre 4 et 5 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille. Le problème ne touche pas seulement les milieux ruraux. Nous parlons d'endroits comme Barrie, en Ontario, comme le sait très bien l'honorable député de cette circonscription. Le même problème existe au Québec.

Plus du tiers des médecins canadiens sont âgés de plus de 55 ans, et j'en suis. Bon nombre d'entre eux prendront bientôt leur retraite ou diminueront leur charge de travail. La plupart n'acceptent plus de nouveaux patients.

En même temps, les progrès de la médecine et de meilleures habitudes de vie permettent aux Canadiens de vivre mieux et plus longtemps, ce qui accroît d'autant plus la demande de professionnels de la santé. Comme on le sait, les maladies chroniques sont de plus en plus un fardeau.

• (1550)

[Traduction]

Il faudrait une meilleure coordination entre les provinces et les territoires pour faciliter la planification des ressources humaines en santé à l'échelle nationale, si nous voulons répondre à ces défis. Les médecins et les autres professionnels de la santé du Canada sont prêts à aider les décideurs dans leurs efforts de planification et de coordination afin de mieux répondre aux besoins des Canadiens en soins de santé.

Les diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) jouent également un rôle très important pour combler les besoins en médecins au Canada. Près d'un quart de tous les médecins canadiens sont des DFME et l'AMC appuie fermement l'attribution de l'autorisation d'exercer aux DFME qualifiés qui sont déjà au Canada. Cependant, un recrutement actif dans les pays qui ne peuvent se

permettre de perdre leurs médecins ne constitue pas une solution acceptable à notre pénurie de médecins. Le Canada doit plutôt chercher à former suffisamment de médecins pour répondre à ses besoins.

[Français]

L'Association médicale canadienne croit aussi qu'il faut appliquer les mêmes normes d'évaluation aux diplômés étrangers qu'aux diplômés de facultés de médecine canadiennes. L'AMC recommande en outre de mettre davantage de financement à la disposition des provinces afin qu'elles puissent offrir des programmes de mentorat aux diplômés étrangers pour leur permettre d'obtenir leur permis d'exercice.

[Traduction]

Il est également important de noter que près de 1 500 Canadiens étudient la médecine à l'étranger. Les deux tiers de ces DFME désirent revenir dans leur pays pour terminer leur formation postdoctorale. Nous devons augmenter les possibilités de formation pour ne pas perdre les Canadiens qui ont étudié la médecine et qui risquent d'aller ailleurs. Il faut savoir que les centres de formation canadiens sont déjà surchargés, parce qu'ils essaient de répondre à la demande. Il convient d'agir dans ce domaine.

[Français]

La concurrence pour attirer les médecins nous pose des défis ici, au Canada, et sur le plan international. Le nouvel Accord sur le commerce intérieur au Canada et d'autres accords faciliteront le déplacement des professionnels de la santé d'une région à l'autre, mais pourraient rendre encore plus difficile la tâche de retenir les médecins dans les régions sous-desservies. À l'échelle internationale, la demande d'effectifs médicaux n'a jamais été aussi grande. Le Canada doit continuer à s'efforcer de retenir les professionnels de la santé qu'il a formés et faciliter le retour au pays des médecins qui désirent revenir pratiquer ici.

[Traduction]

Le Canada doit faire davantage pour augmenter à la fois le nombre des médecins et pour les conserver, mais nous devons également appuyer l'innovation pour mieux utiliser les ressources existantes en matière de santé. Des modèles de soins interprofessionnels en collaboration et des percées dans les technologies de l'information nous permettent d'espérer la création d'un système de santé plus efficace offrant des soins de meilleure qualité. En fait, de nouvelles initiatives de prestation de soins en collaboration ont été lancées dans différentes régions du pays pour le plus grand avantage des patients.

[Français]

Les technologies de l'information peuvent contribuer à créer un système de santé plus efficace, mais le Canada se situe loin derrière les autres pays de l'OCDE en ce qui concerne la mise en place du dossier de santé électronique. De récents investissements consentis à Inforoute Santé du Canada aideront, mais on estime qu'il faudrait investir environ 500 millions de dollars afin d'équiper tous les points de service en milieu communautaire.

[Traduction]

Les médecins du Canada croient qu'il est possible de bâtir un système de santé grâce auquel tous les Canadiens pourront recevoir des soins de qualité en temps opportun, sans égard à leur capacité de payer. Pour y parvenir, nous devons modifier notre attitude et mettre en oeuvre de nouvelles stratégies, de nouvelles idées et une nouvelle façon de penser. C'est l'objectif du projet permanent d'adaptation des soins de santé qu'a mis sur pied l'AMC.

[Français]

Une stratégie nationale de ressources humaines en santé constitue le point tournant de nos efforts pour bâtir un système axé sur le patient. Tout ce qui nous manque, c'est de l'action.

Merci.

• (1555)

[Traduction]

La présidente: Merci, Dr Ouellet

Nous allons maintenant passer à Kaaren Neufeld, la présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Bienvenue.

Mme Kaaren Neufeld (présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci. Bonjour. Je m'appelle Kaaren Neufeld, je suis la présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui représente plus de 136 000 infirmières autorisées et infirmières praticiennes au Canada. Merci de nous donner l'occasion de vous présenter un mémoire dans le cadre de votre étude sur les ressources humaines en santé.

Le mémoire que je vais présenter aujourd'hui comporte trois grandes parties. Je vais parler de la pénurie d'infirmières autorisées, de la santé et de la sécurité en milieu de travail et de la planification nationale des ressources humaines en santé. Je veux toutefois commencer par féliciter le gouvernement fédéral pour son leadership dans ce domaine, en particulier dans un certain nombre de secteurs: la signature de l'Accord sur la santé en 2000, l'affectation de 85 millions de dollars au renouvellement des ressources humaines en santé, le financement annuel de 20 millions de dollars affecté à une stratégie pancanadienne sur les RHS en 2003, l'établissement, en 2004, d'un plan décennal et la création d'un cadre pour la planification pancanadienne en RHS axé sur la collaboration.

Il reste toutefois des défis à relever, comme nous le savons tous. Je vais parler d'abord de la pénurie d'infirmières.

En 2002, l'AIC avait prévu que si les tendances antérieures de l'emploi des infirmières se maintenaient, il manquerait 78 000 infirmières en 2011 et 113 000 en 2016. Le mois prochain, l'AIC publiera son nouveau rapport sur les projections relatives aux effectifs infirmiers, *Solutions éprouvées pour éliminer la pénurie d'infirmières au Canada*. Ce rapport contiendra des chiffres sur l'offre et les besoins en infirmières fournissant des soins cliniques au Canada de 2007 à 2022. Nous allons utiliser ces chiffres pour évaluer l'ampleur de la pénurie dans ces domaines.

Cette fois-ci, le rapport va présenter les mesures que nous pouvons prendre pour lutter contre la pénurie, en quantifiant l'effet de six scénarios stratégiques capables de réduire, voire d'éliminer, cette pénurie d'infirmières. Une des principales solutions au manque d'infirmières décrites dans ce rapport est d'utiliser, de façon plus efficace, les ressources existantes, notamment par un meilleur emploi de la technologie, la modification des méthodes de travail et en nous attaquant aux problèmes qui, dans le milieu de travail, sont à l'origine de l'absentéisme et du roulement.

Par exemple, un employeur d'Ottawa a constaté que les infirmières n'avaient pas besoin de recourir à leurs connaissances et compétences spécifiques pour effectuer 30 p. 100 de leur travail. L'établissement a ajouté du personnel de soutien pour aider les effectifs infirmiers et réduire le temps que les infirmières consacraient à des tâches non infirmières.

Compte tenu du succès qu'a connu cette initiative et de nombreuses du même genre, l'Association des infirmières et

infirmiers du Canada recommande que le gouvernement fédéral crée un mécanisme ou un outil officiel pour promouvoir la mise en commun et l'adoption de solutions novatrices, mais pratiques, à la crise des effectifs de la santé.

J'aimerais maintenant passer à la deuxième partie de ce mémoire, à savoir la question de la santé et de la sécurité au travail et de son effet sur les professionnels de la santé. Il y a quatre ans, l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI) a classé la profession infirmière parmi les professions qui souffrent le plus de maladies au Canada. Les infirmières affichaient un taux d'absence pour cause de maladie et d'accidents du travail qui dépassait de 58 p. 100 le taux moyen dans la main-d'oeuvre générale. Une étude semblable visant les médecins a permis de constater que près d'un quart des médecins avaient été déprimés au cours de l'année précédente.

Malheureusement, ces enquêtes ne fournissent qu'une image instantanée de la situation. Nous ne savons pas si les tendances qui sont décrites se sont maintenues, ni si les investissements dans les milieux de travail ont eu un effet. C'est pourquoi l'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande que le gouvernement fédéral finance une enquête nationale continue sur le travail et la santé du personnel infirmier et étende l'enquête à d'autres professionnels de la santé. Nous recommandons également que le gouvernement mette en oeuvre une stratégie nationale sur la santé et la sécurité au travail pour les effectifs de la santé.

J'en arrive à ma troisième partie qui est la planification pancanadienne des RHS. Même si les provinces et les territoires sont chargés en premier lieu de la prestation des soins de santé, l'AIC et le Groupe d'intervention action santé croient que les effectifs de la santé constituent une ressource nationale. Les professionnels de la santé et les étudiants des programmes de santé sont mobiles. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux l'ont reconnu eux-mêmes lorsqu'ils ont révisé récemment le chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur. De plus, des recherches montrent que les facteurs qui ont une incidence sur le recrutement et la conservation des effectifs infirmiers ne diffèrent pas beaucoup d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Le gouvernement fédéral a investi 12 millions de dollars dans six études sectorielles qui portaient notamment sur les soins infirmiers, la médecine et la pharmacie. Elles ont débouché sur des stratégies concrètes de lutte contre la pénurie des effectifs de la santé. Malheureusement, ces rapports n'ont guère été mis en oeuvre.

De la même façon, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont élaboré un cadre collectif de planification pancanadienne des RHS. Les progrès sont lents et l'AIC craint que les gouvernements n'accordent pas à la mise en oeuvre de ce plan d'action l'attention et l'appui nécessaires.

• (1600)

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande que le financement annuel affecté à une stratégie pancanadienne sur les RHS soit maintenu pendant encore au moins 10 ans et porté à 40 millions de dollars par année pour appuyer les activités définies dans le plan d'action du Cadre de planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé.

Nous recommandons que le gouvernement fédéral crée un institut ou un observatoire pancanadien des RHS. Plusieurs des études sectorielles que j'ai mentionnées il y a un instant, ainsi que l'AMC et d'autres, ont recommandé l'adoption de l'idée d'un observatoire des RHS.

On a déjà créé des observatoires des RHS en Europe, en Afrique, en Amérique latine et dans les Caraïbes. Pour le Canada, l'observatoire permettrait de réunir les chercheurs, les gouvernements, les employeurs, les professionnels de la santé, les syndicats et les organisations internationales pour examiner et analyser les tendances des résultats dans la santé, les politiques de santé et donner des conseils factuels aux décideurs nationaux et provinciaux ou territoriaux. Il diffuserait également l'information au sujet des innovations prometteuses dans les activités de RHS et coordonnerait la recherche sur les RHS.

En conclusion, nous savons que nous vivons une situation économique difficile, mais il faut disposer d'un bassin de professionnels de la santé en bonne santé, stables et suffisamment nombreux pour garder la population canadienne en bonne santé et productive.

Le rapport que va publier l'AIC au sujet de la pénurie d'infirmières au Canada montrera qu'il est possible d'éliminer cette pénurie, mais il faudra que le gouvernement fédéral ait la volonté politique d'agir et d'affecter les ressources nécessaires. L'AIC a invité tous les députés à la publication de ce rapport le 11 mai et nous invitons les membres du comité à y assister.

Je vous remercie de m'avoir accordé votre temps aujourd'hui et d'avoir permis à l'AIC de continuer à travailler avec le gouvernement fédéral sur cette question importante.

La présidente: Merci pour cet exposé.

