



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 071



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 5 février 2013

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 5 février 2013

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour.

Bienvenue à notre étude sur l'innovation technologique et sur tous les sujets dont nous discuterons aujourd'hui. Nous sommes très heureux, emballés même, de vous accueillir et de pouvoir profiter de vos compétences et de votre savoir.

Nous commencerons par la Dre Jalali, qui comparait à titre personnel.

Vous disposez de 10 minutes pour votre exposé. Merci.

Dr Alireza Jalali (médecin en titre, à titre personnel): Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du comité, merci de m'avoir invitée. Je me nomme Ali Jalali. Je suis professeure d'anatomie à la faculté de médecine d'Ottawa. J'effectue aussi beaucoup de recherche sur les méthodes innovantes d'enseignement.

Je commencerai par aborder les techniques innovantes que nous utilisons dans l'enseignement de la médecine et dont j'ai constaté l'utilisation. Je parlerai de certains de leurs avantages et inconvénients, puis je dégagerai des éléments que, d'après moi, il importe que vous connaissiez.

Pourquoi tout ce bruit, maintenant, sur la technologie? C'est en raison de l'arrivée d'une génération née dans le numérique.

C'est à cause de la nouvelle génération à qui nous essayons d'enseigner un peu de médecine, un peu de soins infirmiers et un peu de physiothérapie. Internet a été omniprésent dans sa vie. Elle est née en même temps qu'Internet, en même temps que la technologie. L'enseignement doit donc s'adapter un peu à elle.

Quel type d'enseignement est accessible maintenant? Vous avez probablement tous entendu parler de l'apprentissage en ligne, de l'apprentissage électronique, qui peut souvent se passer des salles de cours. Cela présente des avantages et des inconvénients. L'apprentissage en ligne est maintenant, en majorité, mobile. On peut développer beaucoup d'applications pour les mobiles et les distribuer à une clientèle. J'en viens aux avantages et aux inconvénients dans un moment.

Actuellement, il y a tout un engouement pour les MOOC, aussi appelés CLOM, les cours en ligne ouverts aux masses. Le recours à un CLOM signifie la mise en ligne d'un cours certifié, à unités, offert à tous. Dix mille personnes peuvent obtenir un certificat pour avoir suivi ce cours.

Quoi encore? Bien sûr, le Web 2.0 et, pour ceux qui ne sont pas tout à fait au courant, c'est par rapport au Web 1.0. Le Web 1.0, c'était Internet, où on pouvait naviguer, consulter, voir, mais sans possibilité d'interaction. Le Web 2.0 permet l'interaction. On peut aller sur le site d'un hôtel et faire connaître ses observations sur l'établissement. La même chose s'applique à la médecine. Idem pour l'éducation. Beaucoup d'enseignants en profitent.

On assiste aussi à la naissance d'une foule de wikis. Vous avez entendu parler de Wikipédia. De quoi s'agit-il? Est-ce que c'est Internet? C'est un site où on peut écrire des articles de nature encyclopédique. De même, on peut essayer d'encourager la collaboration, la communication et l'interprofessionnalisme, grâce à l'emploi de ces types d'outils.

L'autre composante notable du Web 2.0? C'est les réseaux sociaux, Twitter, Facebook. Nos étudiants et nos médecins résidents, ceux à qui nous enseignons, les utilisent. Nous devrions en profiter et utiliser ces moyens pour l'enseignement.

Quoi d'autre? Il y a bien sûr la simulation. Tout le monde en a probablement entendu parler. Habituellement, le mot évoque la simulation haute-fidélité. On imagine une fausse salle d'opération dans un immeuble comme ici, à l'hôpital municipal Civic, avec une équipe affairée autour d'un mannequin étendu dans un lit. En fait, la simulation existe depuis assez longtemps. Le premier type de simulation a été un patient standardisé. L'enseignement a fait appel à des acteurs plutôt qu'à de vrais patients.

L'autre type est la réalité virtuelle. J'ignore si vous avez déjà entendu parler d'un site appelé « Second Life », qu'on peut visiter et où il se trouve des jeux, des fêtes, tout. C'est un réseau social. On y trouve maintenant des hôpitaux construits par des universités, où les étudiants vont acquérir de la formation. C'est donc un autre aspect de la simulation.

Il y a la simulation des procédés opératoires. Quand j'étais à l'école de médecine, nous pratiquions des sutures sur de la peau de porc. C'est un autre type de simulation. La simulation peut se dérouler à différents niveaux, mais, bien sûr, actuellement, on n'en a que pour la simulation haute-fidélité, avec ses mannequins Harvey qui coûtent cher et qui imitent l'être humain.

Voilà ce qu'il fallait surtout dire des technologies actuellement en vogue et qui, d'après moi, devaient être portées à votre connaissance.

Les avantages, bien sûr, de ces technologies sont d'aider à adapter notre enseignement à la génération née avec le numérique, qu'on ne peut pas prendre en défaut en matière de technologie et qui ne se sépare jamais d'elle.

Elles contribuent également à l'enseignement asynchrone, auquel l'enseignant n'a pas besoin d'assister. On économise ainsi temps, argent et efforts. Toutes les quatre semaines, nous accueillons un nouveau résident. Un nouveau médecin arrive, prêt à travailler avec nous. Nous devons lui répéter les mêmes enseignements et explications. Pour économiser son temps ou celui des infirmières, il suffit de créer un module d'autoapprentissage, de le mettre en ligne et de demander aux candidats d'en prendre connaissance avant de passer par notre bureau. Quand ils arrivent, ils sont prêts. Au moyen d'une technologie passive comme un balado on obtient plus d'interaction avec le patient.

Voilà les avantages. Bien sûr, cela diminue le risque au minimum pour le patient. Comme j'ai dit, pratiquer des sutures sur une peau de porc, c'est beaucoup mieux que de faire la première dans la salle d'opération.

• (1535)

Cela permet aussi aux étudiants et aux patients de se sentir moins impuissants. Cela change un peu les règles du jeu.

Sur Twitter, de nombreux groupes de patients parlent de cette technologie. On n'entend plus ce discours: « Je suis le médecin, l'infirmière, le donneur de soins. Je possède tout le savoir ». Plus maintenant. Les patients ont aussi droit de parole.

Voilà les avantages que je perçois.

Quant aux inconvénients, bien sûr, il faut apprendre à se servir de toutes ces technologies. Quand, comme moi, comme de nombreux collègues à moi, on n'est pas né en même temps qu'Internet, il faut s'ouvrir à ces technologies et se les approprier. Et il y a une courbe d'apprentissage.

Certains y sont allergiques. Ils ne veulent rien savoir de Facebook pour l'enseignement: « Ce n'est pas professionnel ». Eh bien, non! Il faut apprendre à le connaître.

Ensuite, il faut prévoir les défaillances de l'équipement. On a tous regardé le Super Bowl. Vous voyez? Ça peut arriver. Ça arrive partout. C'était aux États-Unis, mais ça peut se produire ici. Quand on dépend de la technologie, il faut une solution de remplacement.

Nous devons enseigner à nos étudiants quelque chose de nouveau, le professionnalisme en ligne. Ils doivent bien se comporter. Je leur dis toujours: « Vous êtes médecin en permanence, sans répit. Assumez! ». Même chose pour les infirmières. Sur la photo d'un médecin ivre mort, les gens ne reconnaissent pas un enterrement de vie de garçon, mais bien leur médecin.

Nous devons enseigner certaines choses. On ne peut pas simplement dire à l'Association canadienne de protection médicale, vous savez, de poursuivre les gens et... Pas du tout! Il y a des règles à suivre en la matière.

Une autre crainte qu'éprouvent beaucoup de mes collègues est celle de perdre le sentiment d'empathie à cause d'un enseignement plus technologique. Le mannequin Harvey tolère toutes les mesures prises contre la maladie. Ce n'est pas un patient. On peut amener le mannequin à bien fonctionner. Mais, à l'hôpital, le patient est le grand-père, la grand-mère, la mère de quelqu'un. Il faut donc enseigner aux étudiants des rudiments d'empathie et le côté humain de la médecine.

La technologie a beaucoup de qualités, mais je dois vous parler de certaines choses importantes.

D'abord, nous devons évaluer les besoins. Est-ce qu'on utilise la technologie uniquement parce que tout le monde distribue des iPads? Ce n'est pas une raison suffisante. On ne devrait pas céder aux

extravagances publicitaires. Il faut évaluer les besoins et s'assurer que ceux à qui on veut distribuer des iPads sont à l'aise pour s'en servir.

Supposons que je crée une vidéo intéressante, de la meilleure qualité à tous les points de vue et que je la mette en ligne, en pensant qu'un patient, dans une région éloignée, pourra en prendre connaissance. Mais s'il ne possède même pas Internet à haute vitesse, c'est un gaspillage du temps et de l'argent de tous. Parce que je n'ai pas évalué les besoins et que je n'ai pas constaté que mon destinataire ne pouvait même pas accéder à la vidéo. Nous devons être particulièrement attentifs à cela.

À l'Université d'Ottawa, dans toutes les universités, en fait, nous insistons sur l'utilisation de la technologie fondée sur la théorie de l'éducation. Vous savez, avoir de bons objectifs; connaître les apprenants adultes; connaître le constructivisme. Pour collaborer et communiquer les uns avec les autres, voilà les théories de l'éducation qu'il faut connaître.

Deux de nos établissements, l'AIME et le CAPSAF, font de la recherche sur les pratiques exemplaires en éducation médicale. Dans ce domaine, il faut bâtir sur le roc. Il faut de la recherche sur ces pratiques.

De même, nous devons toujours communiquer nos impressions et faire du suivi. Il ne suffit pas de mettre la technologie à la portée des gens, puis d'espérer la résolution de tous leurs problèmes. Il existe différents niveaux d'évaluation. On ne distribue pas des iPads à tous pour leur demander ensuite combien ont aimé l'expérience, puis écrire un article louangeur sur le bidule, si tous ont répondu par l'affirmative. Ça ne marche pas comme ça.

En éducation médicale, en médecine, le principal objectif, c'est le soin du patient. Il englobe tout. Quelqu'un devrait constater si telle mesure permet de comprimer les coûts, si elle facilite les soins. Notre but, ce n'est pas que ça procure le bonheur.

Enfin, n'oublions pas l'aspect humain. Si nous ne nous préoccupons que de technologie, nous risquons de perdre l'empathie.

Merci.

• (1540)

La présidente: Merci beaucoup.

Il ne restait que 14 secondes. Vous avez assez bien employé votre temps. Merci.

Passons maintenant à notre prochain invité, qui représente l'Association des facultés de médecine du Canada.

Je pense, docteur Gold, que c'est vous qui allez faire l'exposé aujourd'hui. Vous êtes accompagné du Dr Steve Slade, vice-président de la recherche et de l'analyse.

M. Irving Gold (vice-président, Relations gouvernementales et affaires externes, Association des facultés de médecine du Canada): Merci beaucoup, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du comité de nous avoir invités et de prendre le temps de nous écouter.

À l'association, nous consacrons beaucoup de temps à réfléchir à des projets nationaux d'éducation médicale et à les mettre sur pied. Je suis du même avis que la Dre Jalali. Beaucoup d'innovations ont lieu dans nos facultés de médecine et elles se manifestent tous les jours dans ma vie professionnelle. C'est très stimulant.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, toutefois, je tiens à dire que si, souvent, l'innovation évoque celle des hautes technologies, d'une certaine manière et dans les ressources sur la santé humaine, en particulier, elle consiste vraiment à s'éloigner de l'habitude. Je veux donc parler en même temps un peu de ressources humaines dans la santé et d'innovation. Mais il ne sera pas question de micropuces ni d'Internet. Je parlerai plutôt de changer les mentalités à l'égard de la planification des ressources humaines dans la santé au pays. Je pense que c'est une forme très importante d'innovation.

Inutile de m'étendre sur les difficultés qu'éprouvent nos ressources humaines nationales dans la santé. Vous les connaissez à fond et dans les moindres détails. Certaines de mes remarques viseront seulement à vous montrer que nous comprenons certains de vos motifs d'inquiétude. En ce qui concerne les ressources humaines dans la santé, les problèmes sont loin de se limiter aux délais. Leur effet ne se fait pas seulement sentir chez les patients, mais il se répercute aussi chez les autres joueurs, les autres Canadiens aussi, pas seulement les médecins. Je représente l'Association des facultés de médecine, mais nous jouons un rôle dans les soins de santé qui sont prodigués. Le mot de la fin ne nous appartient pas non plus, d'aucune manière. Il y a vraiment aussi autre chose que les pénuries. C'est là où certaines de nos réflexions innovantes ont besoin de donner des résultats.

Je peux dire que l'association s'inquiète non seulement des délais inacceptables, mais aussi de l'absence de gestion convenable des maladies chroniques, de l'absence de soins donnés à proximité du domicile, des écarts importants en matière de santé entre les collectivités de tout le pays et de l'absence notable de soins coordonnés et interprofessionnels. Je pense parler au nom de tous nos doyens des facultés de médecine, que je représente, et, j'en suis convaincu, au nom de tous ceux ici présents, quand je dis que nous devrions et nous pourrions faire mieux dans tous ces domaines.

Oui, le public est affecté par les difficultés touchant les ressources humaines dans la santé, mais il en est de même, quotidiennement, pour les planificateurs des systèmes provinciaux de santé. Tous les élus municipaux, provinciaux et fédéraux que j'ai rencontrés entendent parler quotidiennement des difficultés qu'affrontent leurs électeurs. Vous y faites donc face quotidiennement aussi. Vous aussi, vous êtes touchés.

Nos étudiants de médecine, du premier cycle ou des cycles supérieurs, affrontent des difficultés énormes uniquement pour décider dans quelle branche ils veulent exercer. Notre système de ressources humaines et l'absence de données et de modèles nationaux compliquent énormément leurs choix. Si elle n'est pas déjà révolue, elle achève l'époque pendant laquelle, par boutade, on disait qu'un médecin au chômage, ça n'existe pas.

Enfin, pour le législateur provincial, nos problèmes sont coriaces. Il est donc certain qu'il s'agit du patient, en fait, des Canadiens en général.

Cette fois-ci, je vais plutôt me concentrer sur les médecins. Nous savons tous que leur rôle et celui des autres fournisseurs de soins changent et devraient changer, mais nous avons tous besoin de réétalonner nos instruments. Je sais que ceux qui sont chargés de la planification des ressources humaines dans la santé, avec les moyens disponibles, ne peuvent pas faire un aussi bon travail qu'ils

pourraient. Il faut recentrer et remettre en première ligne la prévision du changement touchant la portée de la pratique et le rôle changeant des professions.

Encore une fois, les pénuries n'expliquent pas tout. Pendant longtemps, tout le monde a cru qu'elles déterminaient nos problèmes de ressources humaines, mais, d'après des renseignements anecdotiques, sinon scientifiques, des surplus existaient dans certains domaines. Compte tenu des problèmes actuels, je ne crois pas que notre pays veuille avoir des surplus. Un médecin coûte très cher à former. Nous devons considérer ce coût, payé par le contribuable, comme un investissement majeur, à faire judicieusement. Un médecin sous-employé, c'est un problème. Il ne l'est pas parce qu'il ne veut pas travailler; il l'est parce que, souvent, nous avons mal planifié l'offre.