Nous allons maintenant passer au Dr Andrew Padmos, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

M. Andrew Padmos (directeur général, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada): Merci, madame la présidente, honorables membres et collègues. C'est un plaisir de comparaître devant vous aujourd'hui. Je m'appelle Andrew Padmos. Je suis le directeur général du Collège royal et hématologue de formation. Je continue ma pratique clinique en hématologie, une pratique modeste mais très importante pour moi, à Halifax, en Nouvelle-Écosse, où j'ai vécu jusqu'à ce que je déménage récemment à Ottawa.

Le Collège royal a été créé en 1929 par une loi spéciale du Parlement et a été chargé de s'assurer que la formation, l'évaluation et la pratique des médecins et chirurgiens spécialistes soient conformes aux normes les plus élevées. Le Collège s'occupe, à l'heure actuelle, de la formation et de l'évaluation dans 61 spécialités et sous-spécialités et représente un groupe de 43 000 spécialistes sur les 70 000 membres du personnel médical au Canada.

J'aimerais féliciter les gouvernements, les planificateurs des services de santé, et les décideurs du palier fédéral pour le travail qu'ils ont fait pour essayer de lutter contre la pénurie de ressources humaines en santé. Mes collègues ont mentionné plusieurs projets précis. Ces projets nous ont permis de mieux comprendre la situation mais n'ont pas réussi à supprimer les pénuries et la mauvaise répartition des ressources humaines en santé. De nombreux citoyens, y compris des membres de nos familles et de nos amis, souffrent quotidiennement de cette pénurie.

L'analyse que contient notre mémoire porte sur cinq secteurs qualifiés d'importants par le comité. Le premier concerne l'offre d'effectif médical. Les commentaires ne se limitent toutefois pas aux médecins. Ils sont pratiquement repris à l'identique par toutes les professions médicales et visent tous les fournisseurs de soins de santé qui constituent notre importante ressource dans notre système de santé.

Certaines difficultés sont davantage préoccupantes dans le cas des médecins à cause de certains facteurs particuliers. Il y a notamment le vieillissement rapide de nos membres, dont le nombre qui ont plus de 50 ans a augmenté de 9,3 p. 100 depuis l'an 2000. Aspect probablement plus important, pour ce qui est du nombre des services fournis, nous savons que les nouveaux membres de l'effectif médical recherchent un équilibre travail-vie professionnelle différent qui limite leur productivité; on affirme souvent que pour chaque médecin qui part à la retraite, il faudrait trouver deux médecins pour le remplacer.

Un aspect particulièrement inquiétant et qui est, je crois, pertinent à l'actualité non reliée au virus de la grippe porcine, est la perte du capital humain en recherche. Notre gouvernement a apporté des changements modestes, progressifs au financement destiné à la recherche en santé qui supporte mal la comparaison avec l'impressionnante augmentation des investissements qu'effectuent d'autres pays, en particulier, le Royaume-Uni et les États-Unis. Aujourd'hui encore, le Président Obama des États-Unis a annoncé que son gouvernement s'engageait à dépenser au moins trois pour cent du produit intérieur brut pour la recherche scientifique dans ce pays, ce qui est important pour retenir nos meilleurs médecins, nos autres fournisseurs de soins de santé et nos chercheurs.

Nos recommandations sont très comparables à celles qu'ont présentées nos collègues. Nous félicitons le gouvernement fédéral et recommandons qu'il investisse davantage dans la formation, l'éducation et la spécialisation des médecins et des autres professionnels de la santé. Nous aimerions que l'engagement pris par le Parti conservateur durant la campagne électorale d'investir 10 millions de dollars par année sur quatre ans pour financer de nouveaux postes de résidence dans les hôpitaux d'enseignement soit mis en oeuvre. Nous suggérons de prolonger ce financement pour 10 autres années.

Nous recommandons également que le gouvernement augmente et maintienne les investissements que fait le Canada dans la recherche biomédicale et psychosociale dans le domaine de la santé afin d'améliorer à la fois le système de santé et sa capacité à retenir les chercheurs biomédicaux, les scientifiques et les spécialistes qui risquent autrement de suivre les investissements effectués ailleurs et de quitter notre pays.

Tous ceux qui ont travaillé en première ligne dans notre système de santé savent l'importance du travail en équipe et nos membres sont tout à fait en faveur de cet aspect.

● (1605)

Nous appuyons les initiatives fédérales-provinciales et territoriales qui ont pour but de renforcer la formation interprofessionnelle et la collaboration. Nous aimerions également reconnaître que les autres professionnels de la santé ont besoin d'un appui pour qu'ils puissent garantir aux Canadiens un meilleur accès aux soins spécialisés.

Sur ce point, nous recommandons que le gouvernement fédéral offre un soutien financier pour améliorer l'offre, le déploiement et l'évaluation des autres professionnels de la santé, comme les aides-médecins, les infirmières cliniciennes, y compris les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées.

Nous souscrivons à l'opinion de nos collègues de l'Association médicale canadienne qui ont mentionné que les professionnels de la santé formés à l'étranger constituaient un élément crucial de l'effectif médical et de santé. Nous proposons un financement ciblé pour accroître les capacités des facultés de médecine, y compris les postes de formation médicale postdoctorale pour accélérer l'intégration des médecins formés à l'étranger dans notre pratique médicale.

Nous avons également signalé que tous les Canadiens ne résident pas dans des environnements urbains où ils ont facilement accès à des services de santé de pointe. Dans les régions nordiques, rurales ou isolées, nous recommandons au gouvernement fédéral d'étudier la possibilité de créer un fonds d'infrastructure fédérale spécial pour offrir des services d'urgence et de l'aide aux collectivités rurales et éloignées qui n'ont pas accès à des services de santé adéquats.

J'aimerais également indiquer que les peuples autochtones ainsi que les autres groupes qui relèvent du gouvernement fédéral constituent des bénéficiaires de choix pour un financement fédéral ciblé. Ce financement devrait intégrer le cadre des compétences essentielles autochtones élaboré par l'Association des médecins indigènes du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada dans les programmes des facultés de médecine canadienne. J'aimerais également signaler que nous aimerions avoir des programmes de bourses pour recruter et placer des professionnels de la santé issus des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Enfin, j'aimerais revenir sur la recommandation qui semble être commune à tous les groupes. Au risque de mentionner à la légère les préoccupations exprimées par Mme Silas, je dois dire que la répétition d'une même affirmation sans résultat visible est une des définitions de l'aliénation. J'espère toutefois que nous pourrions constater des progrès dans la mise en oeuvre de l'idée que le gouvernement fédéral va travailler avec les provinces pour établir un observatoire ou un institut pancanadien des RHS, de façon à combler les lacunes et les insuffisances manifestes de la recherche et de l'analyse des données et pour diffuser les connaissances au sujet des résultats en santé, y compris les résultats reliés à la modification de l'accord sur le commerce intérieur, qui risque d'avoir, à court terme, d'après nous, des résultats néfastes sur le déplacement et la répartition des professionnels de la santé.

Madame la présidente, je vous remercie de nous avoir donné la possibilité de vous présenter notre point de vue. Nous transmettons ces recommandations à votre comité.

• (1610)

La présidente: Merci, docteur.

Nous allons maintenant passer à Richard Valade, président de l'Association chiropratique canadienne.

M. Richard Valade (président, Association chiropratique canadienne): Merci.

Bonjour à tous, mesdames, messieurs et les membres du Comité permanent de la santé.

Je m'appelle Richard Valade. Je suis docteur en chiropratique et président de l'Association chiropratique canadienne. Je suis accompagné aujourd'hui par la Dre Deborah Kopansky-Giles. C'est une chiropraticienne qui travaille à l'hôpital St. Michael de Toronto. Nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité de venir aujourd'hui.

Les membres de la profession chiropratique sont convaincus que leurs services sont mal utilisés. La chiropratique a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse de la part de la communauté scientifique, de sorte que nous avons maintenant un solide groupe d'études qui

démontrent que les soins chiropratiques sont efficaces pour les troubles neuromusculosquelettiques comme le mal de dos, les douleurs au cou et les maux de tête. La chiropratique n'est pas utilisée autant qu'elle devrait l'être.

Nous sommes conscients du fait que la prestation et l'administration des soins de santé s'effectuent principalement aux paliers provinciaux et territoriaux. Ce sont les provinces qui décident des services qui seront offerts à leurs résidents. Nous savons qu'il ne servirait à rien de demander à votre comité de faire des commentaires sur des décisions qui sont prises aux paliers provinciaux et territoriaux. Nous allons donc limiter nos remarques aux secteurs où des ressources fédérales sont directement affectées aux soins de santé.

Nous pensons que nous pouvons faire beaucoup plus pour aider les gens pour lesquels le gouvernement fédéral assume le coût des services de santé. Il y a des cas évidents. Premièrement, les services offerts aux membres des Forces canadiennes sont très variables. Savez-vous qu'en Afghanistan un soldat ne peut obtenir des soins chiropratiques pour atténuer un mal de dos ou de cou, mais que chez lui, les membres de sa famille ont accès à des soins pour diminuer leur mal de dos et leurs douleurs au cou grâce au régime de santé de la fonction publique? Il est regrettable que les soldats qui se trouvent sur le terrain n'aient pas la possibilité de recevoir des soins chiropratiques non invasifs et très efficaces pour soulager leurs maux de dos et de cou. La chiropratique est une méthode reconnue pour la prévention des blessures et le soulagement des blessures majeures et mineures aux muscles, aux nerfs et aux articulations; cette méthode est tout à fait adaptée à ceux qui exercent des activités sur des terrains rocheux, difficiles et inhospitaliers. Nous pensons que nous pourrions fort bien offrir des services de santé raisonnables dans les endroits où nos soldats servent leur pays.

La profession chiropratique est représentée par plusieurs officiers qui servent à l'heure actuelle dans les Forces canadiennes. Le Dr Denis Tondreau et la Dre Lison Gagné sont tous deux membres de la réserve active. Ils sont tous les deux tout à fait disposés à offrir gratuitement leurs compétences en tant que docteurs en chiropratique pendant qu'ils sont en activité et pourtant, il n'y a aucun précédent qui leur permette de le faire. Dans le passé, ils ont tous les deux utilisé leurs compétences pour aider leurs collègues, même s'il n'y a pas de règlement qui appuie leur travail dans les Forces armées. Le Dr Tondreau a servi en Afghanistan en 2008 et le chef des services médicaux de la base a été heureux de l'appuyer et d'utiliser ses compétences chiropratiques pour traiter leurs collègues blessés. Malheureusement, le Dr Tondreau n'a pas pu faire modifier ses ordres pour qu'ils tiennent compte du fait qu'il peut offrir ses services de chiropraticien. Nous pensons qu'il faudrait corriger cette situation. Nous pensons en fait que les chiropraticiens devraient être en uniformes et servir activement dans les Forces armées. Ce serait déjà une bonne chose que les militaires puissent avoir accès à des soins chiropratiques pour qu'ils ne demeurent pas des citoyens de seconde classe si on les compare à leurs familles au Canada.

Le Dr Tondreau a récemment été affecté en Sierra Leone en novembre 2008.

La Dre Gagné est membre de la Force de réserve canadienne depuis 2007. Pendant sa formation, la Dre Gagné a essayé de soulager les problèmes musculo-squelettiques de ses collègues, un domaine dans lequel la chiropratique donne d'excellents résultats. Elle a toutefois dû faire face à l'attitude hostile de son supérieur qui lui a ordonné de ne pas utiliser ses compétences en chiropratique pour traiter les gens, même si elle obtenait des résultats positifs. Tout récemment, la Dre Gagné a reçu une formation au Mississippi en janvier 2009; elle attend d'être envoyée à l'étranger et elle espère pouvoir utiliser ses compétences chiropratiques pour le bien de ses collègues.

Le système qu'a adopté le ministère de la Défense nationale est particulièrement préoccupant si on le compare à celui de la GRC, qui reconnaît, depuis longtemps, l'intérêt des soins chiropratiques. Depuis quelques années, les membres de la GRC reçoivent deux fois et demie plus de traitements pour soins aigus que les membres des Forces canadiennes ici au Canada. La GRC explore à l'heure actuelle les façons d'améliorer et de renforcer les services et la réadaptation pour les cas de douleurs aiguës et chroniques. La GRC offre à ses membres des soins beaucoup plus complets que ne le font les Forces armées.