Tous les jours, on entend parler d'écarts entre les régions. La consommation de services de soins de santé n'est pas la même dans toutes les provinces et n'est certainement pas la même dans les collectivités rurales, éloignées et nordiques. Il existe, d'après moi, un écart très important entre l'offre et les besoins des Canadiens. Le Canada a changé et je ne pense pas que la composition de nos effectifs s'est adaptée à cette évolution.

Enfin, nos effectifs possèdent une homogénéité troublante. Nous n'aurons pas le temps d'en discuter précisément tout de suite, mais les données montrent clairement que les diplômés qui arrivent dans les écoles de médecine représentent une tranche très mince de la strate socioéconomique supérieure de notre pays. Cela nous inquiète.

● (1545)

Je vais revenir sur la question des innovations et de la contribution que nous souhaitons apporter — encore une fois, ce que nous proposons n'a rien de sorcier, mais c'est une tâche dont personne ne s'acquitte en ce moment —, à savoir une collaboration à l'échelle nationale en vue de mettre en commun des données et de les analyser.

Au cours des dernières semaines, nous avons entendu parler de trois provinces qui utilisent des outils plutôt perfectionnés pour mesurer les besoins sur leur territoire et le nombre de médecins qu'elles produisent. Nous sommes donc quatre, et cela signifie que plusieurs provinces n'emploient pas en ce moment un outil robuste de modélisation des ressources humaines en santé (RHS). Cependant, même les provinces qui en utilisent un sont aux prises avec un immense défi qui, selon moi, a pris de l'ampleur dernièrement, en raison de l'extrême mobilité des médecins. Les provinces ne peuvent plus se limiter à leur territoire pour planifier leur main-d'œuvre médicale. Il est très difficile de le faire quand les médecins déménagent aussi souvent, et il en va de même pour les autres professionnels de la santé.

Par conséquent, moi et les membres de l'AFMC pensons — et il y a longtemps que nous le disons — qu'il nous manque une approche nationale en matière de planification des ressources humaines en santé et un outil national dont les provinces pourraient tirer parti, un outil qui examinerait, en fait, les besoins des Canadiens d'un océan à l'autre et l'offre en vigueur aujourd'hui, demain, dans cinq ans et dans dix ans. Dans quelle direction allons-nous? Je précise encore une fois qu'il faut de 8 à 12 ans pour former un médecin. Par conséquent, nous ne connaissons pas les répercussions qu'auront les changements que nous apportons en ce moment aux niveaux d'admission avant 8, 10 ou 12 ans. Et pourtant, nous les modifions pour abolir deux ans plus tard ces modifications. Nous souhaitons rajuster sans cesse les chiffres avant même d'avoir observé les bienfaits de nos mesures.

Je tiens à m'assurer qu'il restera suffisamment de temps pour les questions et les réponses. Je m'efforce simplement de vous exposer ce que nous proposons, c'est-à-dire ce que je considère être une approche novatrice relative à l'établissement d'un centre national de modélisation des données et des analyses. C'est ainsi que nous l'appelons. Nous lui donnions le nom d'observatoire mais, pour une raison ou une autre, le terme ne plaisait pas aux gens. Nous l'avons donc rebaptisé, mais l'idée est toujours la même, même si l'étiquette a changé. C'est un outil dans lequel le gouvernement fédéral pourrait investir, un outil qui permettrait aux provinces de mettre en commun leurs données et d'examiner les besoins globaux du Canada, ainsi que l'ensemble de sa production actuelle.

Je sais que tous ces enjeux empiètent un peu sur les compétences provinciales et que cela complique les choses, bien qu'à mon sens, il y ait de nombreux précédents en matière d'intervention fédérale dans le domaine que nous vous avons signalé, à savoir celui de la collecte et de l'analyse des données. Je pense que le gouvernement fédéral serait vraiment bien placé pour aider les provinces à accomplir ce travail.

La présidente: Je vous remercie beaucoup de vos observations très perspicaces.

Nous allons maintenant passer à notre prochain invité, qui comparait à titre personnel.

Monsieur Steven Denniss, allez-y

M. Steven Denniss (à titre personnel): Bonjour, madame la présidente, bonjour, chers membres du comité. Je vous remercie de m'avoir présenté.

Je m'appelle Steve Denniss. J'ai été invité à comparaître aujourd'hui devant le comité afin de vous faire connaître mon point de vue sur les facettes du sous-sujet de la formation des professionnels de la santé relativement à l'innovation technologique dans le domaine des soins de santé. J'aimerais remercier les membres du comité de m'avoir invité à participer à leur étude. Je suis ici à titre privé pour vous présenter mon point de vue.

Pour vous mettre en contexte, je vais prendre une minute pour décrire brièvement mes antécédents et mon expérience dans le domaine de la santé, de la technologie et de l'innovation. Je suis titulaire d'un baccalauréat en science, spécialisé en kinésiologie, d'une maîtrise en science, financée par le Régime de bourses d'études supérieures de l'Ontario et axée sur la pathophysiologie et les maladies humaines, et d'un doctorat en philosophie, financé par le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie, et axé sur la biologie intégrative et les mécanismes de la maladie, pour lequel j'ai reçu la médaille d'or du Gouverneur général.

Motivé par un intérêt croissant et une passion pour l'innovation dans le domaine de la santé et l'entrepreneuriat, j'ai commencé,

pendant les dernières années de mon programme de doctorat, à rechercher par moi-même des occasions de participer à des programmes d'éducation et de perfectionnement dans le domaine des affaires et de l'entrepreneuriat, subventionnés par les gouvernements, et à tirer parti de ces occasions. Parmi ces programmes, on retrouve le programme d'entrepreneuriat 101 offert par l'organisation MaRS, le programme du personnel à valeur ajoutée offert par les Centres d'excellence de l'Ontario et le programme Mitacs Étapes.

Pour satisfaire davantage mon intérêt croissant pour les innovations dans le domaine de la santé, l'entrepreneuriat et les affaires, j'ai passé l'année dernière au service de l'International Centre for Health Innovation, à titre d'attaché au niveau postdoctoral. Dans le cadre de ce poste, j'ai appris à favoriser la réussite de projets de recherche dans le domaine de l'adoption d'innovations qui ont besoin de la participation et de la direction d'équipes interdisciplinaires et de partenaires industriels, universitaires et du secteur des soins de santé. J'ai également acquis de l'expérience de l'enseignement à des futurs professionnels de la santé et des affaires. En ce moment, je travaille à des projets dans le domaine de la consultation en matière de santé, de bien-être et de soins de santé. Je tire parti de services qui éliminent les obstacles au développement des entreprises et de l'entrepreneuriat, y compris les concours de démarrage d'entreprises axées sur la science et la technologie.

En ce qui concerne la formation des professionnels de la santé en matière d'innovation technologique, j'aimerais communiquer au gouvernement fédéral le message clé suivant: continuez de financer des initiatives qui cherchent à éliminer les obstacles à l'entrepreneuriat et à l'innovation, envisagez de leur apporter quelques modifications afin de favoriser leur réussite générale et soyez patient.

• (1550)

Premièrement, pour appuyer le message dans lequel je conseille au gouvernement de continuer à financer des initiatives qui cherchent à éliminer les obstacles à l'entrepreneuriat et à l'innovation, je vous fais part du point de vue et des recommandations qui suivent afin que vous les preniez en considération.

Une chose est sûre; nous avons besoin des innovations et des personnes qui peuvent les apporter. C'est particulièrement vrai dans le secteur de l'économie lié à la santé et aux soins de santé. Compte tenu des exigences écrasantes en matière de santé qu'ont les aînés et les personnes atteintes de maladies chroniques et de notre exposition toujours croissante à des marchés mondiaux concurrentiels, il est clair que ces besoins sont réels.

Bien que le Canada soit de plus en plus doué pour les découvertes scientifiques et technologiques, il n'a pas accompli les mêmes progrès au chapitre de l'innovation. Cela indique peut-être que, bien que le Canada produise avec compétence une main-d'œuvre grandement instruite et qualifiée, il n'a pas progressé autant en ce qui concerne la production d'une main-d'œuvre qui se spécialise dans les sciences, la technologie, l'ingénierie et les mathématiques, et qui est également très novatrice.

Selon moi, l'économie exige que ces travailleurs embrassent des carrières plus novatrices, au lieu d'assumer, par exemple, des rôles traditionnels dans des entreprises ou des universités, et certains de ces travailleurs désirent le faire. Pour appuyer ce point de vue, je cite en exemple la population de chercheurs en biomédecine et je vous renvoie aux constatations d'une étude menée récemment par les National Institutes of Health, qui indiquent qu'au moment de l'étude, seulement 23 p. 100 des chercheurs en biomédecine qui sont titulaires d'un doctorat occupaient des postes universitaires permanents ou menant à la permanence et que jusqu'à 49 p. 100 d'entre eux participaient à la recherche industrielle ou exerçaient des fonctions non scientifiques ou des fonctions scientifiques non liées à la recherche.

Bien qu'il me soit impossible de trouver des statistiques canadiennes comparables, je suis convaincu qu'elles seraient à tout le moins similaires. Compte tenu de mon point de vue, il est encourageant de constater que les gouvernements financent un nombre croissant de programmes de bourses. Ces programmes apportent une aide financière aux stagiaires, aux agrégés et aux spécialistes qui souhaitent participer à des initiatives de recherche industrielle ou de recherche entreprise conjointement par l'industrie et les universités, et qui sont en mesure de trouver des projets qui conviennent à la fois aux entreprises et à eux. Toutefois, étant donné que peu d'entreprises canadiennes ont besoin d'embaucher des travailleurs possédant un ensemble particulier de connaissances, de compétences et d'expériences scientifiques ou techniques, ces occasions sont rares en ce moment.

Ce qui est également encourageant, c'est que les Instituts de recherche en santé du Canada offrent un programme de bourses intitulé « Des sciences aux affaires » qui apporte une aide financière partielle aux chercheurs titulaires d'un doctorat dans un domaine lié à la santé ou aux soins de santé. Cette aide vise à les encourager à entreprendre un MBA. C'est, en effet, une excellente perspective pour ceux qui souhaitent acquérir des compétences et des expériences étendues et approfondies en administration et les appliquer. Toutefois, ces bourses sont peu nombreuses et cette voie comporte un certain nombre d'obstacles importants, dont des coûts financiers supplémentaires, des coûts d'opportunité et le risque que les finissants du programme décident de quitter les domaines liés à la santé et aux soins de santé.

De plus, si, du moins au début, le chercheur en santé ou le spécialiste de la santé ambitionne simplement de trouver un moyen de réussir à convertir son idée en une solution novatrice, qui vaut la peine d'être mise en oeuvre, un programme complet de MBA n'est peut-être pas la solution la plus adaptée à ses besoins. En effet, une personne n'a pas nécessairement besoin d'être titulaire d'un MBA pour devenir un entrepreneur ou commencer à innover avec succès.

En ce qui concerne le nombre croissant de futurs et anciens professionnels de la santé et des soins de santé qui cherchent à acquérir des compétences et de l'expérience répondant à leurs besoins dans le domaine de l'innovation, je pense qu'en soutenant financièrement les initiatives liées à l'entrepreneuriat et l'innovation — comme les centres, les incubateurs et les concours locaux d'innovation — et en éliminant les obstacles, le gouvernement affecte judicieusement ses fonds et appuie la formation des professionnels de la santé afin de favoriser l'innovation technologique dans le secteur canadien des soins de santé.

Deuxièmement, pour appuyer mon message dans lequel je conseille au gouvernement d'apporter quelques modifications aux initiatives pour favoriser leur réussite générale, je vous fais part du

point de vue et des recommandations qui suivent afin que vous les preniez en considération.

La majeure partie des futurs et anciens professionnels de la santé et des soins de santé qui sont susceptibles d'être intéressés, disposés et capables ignorent toujours que les gouvernements financent des initiatives liées à l'entrepreneuriat et à l'innovation auxquelles ils peuvent participer. Parmi les modifications que, selon moi, le gouvernement devrait envisager d'apporter aux initiatives qu'il finance, afin de contribuer à leur réussite générale, on retrouve des activités de sensibilisation des professionnels de la santé aux ressources disponibles et l'apport d'un soutien complémentaire pour les concours locaux.

En ce qui concerne la sensibilisation aux ressources disponibles, il est bon et nécessaire d'offrir aux futurs et anciens professionnels de la santé et des soins de santé un nombre croissant de ressources en matière d'entrepreneuriat et d'innovation qui éliminent les obstacles. Toutefois, pour que ces personnes tirent pleinement parti de ces initiatives, il faut qu'elles soient conscientes de leur existence et renseignées à leur sujet.

● (1555)

Sans concevoir et mettre en oeuvre une campagne de sensibilisation élaborée et coûteuse, je crois qu'il serait possible de prendre un certain nombre de mesures relativement simples et économiques, voire gratuites, pour favoriser la sensibilisation aux ressources à l'aide des canaux et des services de soutien qui existent déjà au sein des institutions.

Par exemple, chaque chef de département d'une université ou d'un établissement de soins de santé pourrait expédier à son personnel un courriel approuvé dans lequel figureraient des renseignements sur l'aide financière, les services et les concours offerts par les institutions et la collectivité avoisinante, un courriel qu'il faudrait transmettre ensuite aux étudiants et aux employés de première ligne dans le domaine de la santé. S'il s'avère qu'un champion en matière d'innovation existe au sein du département et qu'il possède de l'expérience industrielle, universitaire ou entrepreneuriale, demandez à cette personne qu'elle joue le rôle d'expert-conseil ou qu'elle offre une séance d'information afin de mettre ces initiatives davantage en contexte.

En ce qui a trait à l'apport d'un soutien complémentaire pour les concours, les institutions et les centres d'innovation locaux ont de plus en plus tendance à organiser des concours parrainés par les gouvernements, dans l'espoir d'attirer des étudiants ou des professionnels spécialisés dans le domaine des sciences de la santé, de la technologie, de l'ingénierie ou des mathématiques, qui réaliseront les prochaines découvertes majeures ou proposeront les prochaines idées marquantes.

Toutefois, outre une série d'exigences et un formulaire de demande dans lequel figure une liste de questions à répondre concernant le plan d'affaires, on offre rarement à ces personnes sans formation en administration un soutien complémentaire pour les aider à comprendre les fondements et les cadres commerciaux sur lesquels il convient de s'appuyer pour transformer une idée géniale en une solution novatrice, qui vaut la peine d'être mise en oeuvre.

En apportant ce soutien complémentaire dans le cadre des concours, on éviterait de donner aux participants de faux espoirs, de les condamner à l'échec et de gaspiller le temps, l'énergie et les ressources des participants et des évaluateurs. Ces derniers sont habituellement des personnes qui occupent des postes clés dans des universités, des cliniques ou des entreprises.