•(1615)

Pour ce qui est du recours aux soins chiropratiques par le Canada, nous sommes loin derrière l'armée des États-Unis. Aux États-Unis, le Département des anciens combattants a constaté que la principale raison pour laquelle les anciens combattants ont besoin de soins lorsqu'ils reviennent d'Iran et d'Afghanistan est qu'ils souffrent de lombalgie. De plus, plus de 20 p. 100 des centres de traitement de l'armée américaine utilisent des docteurs en chiropratique pour traiter les blessures liées au service militaire.

Prenons un autre exemple: la population autochtone des Premières nations. L'histoire des rapports entre le Canada et les Premières nations est une tache à notre réputation de pays respectueux et avancé. Les membres des Premières nations ont de nombreux problèmes de santé et bien souvent, leur niveau de diabète est plus élevé que celui des autres groupes de la population canadienne tandis que leur état de santé est inférieur à celui des autres Canadiens.

L'offre de service chiropratiques aux membres des Premières nations reflète une approche tout à fait incohérente. Les services varient énormément en fonction de facteurs comme la province de résidence, la nation ou le groupe auquel appartient le patient et les dispositions qui ont été prises dans ce domaine. Ce n'est pas un Canada qui reflète les valeurs de la Loi canadienne sur la santé, qui découlent des principes de la transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et la gestion publique applicables à l'ensemble du Canada.

Par contre, je peux vous citer un exemple de centre de soins aux membres des Premières nations qui est une réussite, la clinique Joe Sylvester qui fait partie de l'organisme Anishnawbe Health Toronto, une clinique multidisciplinaire axée sur le service qui offre des soins de santé aux communautés autochtones urbaines de Toronto depuis 1996. Les professionnels de la santé qui travaillent à cette clinique comprennent des chiropraticiens, des médecins, des infirmières, des soignants autochtones traditionnels et des fournisseurs de soins de santé complémentaires et alternatifs.

Dans ce cadre unique, des soins conventionnels, traditionnels et complets sont offerts dans un esprit de véritable coopération multidisciplinaire. La Dre Kopansky-Giles a déjà travaillé dans cette clinique.

À partir de cet exemple, nous aimerions que les membres des Premières nations aient un accès égal à des services de soins de santé complets et de qualité.

Les chiropraticiens sont les mieux placés pour préserver la santé de la population à un coût très raisonnable. Pour l'essentiel, nous pensons que les groupes relevant du fédéral devraient avoir un accès équitable à la chiropratique sans qu'on y mette d'obstacle. Les gens qui souffrent de douleurs au cou, de maux de dos ou de maux de tête devraient être soignés immédiatement, reprendre immédiatement leurs activités et être absents le moins possible de leur travail et de leur famille.

La profession chiropratique est fière que les patients aient rapidement accès à ses praticiens et à des traitements. Nous pensons que cette façon de faire permet plus facilement à la population de rester en vie et d'être active. À long terme, nous pensons qu'il est bien préférable pour la santé des Canadiens ne pas permettre qu'ils soient affaiblis par un manque de soins.

Je vais vous parler d'un exemple très convaincant de la façon dont les soins devraient être offerts à tous les groupes qui relèvent du gouvernement fédéral. C'est une excellente étude de cas en matière de coopération et d'efficacité des services qui illustre très bien la bonne façon d'utiliser les fonds destinés à la santé.

L'hôpital St. Michael de Toronto offre des services de chiropratique dans une des premières cliniques de soins chiropratiques intégrées à un hôpital. Cette clinique regroupe l'expertise d'une équipe de soins de santé qui comprend des chiropraticiens, des médecins, des physiothérapeutes qui offrent ensemble des soins appropriés, de haute qualité et complets.

Le service de médecine familiale et communautaire de l'hôpital St. Michael a décidé d'ajouter cette clinique à l'hôpital en 2004. C'est le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires du Ministère ontarien de la santé et des soins de longue durée qui a rendu possible cette initiative. Cet exemple de collaboration interprofessionnelle réussie a profité à l'hôpital, au personnel et surtout aux malades.

Nous sommes tellement heureux de cette initiative que nous avons jugé bon de venir aujourd'hui avec le praticien qui en sait le plus à ce sujet pour que les membres du comité puissent en apprendre davantage sur le fonctionnement d'un programme aussi efficace.

Voilà qui termine mes commentaires. La Dre Kopansky-Giles et moi serons heureux de répondre aux questions que vous souhaitez poser sur des sujets touchant notre profession.

Merci.

La présidente: Merci, Dr Valade, pour votre exposé éclairant.

Nous allons maintenant passer aux questions des membres de notre comité. Notre premier tour sera de sept minutes par personne pour les questions et les réponses. Nous allons commencer par madame Murray.

Mme Joyce Murray: Merci, madame la présidente.

Merci pour tous ces commentaires et suggestions.

J'aimerais poser quatre questions. Je vais essayer de le faire assez rapidement et je vais les présenter tout de suite pour que vous ayez le temps d'y répondre.

Dr Padmos, pouvez-vous nous donner une idée des répercussions qu'auront les coupures dans le budget des conseils subventionnaires de recherche ou l'absence de financement de Génome Canada? Comment est-ce que cela pourrait toucher les ressources en santé humaine dans les années qui viennent?

Dr Ouellet, vous avez parlé de soins axés sur les patients. J'ai regardé votre mémoire. Je n'y ai pas trouvé de recommandation au sujet du genre d'initiatives en matière d'amélioration continue de la qualité qui ont donné d'excellents résultats en Colombie-Britannique ni au sujet des cadres d'amélioration de la qualité et des processus fondés sur les principes de Deming. Le service de santé de Vancouver les a utilisées à l'Hôpital général de Vancouver. J'aimerais avoir vos commentaires sur ce que l'on peut faire avec ces initiatives qui ont pour but d'augmenter la qualité des soins et la productivité.

Madame Neufeld, merci d'avoir dressé la liste de toutes les initiatives très positives qui ont été lancées au début des années 2000. Il est dommage qu'il n'y en ait pas eu beaucoup après 2005.

Vous avez parlé d'un observatoire des ressources humaines en santé et j'aimerais avoir vos commentaires sur la possibilité d'ajouter à cet observatoire des modalités complémentaires et alternatives. Les responsables des IRSC m'ont dit qu'ils ne recueillaient même pas de données au sujet des médecins naturopathes et des médecins pratiquant la médecine chinoise traditionnelle, ni probablement sur les chiropraticiens, parce que du point de vue de la réglementation, il n'est pas possible d'appliquer à tous les mêmes règles. Comment pouvons-nous régler ce problème?

Dr Valade, le comité va présenter des recommandations une fois terminée cette étude. Comment aimeriez-vous que soit formulée une recommandation destinée au gouvernement fédéral et qui lui demanderait d'augmenter rapidement le nombre des cliniques et des établissements axés sur la collaboration qui intègre des modalités complémentaires et alternatives?

Merci.

● (1620)

La présidente: Nous allons commencer par le Dr Ouellet, et nous passerons au prochain témoin lorsque vous aurez répondu. Il reste environ quatre minutes pour tout le monde.

Merci.

M. Robert Ouellet: Merci.

Nous essayons cette année d'élaborer un modèle de ce que devrait être le système canadien de santé. Nous examinons toutes les initiatives qui ont été lancées au Canada et ailleurs pour essayer de les améliorer. Une d'entre elles est, bien sûr, l'amélioration de la qualité.

Il faut améliorer l'efficacité mais il faut aussi renforcer la qualité. Le problème vient du fait que nous avons lancé d'excellentes initiatives, mais qu'il faut les réunir et les mettre en oeuvre sur une plus grande échelle. Il y a d'excellents projets au Canada, mais ils ne sont pas suffisamment répandus. Nous devons travailler sur cet aspect et cela fait partie de notre projet.

La présidente: Très bien. Je pense que nous allons maintenant passer à Kaaren Neufeld.

Mme Kaaren Neufeld: Merci.

Je pense à l'observatoire des RHS comme un institut qui serait un lieu de rencontre pour les intervenants. L'AIIIC est vraiment convaincue du bienfait de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Les naturopathes et les autres professionnels auraient certainement un rôle à jouer dans ce domaine. Il serait important d'étudier toute la gamme des services auxquels les Canadiens souhaitent avoir accès et, en créant cet observatoire et cet institut, d'amener toutes les personnes qui offrent ces services à contribuer au développement de cet observatoire et d'en faire

quelque chose de nouveau. Il faudrait que tous les groupes qui fournissent des services de santé aux Canadiens soient impliqués dans cet institut.

La présidente: Le Dr Padmos est le suivant.

M. Andrew Padmos: Merci pour votre question au sujet des répercussions des coupures dans la recherche. Je pense qu'il y en a plusieurs.

Une première répercussion est qu'à cause d'un manque de financement, les jeunes, que ce soient des médecins, des infirmières ou d'autres professionnels de la santé, décideront de ne pas faire carrière dans la recherche, que ce soit à temps plein ou à temps partiel, pour renforcer leur pratique.

Deuxièmement, on est en train de démanteler à l'heure actuelle des équipes de recherche et les personnes qui les composent partent rapidement vers d'autres lieux, pour la plupart à l'étranger, parce qu'ils y trouvent du financement.

Troisièmement, à long terme, je crois que cela donne une impression négative de l'importance de la recherche et notre pays n'a pas la possibilité de travailler en collaboration avec d'autres partenaires pour résoudre des problèmes de santé qui sont en fait universels.

● (1625)

La présidente: Merci.

Dr Valade.

M. Richard Valade: Madame la présidente, je vais demander à la Dre Kopansky-Giles de répondre à cette question.

La présidente: Merci.

Mme Deborah Kopansky-Giles (professeure associée, Canadian Memorial Chiropractic College, Association chiropratique canadienne): Merci, madame la vice-présidente, d'avoir posé cette question, qui est vraiment pertinente, en particulier compte tenu de l'environnement actuel.

Nous savons que Santé Canada a adopté une stratégie qui vise à renforcer la collaboration de l'éducation interprofessionnelle jusqu'à la collaboration interprofessionnelle. Il y a des fonds qui ont été affectés à cet objectif. Aucun financement n'a toutefois été affecté à des projets novateurs qui favorisent la formation de praticiens très créateurs qui travaillent ensemble indépendamment des fournisseurs de soins habituels. Nous avons très clairement démontré à l'hôpital St. Michael que la chiropratique s'intègre très bien à ce genre d'environnement et les médecins qui travaillent en très étroite collaboration avec nous, nous ont dit que nous avions en fait aidé à réduire leur charge de travail et à améliorer la qualité de leur travail en réduisant le temps qu'ils consacrent aux patients ayant des problèmes musculosquelettiques, pour lesquels ils n'ont guère de solutions à offrir.

Je pense que vous avez demandé ce que nous pouvions faire pour renforcer cette collaboration. Pour y parvenir, il faudrait consacrer des fonds importants dans les différentes régions du Canada pour aider différents établissements à mettre sur pied des projets de ce genre. Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires en était un exemple, et ce financement a permis de démarrer des projets pilotes, qui n'étaient pas accompagnés de mécanismes de financement permanents. Nous invitons vivement le comité à mettre en oeuvre, ou à présenter des recommandations concernant des projets durables qui ont été des réussites, comme les nôtres.

Merci.

La présidente: Je vous remercie.

Nous allons maintenant passer à monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais d'abord vous remercier d'être ici avec nous.

J'ai un commentaire pour le Dr Valade. Je vous remercie de nous avoir fait part d'un certain nombre de cas bien précis concernant des populations qui sont directement desservies par le gouvernement fédéral. Un peu plus tard dans notre étude, on va revenir avec des intervenants de ces milieux et on sera en mesure de relayer un certain nombre de vos questions à ces gens pour bonifier l'étude que nous menons.

Madame la présidente, mardi dernier et aujourd'hui, on a entendu des témoins nous faire état de la situation vécue par les infirmières. On nous parle de surmenage, de modification des façons de faire et d'éducation continue.

Je vais vous poser la même question que j'ai posée aux témoins que nous avons reçus mardi dernier. Ne croyez-vous pas que le bon forum pour exprimer ces problèmes n'est pas le Parlement fédéral, mais qu'il serait préférable de s'adresser directement aux intervenants au Québec et dans les provinces, qui sont ceux qui régissent l'éducation, les façons de faire, la santé, les pratiques? Avez-vous aussi fait part de ces observations aux gens qui, dans le quotidien, travaillent ou ont une responsabilité directe quant à la prestation des services en matière de santé?

[Traduction]

La présidente: À qui adressez-vous plus précisément votre question, monsieur Malo?

M. Luc Malo: Qui aimerait y répondre?

La présidente: C'est comme vous voulez.

Mme Silas.

[Français]

Mme Linda Silas: Je vais commencer, monsieur Malo.

Premièrement, vous avez complètement raison: la distribution ou la prestation des soins de santé est faite par les provinces et les territoires. Pour notre part, nous voyons le gouvernement fédéral dans un rôle de leadership et de facilitateur pour implanter des nouvelles solutions. Avant d'implanter nos deux projets en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse, on a fait une étude auprès des employeurs en services de soins de santé du Canada. Ces derniers nous disaient qu'il y avait de bonnes idées, mais qu'on manquait de fonds et de chercheurs. Le gouvernement fédéral a donc pu apporter cela au Cap-Breton et en Saskatchewan, et ces projets ont des retombées dans les autres régions. C'est là qu'on voit que le gouvernement fédéral peut assumer un rôle de leadership et de facilitateur.

Bien entendu, il peut aussi contribuer financièrement, car un employeur à lui seul est déjà limité dans son savoir et dans son budget. Il ne peut donc pas innover. Il doit travailler avec toute l'équipe aussi.

• (1630)

M. Luc Malo: Parlant de ...

[Traduction]

La présidente: Monsieur Malo, je pense que la Dre Kopansky voulait également faire un commentaire.

Merci.

Mme Deborah Kopansky-Giles: Merci.

Vous nous avez tous invités à répondre à une excellente question, parce qu'on nous pose souvent cette question: « Pourquoi ne demandez-vous pas aux provinces de résoudre ces difficultés? » Nous avons un exemple parfait avec le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, grâce auquel des fonds fédéraux ont permis de mettre sur pied d'excellents programmes novateurs qui ont été répartis dans les provinces et ont produit d'excellents résultats, en matière de collaboration, par exemple.

Il y a également l'exemple de l'initiative de renforcement de la formation interprofessionnelle ou interdisciplinaire. C'était une initiative fédérale qui était mise en oeuvre par les provinces. Par exemple, l'Université de Toronto a lancé une initiative importante pour la formation interprofessionnelle. À partir de septembre 2009, tous les étudiants en sciences de la santé de 10 facultés vont devoir obtenir 20 crédits de formation interprofessionnelle pour obtenir leur diplôme. C'est une initiative fédérale qui va concrètement avoir un effet local.

Nous avons vu les avantages de ce genre d'initiatives. Nous participons activement à ces projets de formation. En fait, l'équipe que je dirige à l'hôpital St. Michael, où je préside notre groupe de travail sur la formation interprofessionnelle de notre département, a gagné, l'année dernière, deux prix de l'Université de Toronto pour ces initiatives.

De sorte que oui, je pense que le comité peut jouer un rôle très important pour guider les provinces et les amener à examiner ces questions de façon plus large parce qu'elles dépassent les compétences locales.

Merci.

[Français]

M. Luc Malo: J'ai une question pour le Dr Ouellet.

[Traduction]

La présidente: Je suis désolée, monsieur Malo, vous avez posé une question tellement intéressante que tout le monde veut y répondre.

Mme Neufeld, vous vouliez intervenir.

Mme Kaaren Neufeld: Merci.

La présidente: Et ensuite, ce sera au Dr. Padmos.

Mme Kaaren Neufeld: Je serai brève. Je veux simplement revenir sur l'importance de ce rôle de leadership. Vous savez sans doute que si vous réunissez le ministère de la Défense nationale, le Service correctionnel du Canada, les Anciens combattants, et la DGSPIN, vous constaterez que le gouvernement fédéral se place au cinquième rang des employeurs dans le domaine de la santé, de sorte qu'il a une excellente possibilité de faire preuve de leadership à propos du genre d'initiatives qui doit être lancée.

M. Andrew Padmos: Merci, madame la présidente.

Nous et nos collègues d'autres organisations pancanadiennes et nationales sommes régulièrement en rapport avec nos collègues des agences et des ministères provinciaux. Nous échangeons beaucoup entre nous.

Mais je me ferai l'écho des commentaires de Kaaren, lorsqu'elle a dit que l'important ici, c'est de faire preuve de leadership. Ces problèmes sont trop importants pour être confiés à un cadre bureaucratique étroit qui craint de franchir les frontières interprovinciales. Je pense que les citoyens, quelle que soit leur province d'origine, s'attendent à ce que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership national et pancanadien dans ce domaine.

La présidente: M. Malo, il vous reste moins d'une minute.

[Français]

M. Luc Malo: Ce que je comprends, c'est que les provinces ne peuvent pas faire preuve de leadership elles-mêmes. C'est le gouvernement central qui doit donner cette impulsion, suivant ce que je comprends de nos panellistes.

J'ai une question pour vous, docteur Ouellet: avez-vous chiffré l'argent que vous demandez pour optimiser le programme de mentorat pour les travailleurs étrangers?

Dr Robert Ouellet: La réponse est oui. Il s'agit de trouver à quel endroit j'ai mis ça. Ce sont 5 millions de dollars sur cinq ans pour le mentorat relativement aux personnes ayant étudié à l'étranger. On pense qu'on a besoin de cet argent pour aider les gens.

Il est toujours question de médecins qui ont étudié à l'extérieur et qui conduisent des taxis ou qui livrent des pizzas. Ce phénomène existe, c'est vrai. Cependant, on veut plutôt former les personnes qui sont en mesure d'être formées pour ainsi aider à réduire la pénurie de médecins actuelle. Toutefois, il faut avoir certains moyens pour faire ça, et on essaie de trouver des solutions, comme le mentorat. Certains sont presque prêts à le faire, mais ils auraient besoin d'un peu de soutien. Cette solution pourrait contribuer à réduire la pénurie de médecins. Ça n'impliquerait pas de reprendre tous les cours, mais plutôt de parfaire la formation. Parfois, certains n'ont pas besoin de grand-chose de plus pour réussir les examens.

Ce qu'on veut absolument avoir, ce sont des personnes qui respectent les mêmes normes que nous. On ne veut pas accepter des médecins qui ne respectent pas les normes. Personne ne le voudrait. On est tout à fait prêts à encourager ces diplômés étrangers à venir, mais on veut qu'ils soient formés adéquatement. C'est pour cela qu'on demande le soutien du gouvernement fédéral.

[Traduction]

La présidente: Merci, Dr Ouellet.

Mme Wasylycia-Leis.

• (1635)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci, madame la présidente. Merci à tous.

Au cours de notre dernière séance, nous avons entendu un certain nombre d'organismes-cadres et ils ont semblé inviter notre comité à s'intéresser principalement aux champs de pratique et au modèle de prestation des services. Je ne suis pas contre cette suggestion, qui me semble très intéressante, mais je m'inquiète un peu de ce que disent les Canadiens à l'heure actuelle au sujet de la pénurie de médecins, d'infirmières, de techniciens et certains d'entre vous ont abordé cet aspect.

À mon avis, nous sommes prêts d'en arriver à un point où si nous n'agissons pas, toutes les analyses de nos modèles de prestation de services ne pourront jamais répondre aux besoins de la population en matière d'accès à des services de santé de qualité.

J'aimerais vous demander précisément, en commençant par Linda et ensuite par Kaaren, pour ce qui est des infirmières, quelle est la recommandation que vous aimeriez présenter au gouvernement fédéral de façon à régler cette question de compétences et à donner à ce gouvernement des directives claires au sujet des choses que nous pourrions faire. Je pense que, Linda, vous avez parlé d'AE. J'aimerais en entendre davantage au sujet de la façon dont on pourrait modifier le régime d'AE pour faciliter la formation des infirmières. J'aimerais également en entendre un peu plus au sujet de l'idée d'observatoire,

et je me demande pourquoi un tel observatoire n'existe pas si c'est une idée aussi évidente?

J'aimerais également entendre ce qu'Andrew a à dire au sujet de l'effet que peut avoir l'Accord sur le commerce intérieur sur ce que nous essayons de faire.

Mais permettez-moi de commencer par cette crise et sur ce que nous pourrions faire immédiatement.

Linda.

Mme Linda Silas: Je vais prendre l'exemple de l'AE, sur lequel nous travaillons depuis 1999. Je ne sais pas si les membres du comité le savent, mais au Canada, si vous êtes plombier, vous pouvez demander à votre employeur de suivre un programme d'apprentissage de l'AE, obtenir une formation, en recevant un salaire, et vous obtenez alors une spécialisation en plomberie. Si vous êtes dans une catégorie professionnelle, vous n'avez pas droit à ce programme.

Si je prends les infirmières auxiliaires, en termes simples, ce sont des aides-infirmières. Une bonne partie d'entre elles aimerait devenir des infirmières autorisées. Mais elles doivent quitter leur travail, elles doivent suivre un programme de quatre ans à temps plein, mais elles n'ont pas accès à de l'aide temporaire ni à des bourses. Un bon nombre des infirmières autorisées ont suivi l'ancien programme de deux ou trois ans. Elles aimeraient suivre un programme de baccalauréat — là encore, aucune aide temporaire — ou même mieux, devenir une infirmière praticienne, là encore, pas d'aide temporaire. C'est le genre de situations auxquelles l'AE pourrait s'appliquer immédiatement si nous modifions le programme d'apprentissage.

Si nous pensons à la pénurie et au modèle de prestation des services, oui, nous sommes en situation de crise. Je viens d'aller en Saskatchewan et au Manitoba, et j'en suis revenue ce matin par avion avec Kaaren. Nous avons, dans ces deux provinces, des infirmières praticiennes qui sont prêtes à exercer toutes leurs compétences, mais elles n'ont pas le droit de le faire à cause d'un règlement provincial ou de l'équipe dans laquelle elles travaillent. C'est la raison pour laquelle je suis un peu nerveuse lorsqu'on désigne un autre travailleur de la santé par l'appellation d'aide-médecin. Eh bien, nous sommes en train d'introduire autre chose alors que nous ne mettons même pas en pratique ce que nous avons. Cela pose, d'après moi, de nombreux problèmes.

Même si Andrew est hématologue, Dieu merci, et non pas psychiatre... je ne suis pas tout à fait folle, je veux le mentionner pour le compte rendu; je suis simplement très décidée, Andrew.

Merci.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci.

Kaaren.

Mme Kaaren Neufeld: Merci pour cette question.

L'observatoire offre aux chercheurs, aux gouvernements, aux employeurs, aux professionnels de la santé, à nous, la possibilité, comme je l'ai indiqué, de se retrouver et d'examiner les pratiques novatrices dont on peut se servir pour créer de nouveaux modèles de soins.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada vient de publier une étude sur les temps d'attente, pour laquelle nous avons réuni tous les renseignements qui décrivaient les nouveaux modèles de soins, qu'il s'agisse d'infirmières-praticiennes travaillant dans des foyers de soins personnels... dont des situations de soins à long terme, pas seulement de soins primaires, mais également au niveau des soins primaires — pour montrer la différence que peut faire une infirmière-praticienne que l'on autorise à exercer toutes les compétences qu'elle possède dans le domaine des soins primaires.

Ce sont là deux brefs exemples d'innovations. L'idée de l'observatoire consiste à créer un outil pour diffuser des connaissances et de réunir des gens qui auront ainsi la possibilité de réfléchir sur ces innovations, parce que c'est leur application à des situations nouvelles, que ce soit dans le nord ou dans un cadre provincial, qui fera la différence. Nous devons fournir aux professionnels de la santé, aux organisations internationales, aux chercheurs, aux responsables la possibilité de se réunir.

• (1640)

Mme Judy Wasylcia-Leis: Est-ce que tous les témoins sont d'accord pour que notre comité recommande la création d'un institut national des ressources humaines en santé, ou, un observatoire? Est-ce que tout le monde est d'accord?

Des voix: D'accord.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Il n'y a aucune dissidence.