Encore une fois, sans concevoir et mettre en oeuvre une série de séances éducatives élaborées, coûteuses et localisées, je crois qu'il serait possible de prendre des mesures relativement simples et économiques, voire gratuites, pour offrir des services de soutien complémentaire à l'aide des canaux existants.

Par exemple, l'organisation MaRS établie à Toronto offre un cours intitulé « Entrepreneuriat 101 » enseigné par des spécialistes crédibles et aguerris de l'entrepreneuriat qui apprennent aux participants les fondements et les cadres commerciaux dont ils ont besoin pour évaluer le potentiel de la prochaine idée géniale. Étant donné que chaque séance est offerte et archivée sous forme de webémission, cette ressource pourrait servir de soutien complémentaire à un organisateur de concours, quel qu'il soit.

Enfin, pour appuyer le message dans lequel je conseille au gouvernement d'être patient, je vous fais part du point de vue et des recommandations qui suivent afin que vous les preniez en considération. Il faut du temps pour modifier une culture. C'est particulièrement vrai lorsque les secteurs sont organisés en spécialisations et ancrés dans des traditions et des pratiques, comme celles qui existent tant dans le domaine de la santé que dans celui de l'éducation. On affirme que, même si l'on fait tout ce qu'il faut, la modification de la culture d'une organisation ou d'une société peut nécessiter quand même jusqu'à sept années. Par conséquent, le gouvernement devrait, si possible, garder cela en tête, lorsqu'il évaluera les paramètres à utiliser pour mesurer la réussite de ses initiatives de financement de l'entrepreneuriat et de l'innovation, avant de décider s'il devrait persister ou changer de cap.

Cela étant dit, je vais conclure en réitérant mon message clé qui va comme suit: « continuez de financer des initiatives qui cherchent à éliminer les obstacles à l'entrepreneuriat et à l'innovation, envisagez de leur apporter quelques modifications afin de favoriser leur réussite générale et soyez patient ».

Merci.

• (1600)

La présidente: Merci, monsieur Denniss.

Nous allons maintenant passer à notre série de questions concernant l'innovation technologique.

Nous allons commencer par Dre Sellah qui dispose de sept minutes.

[Français]

Mme Djaouida Sellah (Saint-Bruno—Saint-Hubert, NPD): Merci, madame la présidente.

Si vous me le permettez, j'aimerais présenter un avis de motion sur la pénurie de médicaments. Nous avons pensé très longtemps à présenter cette motion. Aujourd'hui, je vous présente l'avis de motion. La motion porte sur la pénurie de médicaments.

Si vous me le permettez, je vais la lire.

Que le comité entreprenne, dès la fin de son étude sur l'innovation technologique en santé, une étude d'au moins cinq rencontres afin de faire un suivi sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la motion que la Chambre des communes a adoptée le 14 mars 2012 et qui vise à l'élaboration d'une stratégie nationale en vue d'anticiper, d'identifier et gérer les pénuries de médicaments essentiels et que la présidente fasse rapport des conclusions du Comité à la Chambre.

Je vous remercie.

[Traduction]

La présidente: Docteur Sellah, nous recevons des témoins en ce moment, et vous abordez un sujet différent. Souhaitiez-vous utiliser vos sept minutes pour discuter immédiatement de cette question?

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Oui, je vais poser des questions. C'était simplement un avis de motion parce que je voulais que ce soit présenté en public.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Carrie.

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

[Français]

Mme Djaouida Sellah: J'aurai des questions à poser.

[Traduction]

M. Colin Carrie: Je propose que nous poursuivions la séance à huis clos.

La présidente: D'accord. C'est ce que nous allons faire.

M. Colin Carrie: Nous venons juste de consacrer une séance complète à cette question, mais si elle souhaite en discuter...

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): J'invoque le Règlement.

Mme Carol Hughes (Algoma—Manitoulin—Kapusking, NPD): Je tiens à préciser qu'il s'agissait simplement d'un avis de motion.

La présidente: Pardon. Je veux vous indiquer que nous devons attendre 48 heures avant de discuter de cette motion. Bien que vous l'ayez déposée maintenant, vous pouvez continuer de poser des questions à nos témoins. Nous allons reprendre là où nous nous sommes interrompus.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Madame la présidente, j'ai compris ce que vous vouliez dire en ce qui a trait à la discussion. C'était seulement un avis de motion. Je vais maintenant poser mes questions.

Tout d'abord, j'aimerais remercier nos témoins de s'être déplacés pour nous éclairer un peu sur les innovations technologiques relatives à la santé.

Nous savons que les avancées de la recherche pure et appliquée ainsi que dans le domaine de la technologie conduisent à l'émergence de nouvelles modalités de diagnostic et de traitement en santé. Ces avancées obligent aussi les professionnels de la santé à comprendre celles-ci et à les exercer de façon sécuritaire et efficace.

Pourriez-vous donner au comité des exemples de la façon dont les nouvelles modalités de diagnostic et de traitement en santé ont été intégrées dans les programmes d'études canadiens?

Le second volet de ma question est le suivant. Les écoles de médecine ont-elles fait un effort pour former les étudiants afin qu'ils puissent utiliser les technologies de la cybersanté, notamment pour les dossiers électroniques?

[Traduction]

M. Steve Slade (vice-président, Recherche et analyse, Association des facultés de médecine du Canada): Je pense que, pour répondre à votre première question concernant l'intégration de nouvelles technologies dans notre programme d'études, je dirais que nous le faisons d'un certain nombre de façons. Je crois que notre gros canon est probablement l'accréditation. Chacune de nos 17 facultés de médecine est soumise régulièrement à un processus d'accréditation très rigoureux. Environ 140 critères et normes sont utilisés pour les évaluer périodiquement, y compris des facteurs comme la sécurité de l'environnement d'apprentissage, tant pour les apprenants que pour les patients. Je pense que c'est un élément important.

Dans le cadre de nos récents examens de l'éducation médicale du premier cycle et des cycles supérieurs, nous avons cessé d'examiner la durée de la formation des apprenants pour parler de plus en plus fréquemment de leurs compétences et des jalons qui marquent leur progression vers ces compétences. Cela représente un léger changement de paradigme au sein de nos facultés de médecine.

Je pense qu'Irving pourra parler plus précisément des technologies qui nous aident à faire respecter les normes.

• (1605)

[Français]

M. Irving Gold: Je vous remercie de votre question.

[Traduction]

Je peux vous dire que cette étude tombe à point. Nous venons de terminer une étude en partenariat avec l'Inforoute Santé du Canada, donc pour répondre à la question de savoir ce que font les facultés de médecine pour intégrer les dossiers de santé électroniques à la formation, notre rapport va sortir dans les prochaines semaines, mais je peux vous dire que la situation est peut-être meilleure que nous le pensons. Il y a de grands groupes de professeurs qui travaillent très fort à adapter les programmes à la réalité des technologies de la cybersanté.

Je dois dire, toutefois, que c'est très difficile. C'est peut-être là mon point de vue personnel. La faculté de médecine doit effectivement outiller les étudiants et les diplômés en médecine afin qu'ils puissent exercer dans le vrai monde, mais dans le vrai monde, le milieu professionnel n'a peut-être pas encore adopté les dossiers médicaux électroniques autant que nous le voudrions. L'apprentissage se fait beaucoup sur le terrain, si vous me permettez l'expression, donc nous ne pouvons former les étudiants sur le terrain que si leur milieu de formation le permet. Les deux vont de pair, mais je pense que nous suivons la tendance de notre mieux.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Merci.