Avant que mon temps de parole ne soit écoulé, Andrew, nous allons laisser mettre en oeuvre ces modifications sur l'ACI sans trop penser aux répercussions qu'elles pourraient avoir sur le système de soins de santé. Nous allons, je crois, devoir nous en remettre à vous pour savoir ce qu'il faut changer, ou repenser ou pour comprendre vraiment la gravité de la situation.

La présidente: Dre Kopansky, je pense que vous vouliez faire un commentaire à ce sujet.

Mme Deborah Kopansky-Giles: Oui, merci.

Je voulais faire un commentaire sur ce dernier point avant d'aborder un autre sujet. J'appuie totalement les honorables membres du comité pour ce qui est de l'importance d'un observatoire.

Je tiens également à faire remarquer que je suis très en faveur de l'idée que cet observatoire regroupe tous les professionnels de la santé dans tous leurs domaines de pratique. Nous avons un plan directeur pour la santé en Ontario. Ce plan directeur ne regroupe même pas la moitié de toutes les professions de la santé qui sont réglementées dans la province. Il existe un plan directeur, un financement, qui ne comprend même pas la moitié des professionnels de la santé.

Ce sont là les questions qui se posent pour les personnes qui ne sont pas sur les premières lignes traditionnelles des soins de santé. C'est pourquoi je suis tout à fait en faveur d'inclure tous les professionnels de la santé.

M. Andrew Padmos: Merci.

J'aimerais répondre à la question au sujet de l'Accord sur le commerce intérieur. À court terme, la principale préoccupation est l'augmentation de la mobilité des médecins qui exercent leur spécialité sans avoir le droit à une pratique complète dans leur province d'origine. Par exemple, nous avons un spécialiste en obstétrique et en gynécologie qui est autorisé à travailler dans ces domaines, mais il peut y avoir une personne qui pratique uniquement la gynécologie dans un endroit donné. Le problème vient du fait que, si cette personne peut se déplacer facilement dans une autre région

de la province sans avoir passé un examen ou une vérification des compétences, elle peut affirmer qu'elle peut exercer toutes les dimensions de cette pratique, sans avoir l'expérience ou la crédibilité pour le faire.

Nous allons déséquilibrer encore davantage la répartition géographique des médecins à l'échelle du pays. Nous pensons que cela vaut uniquement pour le court terme. Nous ne sommes pas du tout en faveur de limiter la mobilité des professionnels de la santé ou des médecins pour cette raison. Mais nous lançons un avertissement parce que nous voyons là un risque de difficulté pour la pratique — une perte de continuité occasionnée par des médecins qui quittent les endroits moins attrayants pour se rendre dans les endroits qui le sont plus.

Il y a une réalité dans ce pays; au nord de Vancouver, il n'y a pas un seul spécialiste agréé par le Collège royal. Il n'y en a pas. Le nord de la province est considéré comme un environnement moins attirant et par conséquent, les professionnels de la santé formés à l'étranger acceptent de s'y rendre pour répondre aux conditions locales imposées pour qu'ils obtiennent leur inscription et leur permis. Cela veut dire que nous allons faire face à un énorme problème.

La présidente: Merci, Dr Padmos.

Nous allons maintenant passer au Dr Carrie.

M. Colin Carrie: Merci, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins d'être venus.

Je dois dire que j'aime beaucoup ce que j'ai entendu au sujet du travail en collaboration. J'ai entendu le Dr. Quellet, le Dr Padmos, Mme Neufeld nous parler d'innovation, mais aussi de solutions pratiques et nous avons eu les exemples de soins offerts en collaboration que nous a donnés le Dr Valade. J'ai pensé que nous pourrions peut-être commencer de ce côté et ensuite, faire le tour.

J'ai deux questions. Le gouvernement veut réduire des choses comme les temps d'attente. Comment les chiropraticiens pourraient, par exemple, réduire les temps d'attente ou alléger la charge de travail dans le système de soins de santé? Ma deuxième question est la suivante: En quoi le renforcement de la collaboration offre des avantages pour le système de soins de santé?

Nous pourrions peut-être commencer de ce côté et continuer ensuite, en commençant par les chiropraticiens.

Merci.

M. Richard Valade: Comme vous le savez tous, les chiropraticiens sont des spécialistes des problèmes neuromusculosquelettiques, ce qui représente probablement 30 p. 100 des problèmes qu'examine un médecin dans son cabinet. Si 30 p. 100 des personnes qu'il voit par jour pouvaient être orientées vers un chiropraticien, cela diminuerait certainement les temps d'attente. Les médecins auraient alors le temps de voir les patients qui souffrent d'autres problèmes. Les membres de notre profession sont bien sûr spécialisés dans les problèmes neuromusculosquelettiques.

Il y a 7 000 chiropraticiens au Canada qui sont sous-utilisés par manque de fonds, mais nous sommes un acteur important dans ce système. En fait, j'ai des collègues au Québec qui sont en contact avec des hôpitaux et il y a des personnes qui travaillent dans les salles d'urgence qui essaient d'envoyer les patients ayant des problèmes neuromusculosquelettiques vers les cabinets des chiropraticiens. Cela réduit beaucoup le temps que passent les malades dans les salles d'attente.

Cet exemple ne concerne que le secteur des urgences. Dans les cabinets des médecins, il y a 30 p. 100 des patients des 60 000 médecins canadiens qui viennent les consulter pour des problèmes neuromusculosquelettiques. Il suffit de faire le calcul parmi tous les patients qui viennent les consulter à leurs cabinets. Cela pourrait certainement atténuer la pénurie de ressources humaines que nous connaissons ici.

• (1645)

Mme Deborah Kopansky-Giles: Je vous remercie pour la question au sujet de la collaboration.

J'aimerais expliquer davantage le travail vraiment unique, et je crois créateur, qui a été financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. En Ontario, par exemple, nous avons reçu près de deux millions de dollars pour financer trois projets d'intégration. J'étais l'enquêtrice principale pour un des projets qui a obtenu près de 700 000 \$ pour financer l'intégration dans un milieu hospitalier. Cela ne concernait pas uniquement les chiropraticiens. Le ministère nous a donné ces fonds pour examiner comment un modèle de soins intégrés pourrait fonctionner dans un service de médecine familiale et communautaire. Nous avons également reçu des fonds pour effectuer le même genre d'étude dans un centre de santé communautaire, ainsi que dans les équipes de santé familiale qui existent en Ontario.

Cela a couvert les trois secteurs pour ce qui est de la façon dont les services sont fournis au Canada. En fait, tous ces projets d'intégration ont été présentés au Sommet des soins de santé primaires qu'a organisé le ministère de la Santé. C'était trois des 60 projets qui ont été présentés au niveau national et qui ont obtenu cette reconnaissance.

Nous avons très clairement constaté qu'avec un tel modèle, dans lequel les services sont fournis par une équipe, une équipe sans structure hiérarchique de sorte que tous les membres de l'équipe sont sur un pied d'égalité, ont des rôles qui sont appréciés et respectés, les patients bénéficient grandement de cette façon de fournir les services de santé.

Nous avons également effectué une étude de type ethnographique qui examinait sur le plan qualitatif les attitudes et les points de vue des autres fournisseurs de soins de santé et nous avons constaté une grande évolution de ces points de vue sur une période de deux ans lorsque nous avons inclus les services chiropratiques.

À la fin de notre étude, nous avons effectué une enquête pour mesurer la satisfaction des médecins. Il y a près de 45 médecins dans notre service et ils ont tous appuyé, à l'unanimité, le maintien des services chiropratiques. Plusieurs d'entre eux ont déclaré — et cela a été publié dans deux études — qu'ils pensaient que cela avait renforcé, de façon importante, leur capacité de bien traiter leurs patients.

La présidente: Désolée de vous interrompre, mais il y a d'autres personnes qui veulent intervenir et le temps consacré à cette question est presque épuisé.

Dr Padmos, allez-y.

M. Andrew Padmos: Je vais essayer de répondre aux deux questions, car je pense qu'elles sont reliées.

La question des temps d'attente exige, j'imagine, que l'on prenne des mesures d'urgence, mais non pas des mesures exclusives, du côté de l'offre. Il faut également prendre des mesures qui visent à mieux travailler. Une façon de mieux travailler consiste à mieux travailler ensemble.

Kaaren a parlé du transfert de responsabilités vers d'autres personnes qui sont mieux ou moins qualifiées que les professionnels de soins primaires mais c'est cet environnement de collaboration, qui favorise la synergie, qui fournit un appui, qui améliore grandement le filet de sécurité des patients, et dont l'absence est particulièrement remarquable. Lorsque des erreurs sont commises et qu'on rejette sur d'autres la responsabilité des erreurs et qu'il y a des récriminations, cela empoisonne les relations de travail et ce n'est pas bon pour les patients.

La présidente: Merci

Nous allons commencer le tour suivant — celui-ci est de cinq minutes — avec la Dre Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci à tous d'être venus. J'ai bien aimé vous écouter.

Je vais changer d'angle. Auparavant, nous nous basions uniquement sur les résultats scolaires pour accepter les étudiants en médecine. Je sais que cela a changé, mais que faites-vous pour trouver les étudiants qui ont de bonnes valeurs, comme l'empathie, la compassion pour les malades?

Nous avons besoin des diplômés formés à l'étranger et j'aimerais savoir combien cela coûte en moyenne pour devenir un praticien ici, pour une personne qui a été formée à l'étranger. Je sais que cela varie selon la spécialité et le moment où ils entrent dans le système, mais j'aimerais avoir des chiffres à ce sujet.

Recueillons-nous des données sur le nombre de ceux qui commencent à passer des examens? Je rencontre souvent des gens qui ont passé le premier examen et qui, ensuite, n'ont pas les moyens de poursuivre. J'ai rencontré au cours des trois derniers mois près de 50 médecins qui ne pratiquaient pas la médecine — l'un d'entre eux était un détective d'hôtel principal au Royaume-Uni.

Combien y a-t-il de postes pour les détenteurs de diplômes étrangers au Canada? Je sais que cela varie selon les domaines, et qu'il y a quelques années, il y avait huit postes pour les pédiatres.

Mon dernier commentaire est que nous avons vraiment besoin de médecins formés à l'étranger. Nous avons besoin de leurs capacités linguistiques et de leur sensibilité interculturelle. Je vais vous raconter une histoire. Un homme qui habite dans ma circonscription était désespéré. Il pensait que son petit-fils d'un an avait la variole, parce que dans sa jeunesse, la variole existait encore. Il m'a fallu 20 minutes pour lui faire comprendre que le bébé n'avait pas la variole. Le médecin qui l'avait examiné n'avait pas été en mesure de l'expliquer à la famille, faute de connaissances linguistiques.

Il faut trouver une solution à ce genre de problèmes. Il y a beaucoup de langues et de cultures au Canada, et nous devons faire en sorte que les gens s'adressent à des médecins qui vont les comprendre et s'en occuper.

C'étaient là mes commentaires.

• (1650)

La présidente: Qui aimerait y répondre?

Dr. Padmos.

M. Andrew Padmos: Pour ce qui est de la sélection des étudiants en médecine, le processus n'est pas uniquement basé sur les résultats scolaires, mais ceux-ci comptent encore beaucoup, parce que nous recevons plus de 10 000 demandes d'inscription pour environ 2 500 places. Les universités sont obligées de filtrer ces demandes pour réduire le bassin des étudiants auxquels ils vont ensuite faire passer des entrevues et des tests. La méthode la plus facile est de s'en remettre aux résultats scolaires, que ce soit la moyenne des notes ou les résultats obtenus au CMAT.

Vous avez fait une remarque intéressante et importante au sujet des types de personnalité. La plupart des facultés ont adopté une approche très individuelle aux étudiants en médecine qu'elles pensent accepter et donc, par rapport au produit qu'elles aimeraient obtenir, mais elles n'utilisent pas ces outils si ce n'est au cours d'entrevues très générales. Nous n'utilisons pas comme il le faudrait les tests psychologiques que nous faisons passer aux étudiants pour au moins essayer d'écarter ceux qui risquent fort de ne pas avoir les caractéristiques personnelles qui sont importantes pour un médecin.