Je voudrais aussi profiter de votre présence, monsieur Gold.

Vous avez parlé de problèmes de ressources humaines en santé. Je me suis penchée là-dessus relativement aux provinces, aux politiciens, aux apprenants, aux instances réglementaires et aux éducateurs en médecine. Vous avez mentionné qu'il faudrait avoir un outil national.

J'aimerais que vous soyez plus explicite à propos de cet outil et de ce que vous attendez de la part du gouvernement fédéral.

M. Irving Gold: Encore une fois, je vous remercie de la question.

[Traduction]

Comme je l'ai mentionné, chaque province s'efforce de faire sa propre analyse, mais il faut dire que la complexité du modèle de gestion des RHS varie beaucoup d'un endroit à l'autre. Il y a des provinces qui n'ont tout simplement pas les moyens d'en faire beaucoup, et il y en a d'autres qui investissent beaucoup là-dedans. Nous voudrions simplement que le gouvernement fédéral assume le leadership dans l'établissement d'un système national. Nous pensons à un outil qui nous aiderait à recueillir des données d'autres provinces et qui ne tiendrait pas seulement compte des citoyens d'une province en particulier, mais... Je vais donner la parole à Steve, parce qu'il connaît beaucoup mieux que moi les rouages de cet outil.

La présidente: Monsieur Gold, je suis désolée, mais vous n'avez plus de temps. J'ai essayé de vous le signaler, en vain. Je vous remercie de vos observations.

Nous allons céder la parole à M. Carrie.

M. Colin Carrie: Merci infiniment, madame la présidente.

J'aimerais d'abord saisir l'occasion de remercier les témoins qui sont ici aujourd'hui. Chaque fois que vous venez ici, j'ai tellement de questions à vous poser, mais si peu de temps. Par où commencer?

Nous avons déjà entendu d'excellents témoins sur l'innovation canadienne et les possibilités d'emplois ainsi que les débouchés qu'elle pourrait présenter à l'avenir. D'autres personnes avant moi ont mentionné que les Canadiens affichaient un certain décalage sur le plan de la commercialisation.

J'aimerais commencer par poser une question à Steve Dennis, si vous êtes d'accord. D'abord, je tiens à dire que je suis content de voir un collègue kinésiologue à ce comité. Vous avez nommé MaRS. Je pense qu'il s'agit d'un excellent exemple d'incubateur d'entreprises, un outil qui rassemble les gens et les pousse à sortir des sentiers battus.

Nous avons reçu ici des représentants des facultés de médecine, qui nous ont parlé, entre autres, de la différence culturelle avec les États-Unis, où les écoles de médecine travaillent en partenariat avec l'industrie de pointe, de sorte que les chercheurs peuvent travailler à temps partiel pour une entreprise et à temps partiel pour la faculté.

Auriez-vous des recommandations à nous faire, notamment sur le rôle du gouvernement fédéral à l'égard des différents établissements d'enseignement en médecine? Comment pourrions-nous aider les écoles de médecine à enseigner un peu plus le sens des affaires pour favoriser la création d'emplois par ces innovations? Le Canada perd parfois des occasions au profit d'autres pays, parce que cela ne fait pas partie de la culture ici. C'est fantastique que vous soyez tous les deux ici en même temps, donc nous pourrions peut-être commencer par écouter vos impressions, puis nous pourrions écouter M. Gold.

M. Steven Dennis: Quiconque a la réponse à cette question devrait absolument vous parler, parce que c'est une question très importante. Je ne dirais pas que je n'ai pas de réponse à cette question, mais je peux dire qu'aux États-Unis, étant donné que la santé relève davantage du secteur privé, il y a beaucoup plus de raisons d'adopter les technologies de cybersanté, parce que l'hôpital privé le plus efficace sera nécessairement plus concurrentiel. Ses dirigeants pourront dire: « Venez nous voir parce que nous avons les meilleures technologies de pointe. »

Dans notre système de santé, qui est plus public, il y a moins d'initiatives en ce sens, mais si on prend le temps de parler avec les professionnels de la santé et les directeurs d'hôpitaux, on se rend compte qu'ils veulent adopter ces technologies. Je pense qu'il y a peut-être une petite aversion du risque, parce qu'on a évidemment plus peur du risque dans notre contexte qu'aux États-Unis, où l'on gère le risque. Je pense que c'est parce que notre système de santé et le travail des médecins sont très axés sur la pratique, sur les meilleures façons de faire. Du coup, la meilleure façon de se rapprocher de cet objectif serait probablement de créer un cadre pour régir les relations entre un hôpital et les entreprises qui souhaitent y innover et offrir leurs solutions. Ce serait la structure à adopter pour protéger les deux parties.

● (1610)

M. Colin Carrie: Croyez-vous que cela devrait faire partie du programme d'enseignement des écoles de médecine, des cours de base en gestion des affaires, par exemple, pour que les gens y pensent davantage?

M. Steven Dennis: Selon mon expérience, quand on parle avec les étudiants en médecine, on se rend compte que partout, ils voient l'entreprise comme le grand méchant qui veut à tout prix de l'argent. Je crois qu'on pourrait commencer à modifier cette perception pour qu'ils voient davantage les entreprises comme des alliées qui offrent des solutions à des problèmes réels dans la société, en médecine, en santé.

L'une des grandes difficultés en ce moment, c'est de permettre aux entreprises de travailler avec les équipes de santé du début à la fin du processus — c'est d'ailleurs ce qui ressort de l'évaluation de différents programmes, dont EXCITE, un programme du MaRS — parce qu'en ce moment, une entreprise x doit essayer de deviner quel est le problème dans l'hôpital, investir un million de dollars pour créer une solution, puis faire tout en son pouvoir pour la faire connaître par toutes sortes de stratégies élaborées de marketing et de vente et enfin espérer que l'hôpital va l'adopter. Elle essaie pourtant de résoudre un problème concret, mais l'hôpital ne lui dit pas vraiment au départ de quoi il a besoin, et l'entreprise fait ses petites affaires de son côté pour créer un produit qui pourrait résoudre le problème.

Bref, l'idéal serait que chaque hôpital soit doté d'un cadre particulier pour favoriser l'acquisition de bons outils. Je pense que c'est ce à quoi nous devons aspirer.

M. Colin Carrie: Monsieur Gold.

M. Irving Gold: Vous lancez une idée très intéressante.

Je dois dire que les choses ont changé beaucoup, à tout le moins depuis sept ans, soit depuis que je travaille avec les facultés de médecine. Je crois que les nouveaux chercheurs et les étudiants en médecine voient de moins en moins le secteur privé comme un grand méchant. L'idée que les Canadiens, pour survivre dans le secteur de la santé, doivent établir des relations éthiques et fondées sur de bonnes valeurs avec l'industrie et faire fructifier notre capital intellectuel de manière à commercialiser nos idées pour que tous les Canadiens en tirent un avantage économique...

M. Colin Carrie: Est-ce ce que vous faites en ce moment?

M. Irving Gold: Oui.

Je crois qu'on n'en parle pas assez souvent. Nous sommes un petit pays, donc nous n'aurons jamais de statistiques comparables à celles des États-Unis, ne serait-ce qu'à cause du nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine. Nous avons des chercheurs émergents, des jeunes, des chercheurs à mi-carrière, qui établissent

de nouvelles relations avec l'industrie. Si vous parlez avec vos collègues de Rx & D, BIOTECANADA et MEDEC, ils vous diront qu'il y a de grands obstacles à la commercialisation des innovations, des obstacles législatifs que le gouvernement fédéral doit lever pour rendre l'innovation possible et la commercialisation, un peu plus facile. Par contre, on entend tout le temps dire que le gouvernement fédéral investit beaucoup en R-D et que le secteur privé ne fait pas suffisamment sa part. Les gens du privé répondent à cela qu'ils sont très limités par le contexte législatif.

Il y a, surtout pour les étudiants intéressés à faire carrière dans le domaine de la recherche, beaucoup plus de mentors qu'avant et beaucoup plus de personnes qui favorisent ce type d'interaction.

M. Colin Carrie: M. Dennis a mentionné des programmes gouvernementaux d'aide à l'innovation qui lèvent tout obstacle à l'entreprise que les gens ne connaissent même pas.

Faites-vous l'effort de faire découvrir ces outils à vos étudiants? Les connaissez-vous, seulement?

● (1615)

M. Irving Gold: Oui. Je ne le fais pas moi-même, mais le personnel des facultés de médecine, particulièrement dans le milieu de la recherche, fait le plus possible la promotion de ces programmes, c'est certain.

Par exemple, nous avons un comité permanent de la recherche et des études supérieures auquel siègent tous les directeurs des centres de recherche. Les directeurs des centres de recherche du Canada et des facultés de médecine sont en contact très étroits avec leurs partenaires de l'industrie.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Gold.

Madame Fry.

L'hon. Hedy Fry: J'aimerais revenir à ce que disait M. Gold sur les RHS. La clé ultime du bon fonctionnement du système est probablement la gestion des RHS. Il faut nous pencher sur la gestion des RHS non seulement du point de vue des médecins, mais du point de vue des autres professionnels de la santé aussi.

Je suis contente que vous souleviez la question, parce qu'en ce moment, nous nous contentons de regarder les statistiques, puis tout le monde se met à dire qu'il n'y a pas assez de médecins ou trop, qu'il n'y a pas assez d'infirmières ou trop. Il faut étudier l'offre et la demande à très long terme puisqu'il faut 10 ans pour obtenir un diplôme de médecine, sans parler des premières années de travail pratique, qui peuvent s'étendre jusqu'à quatre ans, donc il faut faire des prévisions deux générations à l'avance. Il faut également examiner la situation actuelle et future des diverses disciplines et spécialités médicales. Il s'avère parfois qu'il n'y a pas assez de spécialistes dans une discipline, mais trop dans une autre.

Il y a aussi toute la question des incitatifs. Pouvez-vous nous parler des incitatifs qui peuvent pousser les gens à se tourner vers une discipline qui ne les attirait pas a priori? Quels incitatifs pouvez-vous utiliser pour attirer les candidats vers les spécialités les moins populaires? Je sais que la pression est grande quand on doit 100 000 \$ en début de carrière et que bien des étudiants choisiront la spécialité qui leur permettra de rembourser immédiatement leur dette. Comment pouvons-nous dire: « Tout le monde a 55 ans en ce moment, donc dans 15 à 20 ans, il va devoir y avoir plus d'étudiants dans telle spécialité? » Comment faites-vous pour prévoir les besoins? Je sais que la base de données va vous aider. Quels incitatifs pouvez-vous utiliser? On ne peut pas forcer une personne à faire une chose qu'elle ne veut pas faire. Vous pouvez utiliser certains incitatifs. Quels sont-ils?

M. Irving Gold: Steve pourra vous en parler lui aussi.

Pendant que vous parliez, il y a une chose très précise qui m'est venue à l'esprit. Nous venons de terminer une étude intitulée l'Avenir de l'éducation médicale au Canada. On parle dans ce rapport d'objectifs camouflés. Je tiens à souligner que ce n'est pas seulement une question d'incitatifs. Il faut aussi éliminer ce qui dissuade les étudiants de choisir ces spécialités, et ce n'est pas toujours la même chose. On peut investir dans la promotion d'une sous-spécialité, et il y a un certain nombre d'étudiants qui vont la choisir. Mais prenons l'exemple de la médecine de famille. Beaucoup de progrès ont été réalisés à cet égard, mais ce n'était pas tant une question d'argent. Il fallait surtout déstigmatiser la médecine de famille, qui était perçue comme une profession inférieure. C'est un travail de sensibilisation à l'interne. Il s'est fait dans la profession médicale, dans nos facultés de médecine. Toute la profession s'est mobilisée pour régler le problème. Il ne s'agit pas toujours d'inciter les gens à choisir une chose, il faut également éliminer ce qui les dissuade de la choisir.

Je pense que les incitatifs sont tout aussi importants.

L'hon. Hedy Fry: Les incitatifs ne doivent pas nécessairement être financiers, ce n'est pas ce que je laisse entendre.

M. Irving Gold: Effectivement. Mais par exemple, compte tenu de la réalité démographique du Canada, on se rend compte qu'il n'y a probablement pas suffisamment de diplômés en gériatrie ou en gérontologie. La plupart d'entre nous auraient probablement pu prédire ce lent déraillement il y a 10 ou 15 ans, mais la gériatrie est aussi stigmatisée que la médecine de famille, à bien des égards. Ce n'est pas particulièrement bien payé. Ce n'est pas une sous-spécialité particulièrement sexy. Je pense que nous allons probablement devoir faire dans ce domaine ce que nous avons fait à l'égard de la médecine de famille.

Je suis certain que Steve a beaucoup de choses à ajouter à cela, mais c'est ce qui me venait spontanément à l'esprit.

M. Steve Slade: La seule chose que je voudrais ajouter, c'est que le gouvernement fédéral a fait preuve de beaucoup d'innovation à mon avis à deux égards grâce à des programmes ciblés. Le programme d'exonération des prêts d'études canadien donne un répit aux médecins de famille et aux infirmières qui exercent leur profession en région rurale; c'est un outil avant-gardiste qui va changer la donne. Il y a quelques années, le gouvernement fédéral a également décidé de financer les programmes de résidence en médecine de famille en région rurale, c'est-à-dire de financer les résidents qui suivent cette formation particulière. Je pense que c'est le genre d'innovations auxquelles il faut penser.

Comme Irving l'a mentionné, il n'y a que 24 postes de formation affichés en gériatrie. Ils ne se comblent pas. On peut faire la comparaison avec les centaines de postes de formation en pédiatrie.

Je pense qu'il y a une volonté, dans nos facultés de médecine, de rectifier le tir, mais cela doit se faire en symbiose avec tout le système. Le gouvernement fédéral doit donc se demander comment il peut aider les provinces et s'il y a moyen que les provinces elles-mêmes se dotent d'incitatifs et de programmes susceptibles de changer la donne.

• (1620)

L'hon. Hedy Fry: J'ai combien de temps, madame la présidente?

La présidente: Environ deux minutes.

L'hon. Hedy Fry: Le programme d'exonération des prêts d'études a l'air positif à première vue, mais il ne semble pas bien fonctionner dans la pratique. Les étudiants en médecine nous ont dit que bon nombre d'entre eux ne voulaient pas contracter de prêt si élevé pendant leurs années de médecine en tant que telles, les 10 premières années. Ils placent donc l'argent de leur prêt à la banque, puis ils contractent un prêt bancaire pour rembourser leur prêt étudiant. Si cela ne fonctionne pas pour eux, ils vont encore se demander comment ils vont faire pour rembourser la banque à la fin de leurs études. Ils ne veulent pas devoir s'exiler à Fort St. John pour cela. Ils veulent travailler dans une grande ville, où il y a des soins tertiaires et où ils vont pouvoir faire beaucoup d'argent.

C'est à la fois incitatif et dissuasif en soi, donc que faire? Comment peut-on remédier à ce problème?