Vous avez demandé quel était le coût moyen de la formation des diplômés en médecine à l'étranger. Cela dépend beaucoup du pays qui les a formés et de leur domaine de pratique. Cela varie énormément selon qu'il s'agit d'une spécialité ou de soins primaires. La plupart des provinces ont mis sur pied des programmes spéciaux qui permettent de surveiller et d'appuyer ces praticiens pour les placer en situation d'exercer leurs compétences pour voir s'il est possible de leur attribuer un permis. Les autres médecins diplômés à l'étranger — et je vous rappelle qu'il s'agit là uniquement d'immigrants ayant obtenu leur droit d'établissement au Canada — ne sont pas prêts à pratiquer leur métier et doivent attendre d'obtenir des postes de formation en résidence pour obtenir leur permis. Trois cents postes de résidence de première année environ sont réservés à ces personnes chaque année.

Mme Kirsty Duncan: Cela comprend-il toutes les disciplines?

M. Andrew Padmos: Toutes les disciplines, à la fois la médecine familiale et les spécialités. Certaines provinces — je crois que c'est l'Alberta et le Québec — ont d'autres postes réservés qui ne sont pas offerts par le SCJR.

Il y a aussi un groupe de médecins formés à l'étranger qui constituent ce qu'on appelle les Canadiens étudiant à l'étranger. Ce sont des étudiants canadiens qui ont quitté leur pays pour avoir accès à une faculté de médecine. Il y en a environ 1 500 et près de 50 p. 100 d'entre eux réussissent à obtenir un poste de résident jumelé au Canada. L'autre moitié se rend, pour la plupart, aux États-Unis, parce qu'il y a un important excédent de postes de formation dans ce pays.

• (1655)

Mme Kirsty Duncan: Merci.

Savons-nous quelle est la dette moyenne d'un étudiant ici au Canada une fois qu'il a obtenu son diplôme?

M. Andrew Padmos: Environ 160 000 \$.

Mme Kirsty Duncan: C'est le chiffre que j'avais. Ces données sont-elles représentées sur des cartes? Une fois qu'ils obtiennent leur diplôme, où pratiquent-ils?

Ce montant de 160 000 \$ est un gros obstacle pour certaines familles. J'aimerais examiner ces données, leur répartition géographique et l'endroit où ils pratiquent lorsqu'ils ont fini leurs études.

M. Andrew Padmos: Il existe un système, le système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique. Il permet de savoir où les diplômés pratiquent la médecine pendant une certaine période, dans quelle spécialité, etc.

Nous savons par contre que la dette qu'assument les étudiants en médecine influence, ce qui est sans doute regrettable, le choix d'une spécialité. La plupart d'entre eux prennent ce qu'on appelle dans le métier, l'EROAD, un acronyme anglais. Cela comprend l'urgentisme, la radiologie, l'ophtalmologie, l'anesthésie et la dermatologie. Ce sont les spécialités que l'on associe le plus souvent avec ce qu'on appelle la qualité de vie, qui représente une combinaison du revenu et du temps de loisir.

Nous ne savons pas vraiment dans quelles régions du pays ils s'établissent. L'Association canadienne des internes et des résidents ainsi que le Sondage national auprès des médecins essaient de réunir ces données, mais je pense qu'ils ne le font que de façon ponctuelle.

La présidente: Nous avons largement dépassé le temps prévu pour cette question.

Dr Padmos, je vous remercie, mais je dois maintenant donner la parole à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente. Merci pour tous les commentaires que nous avons entendus aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à Mme Silas, de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et d'infirmières. Je suis content de vous revoir. Je me souviens que vous avez déjà témoigné devant le comité de la santé.

Quel est le rapport qui existe, d'après vous, entre la pénurie d'infirmières au Canada et les difficultés financières des hôpitaux? Je sais que dans mon hôpital local, une bonne partie des emplois offerts sont des emplois à temps partiel. Cela n'attire pas du tout les infirmières. Je me demande si en structurant les emplois différemment, on ne pourrait pas attirer des professionnels de soins infirmiers pour des périodes plus longues.

Mme Linda Silas: Oui, bien sûr. Les difficultés budgétaires des hôpitaux sont un problème que l'on retrouve dans l'ensemble du pays, et dans votre province aussi, d'où je reviens.

La question des emplois à temps plein ou à temps partiel se pose différemment selon la province. Il y a, par exemple, en Alberta un taux de 38 p. 100 d'emploi à temps plein chez les infirmières, ce qui est tout à fait ridicule, alors que dans les Maritimes et dans votre province, ce taux est de proche de 70 p. 100 — il se situe entre 65 et 70 p. 100.

Lorsque les temps sont difficiles, la première chose qui disparaît est le budget de la formation. Les hôpitaux suppriment ce budget et nous savons que la raison pour laquelle les infirmières et les autres professionnels de la santé restent en poste, c'est parce qu'ils ont la possibilité de poursuivre leur formation. Ensuite, ils commencent à diviser les charges de travail et à créer davantage d'emplois à temps partiel, ce qui augmente le travail occasionnel et les heures supplémentaires. C'est le problème que nous essayons de résoudre dans la plupart des établissements de soins de santé au Canada.

M. Patrick Brown: Cette question s'adresse au Dr Ouellet. J'ai bien aimé votre exposé. Je pense que vous avez présenté d'excellentes suggestions. J'ai particulièrement aimé la suggestion concernant le renforcement des capacités.

Dans ma circonscription de Barrie, nous venons de mettre sur pied un campus satellite de l'Université de Toronto, qui va commencer à former, à partir du 1^{er} juillet, cinq et ensuite neuf étudiants. Ce sera un campus médical satellite à temps plein. Le problème est que l'université a informé la collectivité qu'elle devait trouver six millions de dollars, le coût de l'édifice. Ce n'est pas facile à faire pour une collectivité. Elle va trouver le moyen de le faire, mais ce n'est pas juste manifestement.

Nous aimerions donc recevoir des suggestions pour savoir comment il serait possible de faciliter les choses pour les collectivités, comme un programme fédéral de prêts, comme cela se fait avec d'autres programmes d'infrastructure.

Je voulais également vous poser une question sur ce qui suit. Vous avez parlé d'autonomie et du rapatriement de certains médecins que nous avons à l'étranger. Le défi que pose l'économie est que c'est un objectif à long terme et que cela ne se fera pas du jour au lendemain. Nous devons faire face immédiatement à un gros défi.

Si nous voulons récupérer ces médecins... il y en a tant qui pratiquent à l'étranger; je pense que vous avez raison sur ce point. Le problème vient du fait que ces médecins font sans doute face aux mêmes difficultés pour s'intégrer au Canada. Le médecin qui a fait ses études en Irlande ou dans les Caraïbes n'éprouvera-t-il pas les mêmes difficultés pour revenir au Canada dans la mesure où il ne pourra pas avoir accès à un poste de résident? Ne va-t-il pas connaître le même problème que celui auquel font face les médecins diplômés à l'étranger?

• (1700)

M. Robert Ouellet: Ils vont faire face au même problème, parce qu'il y a un manque de postes de résident. Cela ne devrait pas arriver, parce que ce sont des Canadiens. Ils n'ont pas pu recevoir leur formation au Canada et ils sont donc allés ailleurs. Mais nous devrions faciliter leur retour. Ce sont des Canadiens qui n'ont pas pu entrer dans une faculté de médecine et qui ont quitté le pays.

M. Patrick Brown: Qui pourrait leur ouvrir ces postes de résident? Voilà ce qui me frustré. Je pense qu'il ne servirait à rien de lancer une campagne publicitaire aux États-Unis ou ailleurs pour leur dire « Revenez au Canada » si nous les invitons à revenir, et qu'ils ne peuvent obtenir un poste de résident.

Le médecin qui est chargé du recrutement dans notre hôpital n'essaie même pas de recruter des médecins diplômés à l'étranger ou des gens qui ont été formés dans d'autres facultés, parce qu'elle dit que c'est une perte de temps. Elle ne peut pas les intégrer au système.

M. Robert Ouellet: Cela dépend si vous parlez de poursuivre la formation de ces gens ou de faire revenir ceux qui ont reçu une formation complète.

M. Patrick Brown: Je parle des Canadiens qui ont étudié dans une faculté de médecine à l'étranger.

M. Robert Ouellet: Oui, mais s'ils veulent se spécialiser ou se former ici, alors il y a un problème. Il faut qu'ils trouvent un poste. Nous n'avons pas suffisamment de postes de résident et c'est la raison pour laquelle nous demandons d'augmenter ces chiffres. Nous demandons d'augmenter les locaux et d'augmenter le budget de formation de ces personnes. Il faut des locaux et des gens pour les former. C'est ce qui nous manque.

M. Patrick Brown: Que faudrait-il faire pour créer davantage de postes de résidents au Canada?

M. Robert Ouellet: Il faut être prêt à investir, parce qu'il faut du personnel pour les former et il faut aussi des locaux dans les hôpitaux. Il faut également rémunérer les responsables de la

formation. En fait, nous utilisons à 100 p. 100 notre capacité de former des médecins au Canada. Il faut augmenter cette capacité.

La présidente: Merci, Dr Ouellet.

Nous allons maintenant passer à monsieur Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci, madame la présidente.

Je remercie nos invités d'être venus témoigner.

Monsieur Padmos, vous avez parlé du manque de fonds dans le domaine de la recherche, de sorte que les jeunes ne peuvent pas rester ici pour continuer à faire de la recherche en science médicale. Ce n'est pas uniquement le domaine de la science médicale qui est touché, mais toutes les autres sciences. Je suis d'accord avec vous.

On a parlé plus tôt des jeunes qui veulent devenir des médecins. M. Ouellet a dit que le tiers des médecins avait 55 ans et plus. Mme Duncan a posé une bonne question sur la dette moyenne, qui avoisine les 160 000 \$. M. Padmos a dit que cette dette pouvait influencer leur choix de spécialité.

La dette influence-t-elle uniquement le choix de la spécialité ou peut-elle faire hésiter un jeune à étudier en médecine?

[Traduction]

La présidente: Qui souhaite répondre à cette question? Dr Padmos?

M. Andrew Padmos: Je pense que l'endettement influence surtout le choix de la spécialité; en particulier, il éloigne les jeunes médecins de la médecine familiale et des soins primaires et les pousse à choisir des spécialités qui sont considérées comme plus rentables de façon à pouvoir rembourser leur dette.

Je pense qu'il y a encore un grand nombre d'étudiants canadiens qui veulent étudier la médecine, qui méritent de le faire et qui en sont tout à fait capables, mais qui ne sont pas acceptés. Si nous multiplions par deux le nombre des étudiants en médecine que nous acceptons cette année, nous ne ferions qu'égaliser le nombre des étudiants en médecine qui sont acceptés, à l'heure actuelle, au Royaume-Uni. Nous sommes très loin derrière les pays comparables, pour ce qui est de nos investissements dans les études de médecine.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Je pense que M. Ouellet a quelque chose à dire.

Dr Robert Ouellet: C'est sûr que la dette est un facteur important, mais malgré tout, beaucoup de jeunes veulent quand même étudier en médecine.

Beaucoup de gens peuvent être de bons candidats pour la médecine. Lors d'un dîner à notre clinique, on était une quinzaine à discuter et à se dire que si on devait remplir les critères d'aujourd'hui, personne autour de la table n'entrerait en médecine. Pourtant, il y avait là des médecins spécialistes et généralistes qui sont d'excellents médecins.

Cela veut dire qu'il faut peut-être revoir certains de nos critères. Plusieurs personnes peuvent devenir des médecins au Canada, mais malheureusement, il n'y a pas assez d'endroits et de capacités pour les former. Pourtant, il y a un grand manque de médecins. C'est pourquoi on a besoin d'aide.

•(1705)

[Traduction]

La présidente: Je pense que la Dre Kopansky veut également faire quelques commentaires à ce sujet, monsieur Dufour.

Mme Deborah Kopansky-Giles: Vous avez en fait posé deux questions. L'une parlait de la capacité de recherche et du financement de la recherche et l'autre était l'endettement. Je voulais également mentionner plus tôt que l'endettement des diplômés en chiropratique — étant donné qu'il n'y a pas vraiment de financement ou de bourse pour les études de chiropratique — se situait entre 120 et 150 000 \$. Mais cela n'incite pas les gens à faire de la recherche, parce que les chercheurs gagnent très peu.

Nous avons donc des programmes de résidence destinés à former des chercheurs, et nous avons de la difficulté à inciter nos étudiants en chiropratique à accepter des postes de résidents en recherche. Nous avons trois programmes de résidence. Nous ne pouvons qu'accepter que cinq étudiants par année et sur ces cinq étudiants, trois d'entre eux environ font de la recherche. Mais à cause de la façon dont sont financés nos projets de recherche, nous n'avons pas les moyens de verser un salaire aux chercheurs avec ces subventions, et nous pouvons à peine couvrir les frais d'administration avec les subventions de recherche. C'est un problème auquel je me heurte tous les jours dans ma recherche.

J'aimerais donc dire qu'il n'y a pas seulement le problème de l'endettement des étudiants, mais ces étudiants ne vont pas choisir des carrières dans la recherche, parce qu'ils seront incapables de rembourser leurs dettes de cette façon.

La présidente: Madame Fréchette, vous vouliez également faire un commentaire à ce sujet, n'est-ce pas?

[Français]

Mme Danielle Fréchette (directrice, Politiques de la santé et appui à la gouvernance, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada): Merci beaucoup.

Le Dr Ouellet a dit que le niveau de la dette, au moment de la collation des grades, dissuade assurément les gens qui viennent d'un milieu défavorisé sur le plan socioéconomique de choisir une carrière en médecine. Ils ne peuvent pas envisager de passer 10 ans à l'université. De toute évidence, c'est un obstacle important au recrutement de plusieurs médecins pouvant répondre aux besoins de différentes catégories de patients.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente. J'ai bien aimé tous les exposés.

Avant de commencer, je tiens à revenir sur un des commentaires. Je viens également de la Colombie-Britannique et j'ai assisté l'année dernière à une conférence étonnante au sujet de l'innovation dans le domaine des soins de santé et des projets qui avaient été lancés grâce à des fonds fédéraux et provinciaux. Je voulais simplement rassurer Mme Murray et lui dire qu'il se fait encore d'excellentes choses aujourd'hui.

Il fallait absolument que je fasse ce commentaire.

Il y a quelques remarques qui m'ont frappée. Premièrement, j'ai bien aimé les commentaires qu'a faits le Dr Valade au sujet des possibilités qu'offre le gouvernement fédéral et des autres solutions

que l'on pourrait choisir, qu'il s'agisse des services chiropratiques ou autres. C'était, je crois, d'excellents commentaires.

J'ai vraiment aimé le commentaire au sujet d'un fonds spécial pour les régions rurales et isolées. Il faudrait bien faire quelque chose dans ce domaine à un moment donné. Mais j'aimerais consacrer mon temps de parole sur deux questions. On nous dit — et je crois que j'ai entendu la même chose — qu'il se fait beaucoup d'innovations dans ce domaine au Canada. Comment allons-nous faire pour les développer et vraiment changer les choses?

Nous avons parlé de soins en collaboration. Nous avons qu'il y a des projets qui donnent d'excellents résultats. Que devons-nous faire pour généraliser toutes ces initiatives à l'ensemble du système?

L'autre aspect dont j'aimerais parler — et cela s'adresse à tout le monde, les deux questions — est la possibilité d'avoir recours à des aides-médecins. Je sais également que dans notre système de soins de santé primaires, le mode de rémunération des médecins nous empêche de nous engager dans la voie de la collaboration. À cause de notre système de rémunération, il est très difficile pour les infirmières praticiennes, les infirmières de travailler avec des médecins de famille dans l'environnement des soins primaires. C'est pourquoi je me demande si les aides-médecins seraient utiles ou si nous devons vraiment à mettre sur pied des équipes de soins primaires travaillant en collaboration? Un médecin qui savait que nous effectuions cette étude a dit que nous devrions lancer un projet pilote dans lequel les médecins formés à l'étranger travailleraient comme aides-médecins.

Je vous fais ces commentaires et vous pouvez tous y répondre. Encore une fois, il s'agit d'innovation, des moyens utilisés pour changer les façons de faire avec tous les excellents projets qui existent, les équipes interdisciplinaires et les nouvelles orientations.

•(1710)

La présidente: Qui aimerait commencer?

Madame Neufeld.

Mme Kaaren Neufeld: Merci, et merci d'avoir posé cette question.

Lorsque nous parlons d'innovation et de soins fournis en collaboration par des équipes de professionnels, le groupe dont il faut parler le plus est celui des patients, des clients et des résidents. Pour moi, donner des soins en collaboration veut dire placer ces personnes au cœur de l'équipe, à la tête de l'équipe. Il faut que les patients, les familles et les résidents — la collectivité — participent à la prestation de soins en collaboration, si l'on veut que la situation change vraiment. Nous devons mettre en place des systèmes qui permettent d'entendre ce qu'ils ont à dire au sujet des améliorations que nous devons apporter au système, et non pas seulement pour ce qui est de l'interaction thérapeutique entre l'infirmière et le patient ou le docteur et le patient, mais plutôt au niveau des systèmes. Je pense que les Canadiens sont prêts à entamer ce dialogue et pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, les soins donnés en collaboration exigent la participation des patients et de leurs familles.

J'aimerais dire quelques mots du travail que l'AIC effectue avec le Collège des médecins de famille du Canada. Nous travaillons avec eux dans le but d'étendre un modèle de soins primaires qui a pris naissance en Nouvelle-Écosse, dans lequel les infirmières et les médecins travaillent ensemble de façon novatrice et qui leur permet d'augmenter le nombre de patients qu'ils peuvent examiner. Ils ont pu transformer des listes d'attente de deux semaines en des services offerts sur rendez-vous le jour même. On a mis en oeuvre, dans cette province, des innovations très efficaces qui ont sensiblement changé la situation. Ce serait donc là un exemple que nous pourrions étudier.

La présidente: Dre Kopansky-Giles, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Deborah Kopansky-Giles: Je voulais simplement dire que j'ai trouvé vos questions très émouvantes et très appropriées, en particulier pour les personnes et les témoins qui sont ici aujourd'hui.

Je voulais également ajouter qu'il ne s'agit pas seulement de financement. Il ne s'agit pas de donner des fonds à des gens pour qu'ils essaient de lancer des projets créatifs. Il faut une stratégie à long terme et durable.

D'après mon expérience, au cours des quatre dernières années pendant lesquelles j'ai donné des sessions de formation interprofessionnelle et où huit étudiants des sciences de la santé étaient formés ensemble, nous avons vu que beaucoup de choses changeaient. Nous avons vu des barrières disparaître, parce qu'il ne suffit pas de constituer une équipe et de partager des locaux. Il faut que ce soit une équipe prête à travailler ensemble, sans barrière, et nous y parvenons grâce à un processus de formation.

Lorsque des étudiants suivent un module d'une ou de cinq semaines, ils prennent ensemble une série de cours et dans ces cours, il y a toutes sortes de notions sur les soins donnés en équipe, la dynamique de groupe et la résolution de conflits. Nous voyons alors ces barrières disparaître et c'est ce qui est vraiment bénéfique pour les patients. Ce sont là les types de soins et de stratégies novatrices qu'il faut financer. C'est ainsi qu'il faut procéder.

La présidente: Le temps de parole est écoulé, je suis désolée.

Nous allons devoir passer au prochain intervenant.

Madame Murray.

Mme Joyce Murray: Merci, madame la présidente.

J'aimerais revenir à une de mes questions précédentes au sujet des programmes d'amélioration de la qualité fondés sur un modèle-cadre. Je pense que les témoins qui ont participé à ce genre de choses savent qu'il faut se fonder sur des principes précis pour réunir des gens désireux d'améliorer les processus et que cela donne d'excellents résultats.

Je connais un exemple qui concerne le service de santé de Vancouver; c'est un cas où le nombre d'heures écoulées entre le moment où le patient est prêt à quitter l'hôpital, je pense qu'il s'agissait de maternité, et celui où cette personne quitte effectivement l'hôpital, est passée de 10 à un à la suite d'un programme d'amélioration de la qualité mis en place dans cet établissement.

Ma question s'adresse à tous les témoins. Avez-vous déjà participé à des programmes d'amélioration de la qualité basés sur les principes de Deming, et si c'est le cas, quelle est la recommandation que vous transmettriez au comité au sujet de la façon dont le gouvernement fédéral devrait, si vous pensez que c'est une bonne chose, étendre cette approche à l'amélioration de la qualité et de la productivité?

Merci.

• (1715)

La présidente: Qui aimerait répondre à cela?

Nous allons d'abord entendre le Dr Padmos.

M. Andrew Padmos: Je vais essayer de répondre à cette question.

Lorsque j'étais en Nouvelle-Écosse, j'occupais notamment le poste de vice-président de la recherche et des affaires universitaires pour la Capital District Health Authority. Cela englobait le portefeuille de la qualité, au niveau de l'hôpital et du service de santé, et je connais donc bien la question de l'engagement envers la qualité qui est pris par tous les acteurs de système. Tous les membres du personnel participent au processus d'agrément qu'Agrément Canada parraine et administre. C'est un processus global qui réunit régulièrement l'ensemble du personnel pour étudier certains aspects et lancer des initiatives d'amélioration de la qualité.

De plus, au niveau de l'hôpital, nous avons participé à des programmes coparrainés par l'Institut canadien pour la sécurité des patients et la plupart de ces programmes qui visaient à renforcer la sécurité portaient en fait sur la qualité. Dans ces hôpitaux, la direction tant médicale qu'infirmière travaille à promouvoir ces processus. De nombreux projets, de nombreux prix et de nombreux programmes concernent des pratiques très novatrices et elles sont diffusées au cours des conférences qui sont régulièrement organisées au Canada.

La présidente: Dre Kopansky-Giles.

Mme Deborah Kopansky-Giles: Je voulais simplement ajouter une solution qui pourrait vous intéresser. Je poursuis les commentaires de l'intervenant précédent qui parlait d'Agrément Canada.

J'ai travaillé comme visiteur pour Agrément Canada pendant neuf ou dix ans. Une des innovations récentes que j'ai constatée dans mon rôle de visiteur est que, lorsque nous effectuons des visites dans ces environnements, nous constatons souvent qu'il se fait d'excellentes choses sur le plan de l'amélioration de la qualité et Agrément Canada s'est efforcé de mettre sur pied des programmes modèles et de les rendre accessibles à tous ceux qui sont susceptibles de les mettre en oeuvre au Canada. Je ne pense pas que cette information soit suffisamment diffusée parce que c'est une ressource extraordinaire qui nous permet de connaître tout ce qui se fait d'excellent sur le plan de l'amélioration de la qualité.

La présidente: Merci.

Dr Ouellet.

M. Robert Ouellet: Je pense avoir déjà dit que nous essayons cette année de lancer un projet ayant pour but d'intégrer toutes les initiatives de ce genre prises au Canada et ailleurs, dans le but d'améliorer, tout d'abord, l'accès aux soins, mais aussi la qualité. Nous avons vu des exemples de ce qui se passe disons aux Pays-Bas ou au Danemark, des pays qui ont accordé la priorité à la qualité, pas seulement à la réduction des temps d'attente, parce qu'ils ont déjà résolu ce problème. La qualité est un aspect très important.

Cette année, nous voulons essayer de lancer toutes ces initiatives au Canada et de faire en sorte qu'elles soient mises en oeuvre dans tous les établissements où cela est possible. La qualité est une chose très importante, mais nous allons peut-être faire autre chose, qui serait de fixer des cibles et des buts en matière de santé au Canada. Ce serait peut-être au gouvernement fédéral de dire que nous devrions travailler sur l'obésité, par exemple, et de fixer des objectifs nationaux. Cela pourrait être très utile. Si nous nous donnons des buts, alors nous aurons des cibles. Nous devons améliorer la qualité de nos services, mais également la qualité de la santé des patients; c'est donc une chose qui pourrait fonctionner.

La présidente: Merci, Dr Ouellet.

Je suis désolée, mais nous allons devoir passer à l'intervenant suivant, parce que le temps de parole est écoulé. Merci pour vos commentaires.

Mme Hughes.

Mme Carol Hughes (Algoma—Manitoulin—Kapuskaing, NPD): Merci d'être venus. Vous nous avez appris beaucoup de choses.

J'aimerais parler un peu plus des collectivités autochtones, rurales et isolées. Le problème consiste à retenir les médecins et les infirmières qui y travaillent. C'est bien souvent plus difficile à faire que dans les villes, bien sûr, et je me demande si vous avez des idées au sujet des obstacles que l'on pourrait peut-être supprimer pour y parvenir. Sur ce sujet, celui des remplaçants, pensez-vous qu'il serait utile de modifier la façon dont sont attribués les permis?

Pensez-vous qu'un programme national de soins à domicile aurait des effets positifs, dans la mesure où les hôpitaux et les cliniques seraient moins sollicités s'il y avait un programme national de soins à domicile avec un volet intervention renforcé?

J'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet.

La présidente: Madame Silas.

• (1720)

Mme Linda Silas: Vous avez sans doute vu dans notre mémoire, au sujet de la formation... Cela vient de la recherche, tant dans les collectivités autochtones que rurales. Si nous réussissons à mettre sur pied des programmes de formation associés à des programmes de construction de carrière dans les collectivités rurales, ces personnes y resteront. Ce sont leurs collectivités d'origine; elles y resteront. Mais si vous m'envoyez dans le nord, j'y resterai peut-être un an ou deux, mais je reviendrai ensuite dans le sud. Il faut donc mettre sur pied des programmes de ce genre.

Je répondrai rapidement à la question de Cathy en disant qu'un des résultats positifs que nous pourrions avoir grâce à votre comité serait, encore une fois, l'observatoire ou l'institut. Il existe toutes sortes de programmes, dans les zones rurales, dans le domaine des soins à domicile, qui fonctionnent bien, mais personne n'en parle. S'il existait un programme pancanadien dirigé par... lorsque nous obtenons de bons résultats, nous pourrions les faire connaître dans les collectivités rurales et du nord et ensuite, trouver des solutions à l'échelle du pays. Mais il nous faut un point central, que nous n'avons pas aujourd'hui.

M. Andrew Padmos: Je pense que dans le nord, les moyens électroniques permettent d'améliorer progressivement l'accès aux services médicaux et à ceux des autres professionnels de la santé. Je pense que le système de vidéoconférence de Télésanté rapproche les fournisseurs de soins des patients, et déploie des efforts très importants dans ce domaine.

Je pense que la formation en collaboration est une chose très importante. De nombreuses collectivités nordiques reçoivent les services d'infirmières expérimentées qui travaillent en équipe avec des médecins, souvent très éloignés, et elles réussissent à établir progressivement des relations de confiance avec leurs patients et fournissent des soins de qualité extraordinaires.

J'estime que le personnel médical et de santé dans ces régions a besoin d'un appui spécial pour ce qui est de leur formation professionnelle. Ces personnes ont besoin de pouvoir compter sur des remplaçants lorsqu'elles doivent s'absenter, pour poursuivre leur développement professionnel. Je crois qu'il faut intégrer ces frais aux

coûts d'infrastructure qui consistent à fournir des services de santé dans les régions nordiques, rurales et isolées.

La présidente: Nous allons entendre le Dr Ouellet.

M. Robert Ouellet: Eh bien, je pense que le Dr Padmos a répondu à la première question et j'allais parler des technologies de l'information et des liens mais je vais parler davantage de votre deuxième question au sujet des soins à long terme et des soins à domicile.

Je pense que le Canada doit investir dans les soins à long terme parce que depuis près d'une trentaine d'années, le principal problème des hôpitaux — et vous en avez entendu parler — vient du fait que des patients chroniques occupent des lits pour soins aigus et cela ne devrait pas se passer ainsi. À Ottawa, aujourd'hui, dans un hôpital de 900 lits, il y a 135 patients qui sont des malades chroniques. C'est une situation horrible, parce que cela coûte très cher. Nous devons investir dans les soins à long terme pour que ces malades puissent quitter l'hôpital et rester dans un foyer qui coûte beaucoup moins cher. Ils y recevront probablement un meilleur service, parce que lorsque vous attendez dans un lit pour soins aigus dans un hôpital, vous ne recevez pas le genre de service que vous pouvez recevoir dans un programme de soins à long terme ou même de soins à domicile.

Avec tout l'argent qui va être consacré à l'infrastructure, on pourrait peut-être en affecter une partie à l'infrastructure des soins à long terme au Canada. C'est une nécessité.

La présidente: Merci, Dr Ouellet.

Je suis désolée, mais je vais devoir passer à l'intervenant suivant, parce que votre temps est écoulé. Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, madame la présidente, et merci à nos témoins de cet après-midi.

Je vais peut-être choisir un angle un peu différent.

Au cours de certaines réunions auxquelles j'ai assisté l'année dernière avec différents professionnels de la santé, lorsque nous avons parlé des ressources humaines en santé et de nos expériences dans ma propre collectivité pour ce qui est d'essayer d'attirer des médecins, en particulier, il y a une chose qui a été constamment répétée: il existe suffisamment de ressources dans notre pays et suffisamment d'argent; tous ces fonds sont tout simplement très mal administrés et sous-utilisés. Je me demande si certains d'entre vous approuveront cette affirmation et j'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet.

Kaaren, vous avez parlé de la sous-utilisation des infirmières, en particulier. Les autres disciplines sont-elles prêtes à accepter d'utiliser différemment les autres professionnels de la santé? Nous ne parlons pas seulement des médecins et des infirmières; nous parlons de l'ensemble du système de santé.

Quelqu'un veut-il faire un commentaire sur ces questions?

• (1725)

La présidente: Madame Neufeld.

Mme Kaaren Neufeld: Merci d'avoir posé cette question.

Comme vous l'avez probablement entendu dire cet après-midi, les intervenants sont de plus en plus prêts à travailler ensemble et je pense que c'est grâce à la notion de soins fournis en collaboration. Il faut parler de soins interprofessionnels et des travailleurs de soutien qui fournissent ces soins; les intervenants comprennent donc qu'il faut tenir compte de l'ensemble de la situation.

Lorsque l'Association des infirmières et infirmiers du Canada va rendre public son prochain rapport de prévisions le 11 mai, nous allons parler de certains changements de politique que nous pouvons, je crois, mettre en oeuvre pour lutter contre toute cette question de la pénurie et de nombreux...

Mme Patricia Davidson: Puis-je vous poser une autre question si vous allez publier ce rapport? Si la question de l'optimisation des ressources n'a pas été soulevée, comment pouvons-nous vraiment connaître l'ampleur de la pénurie?

Mme Kaaren Neufeld: Nous parlons de pénurie dans le cadre du modèle de soins actuel. Si nous continuons avec un modèle de soins qui est principalement axé sur les soins aigus en milieu hospitalier, sur des fournisseurs de soins en nombre limité, sur un petit nombre de points d'entrée dans le système, alors nous allons manquer de personnel.

Si nous commençons à penser à de nouveaux modèles de soins et à des façons novatrices de les fournir, comme les soins à domicile — déplacer les soins vers la collectivité et les foyers — les programmes nationaux de médicaments, tout en examinant les répercussions qu'auront ces changements, nous saurons s'il existe des moyens d'utiliser plus efficacement les ressources dont nous disposons actuellement.

La présidente: Madame Davidson, il vous reste une minute.

Mme Patricia Davidson: Dr Ouellet, s'il vous plaît.

M. Robert Ouellet: Je pense que vous avez tout à fait raison. Nous consacrons beaucoup d'argent à notre système. Nous avons beaucoup de ressources, mais nous ne les utilisons peut-être pas comme il faudrait. Il y a une étude qui montre que le Canada est, sur 30 pays, le dernier, pour ce qui est du montant d'argent investi et des résultats obtenus. Il y a donc beaucoup de choses à améliorer.

Et nous essayons de le faire. Cela fait partie de notre projet qui consiste à financer différemment les hôpitaux — à remplacer le financement de base par activité. Il y aurait une incitation à faire davantage ou à être plus efficace. Lorsque nous disons « faire davantage », cela ne veut pas dire que les gens vont travailler davantage qu'ils ne le font actuellement, mais qu'ils vont travailler de façon plus efficace. C'est une grande différence.

Nous sommes tous d'accord pour que les soins soient fournis en collaboration. Nous sommes obligés de le faire parce qu'il y a une pénurie de médecins et d'infirmières. Nous sommes obligés de travailler ensemble. Nous sommes tout à fait d'accord avec cela. Il faut simplement voir comment cela peut fonctionner.

Il y a, à l'heure actuelle, de nombreuses initiatives qui donnent de bons résultats, et nous devons continuer à explorer ces possibilités.

La présidente: Mme Fréchette, je crois que vous vouliez intervenir sur ce point et nous allons ensuite terminer les commentaires. Notre temps est pratiquement écoulé.

Mme Danielle Fréchette: Merci.

Je pense que tout le monde admet que les gens sont prêts à travailler ensemble. Mais tout le monde est surchargé. Tout le monde cherche à répondre aux besoins des patients et nous n'avons pas le temps de prendre du recul et d'examiner les façons d'améliorer le système et de mieux dépenser nos budgets. C'est la raison pour laquelle je pense que tout le monde a demandé aujourd'hui un observatoire, auquel nous pourrions consacrer des ressources et des talents pour améliorer ce que nous faisons déjà très bien et pour voir si nous ne pourrions pas le faire mieux et ensemble.

La présidente: Je vais remercier les témoins d'être venus aujourd'hui. Vous nous avez transmis des commentaires extrêmement précieux. Vous allez constater que notre comité fait du bon travail. Il nous arrive d'avoir des différences d'opinions, mais c'est un comité où la collaboration joue une très grande place. Nous allons prendre très au sérieux vos commentaires. Nous allons en parler et nous allons essayer de les traduire dans des politiques pertinentes.

Nous avons pratiquement terminé. Je veux faire deux choses.

Madame Wasylycia-Leis, pourriez-vous rapidement présenter votre motion?

Mme Judy Wasylycia-Leis: Madame la présidente, il y a eu des discussions avec tous les partis et je pense que vous allez constater que tous les membres du comité consentent à ce que soit présentée la motion suivante:

Que la présidente du Comité permanent de la santé ait le pouvoir de convoquer d'urgence une réunion du Comité pour discuter de l'épidémie de grippe porcine, dès que la demande sera reçue de l'Agence de la santé publique du Canada.

La présidente: Ai-je le consentement unanime du comité pour le faire?

L'hon. Carolyn Bennett: J'aimerais pouvoir parler d'abord.

La présidente: Désolée Dre Bennett, allez-y.

L'hon. Carolyn Bennett: Je voudrais qu'il soit mentionné dans le compte rendu qu'il ne s'agit pas de remplacer les séances d'information régulières auxquelles nous nous sommes engagées à assister et que nous faisons par courriel. J'aimerais également préciser, pour ce qui est des fins de semaine et de notre disponibilité comme députés, qu'il y a toujours moyen de communiquer avec les députés, que ce soit par l'intermédiaire de la greffière ou du bureau du ministre, dans le cas où la situation évoluerait et que nous devrions assister à une séance d'information. Je tiens simplement à m'assurer que cela ne va pas compromettre l'excellent début que nous avons eu, pour ce qui est des séances d'information d'hier et d'aujourd'hui, et que nous allons dans la bonne direction.

Cela va nous amener à prendre nos décisions un peu plus rapidement. Il faudra décider, à chacune de ces séances, si nous allons siéger à huis clos et si nous allons avoir accès à des renseignements sensibles pour lesquels nous devons être assermentés.

Je tiens simplement à m'assurer que c'est bien ce à quoi nous consentons en théorie. Mais en pratique, j'aimerais en parler avec les collaborateurs du ministre pour ne pas compromettre l'excellent début que nous avons eu.

Nous avons mentionné ce matin, comme je l'ai dit, qu'il semblait y avoir une réaction assez vive et je tiens donc à préciser que si nous, les libéraux, adoptons cette motion, nous ne voudrions pas que cela compromette ce que nous avons déjà obtenu.

● (1730)

La présidente: Je pense que cela est tout à fait compris et accepté par les membres du comité.

Monsieur Malo, vous vouliez, il y a un moment. Non, pas de commentaires? Très bien.

Le comité veut-il adopter la motion de Mme Wasylycia-Leis?

(La motion est adoptée.)

La présidente: Merci.

Je vous rappelle qu'il n'y a pas de séance jeudi, mais qu'il y aura des séances sur la grippe porcine en cas de besoin.

Merci encore à nos invités.

La séance est levée.

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

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

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

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.