M. Steve Slade: Je serais porté à croire qu'on vit une période de transition. J'entends exactement la même chose que vous. Beaucoup d'étudiants ont communiqué avec nous quand le programme est entré en vigueur pour nous dire qu'ils ont converti leur prêt en un prêt bancaire ou qu'ils ont reçu une offre d'un autre établissement qui leur semblait avantageuse à l'époque, puis que les gens qui s'occupent des prêts d'études du Canada leur disent qu'ils voudraient bien les aider, mais qu'ils ne peuvent pas les exonérer de leur prêt, puisqu'ils n'ont plus de prêt d'études. Je pense que c'est une période de transition. Je pense que l'information doit circuler et qu'à l'avenir, avant de laisser tomber leur prêt d'études du Canada, les étudiants vont essayer de déterminer s'ils peuvent être admissibles au programme.

Il faut toutefois retenir qu'il y a un rôle à jouer à cet égard. Nous avons reçu une foule de messages de directeurs d'études de premier cycle et d'étudiants qui nous disent: « Je veux adhérer à ce programme, je vais le faire, je vais aller faire ma résidence en région rurale parce que cela va m'aider à payer mon prêt. » Je pense qu'il va falloir quelques années avant qu'un programme aussi novateur porte fruit, mais je pense qu'il va être bénéfique à long terme.

La présidente: Merci beaucoup.

Passons maintenant à Mme Block.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): J'aimerais remercier tous nos témoins d'être ici aujourd'hui. Vous constatez sûrement à quel point les enjeux que vous soulevez se recoupent. On peut d'une part parler de l'esprit d'entreprise nécessaire dans le domaine de la santé, tout en reconnaissant d'autre part qu'il faut que différentes personnes à différents endroits rendent les choses possibles.

J'aimerais aborder le sujet des obstacles législatifs dont vous avez fait mention, monsieur Gold. Vous avez probablement entendu parler de la Commission sur la réduction de la paperasse et des efforts que nous déployons pour réduire le fardeau législatif et réglementaire imposé à divers secteurs. J'aimerais savoir si vous pouvez me donner des exemples de lois qui nuisent à l'entrepreneuriat en médecine.

M. Irving Gold: J'aimerais pouvoir vous donner des exemples, mais je ne faisais que vous communiquer ce que nous disent nos partenaires de l'industrie. Je ne serais pas en mesure de cerner les problèmes ou de proposer des solutions. J'essayais seulement de dire que nous participons aux discussions en tant que facultés de médecine, et nous encourageons nos chercheurs à collaborer avec l'industrie. Ce que l'on entend, du moins de la part de nos partenaires de l'industrie, c'est que le manque de commercialisation n'est pas attribuable au manque de partenaires dans nos facultés, mais à d'autres facteurs qui nuisent au processus. Je présume que c'est la raison pour laquelle j'ai soulevé la question.

Mme Kelly Block: D'accord. Merci.

J'aimerais parler du centre national de données et d'analyses auquel vous avez fait référence; vous avez aussi parlé de la nécessité de se doter d'un plan de ressources humaines en santé et du rôle du gouvernement fédéral en matière de planification. J'aimerais savoir si vous pensez qu'il y a une différence importante entre le centre national de données et d'analyses et la planification dont vous avez parlé.

M. Irving Gold: Absolument. Nous ne disons pas que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle dans la planification des ressources humaines en santé; il s'agit clairement d'une compétence provinciale. Toutefois, nous faisons valoir que le gouvernement fédéral pourrait lancer un outil auquel toutes les provinces pourraient contribuer, et elles pourraient ensuite l'utiliser pour améliorer leur propre processus provincial. Nous sommes très conscients des enjeux liés aux domaines de compétences et nous savons qu'il est hors de question de demander au gouvernement fédéral d'assumer un rôle de planification.

Mais ce que les provinces nous ont dit — et nous les avons toutes consultées —, c'est que si nous parlons de créer un système où elles pourraient — et je vais simplifier à l'extrême — communiquer leurs données, les besoins de leur population, les données démographiques au sujet de leur population, et nous aider à dégager une tendance nationale et communiquer des données relatives à leur approvisionnement en précisant les changements, et que ce système permettrait de brosser un portrait national dont elles pourraient tenir compte dans leur planification, cela les intéresse beaucoup.

Toutefois, le centre ne sert pas à dire aux provinces ce qu'elles doivent faire, mais à leur faire savoir, par exemple, que si elles produisent 10 p. 100 moins dans un domaine, les provinces voisines, où elles s'approvisionnent le plus souvent, produisent également ceci et cela. Il s'agit de partager ces renseignements, car en ce moment, les provinces ne savent pas nécessairement ce qui est produit et qui le produit, et elles ne connaissent pas nécessairement les besoins actuels ou ceux qui se présenteront dans 5 ou 10 ans. C'est le défi qui se pose. Il s'agit vraiment de diffuser l'information. Le gouvernement fédéral apporte déjà son aide en ce qui concerne les données et même les analyses nationales par l'entremise de l'ICIS, mais il n'y a rien d'autre.

Merci de m'avoir donné l'occasion de clarifier les choses.

•(1625)

Mme Kelly Block: Merci.

La présidente: Il vous reste du temps.

Mme Kelly Block: J'aimerais poser des questions à tous les témoins, mais je ne sais pas si j'aurai le temps.

Monsieur Dennis, vous avez parlé de mettre sur pied un cadre de travail dans un hôpital, en vue de collaborer avec l'industrie et de tenter de régler les problèmes d'approvisionnement. Pouvez-vous

nous dire à quoi devrait ressembler ce cadre et où il faudrait commencer?

M. Steven Denniss: D'autres messieurs à cette table seraient peut-être mieux en mesure de vous fournir des détails. Je disais seulement que c'est un besoin qui pourrait exister à un niveau plus élevé. Je ne sais pas s'il y a des hôpitaux qui le font. Si c'est le cas — eh bien, encore une fois, étant donné que nous parlons de partage et de collaboration —, ces hôpitaux devraient partager leur expérience avec d'autres groupes, afin de stimuler cette innovation.

Pour revenir à la question de la collaboration, étant donné qu'on a posé une question au sujet de la différence entre les États-Unis et le Canada, je dirais qu'à mon avis, les deux systèmes de santé sont en difficulté. J'aimerais rappeler que le système de soins de santé des États-Unis est privé, et que cela présente des avantages, mais aussi des inconvénients, car la concurrence s'installe dans le domaine des soins de santé. Notre système de soins de santé est relativement public, et cela signifie que nous coopérons et qu'on nous encourage donc à partager les initiatives entreprises dans certains hôpitaux qui sont financés, car cela nous aidera à résoudre les problèmes qui, selon certaines personnes, sont propres au système de soins de santé publique. Il s'ensuit que certaines causes pourraient devenir des solutions.

La présidente: Il vous reste environ une minute.

Mme Kelly Block: Collabore-t-on avec des institutions des États-Unis ou à l'échelle internationale pour veiller à ce que les connaissances soient transmises efficacement et pour éviter le chevauchement des recherches dans certains domaines?

La présidente: Qui aimerait répondre à la question?

Allez-y, monsieur Slade.

M. Steve Slade: Je vais essayer, même si je ne peux pas répondre de façon catégorique.

Je dirais certainement qu'au niveau international, c'est difficile, surtout lorsque c'est l'approche commerciale de la « loi du plus fort » qui règne. Mais je crois que l'on a assez bien réussi, au Canada — et cela touche, dans une certaine mesure, à votre question sur la bureaucratie — dans les efforts de collaboration sur la façon dont les essais cliniques sont menés. Il peut être difficile, pour un intervenant de l'industrie, de mener des essais cliniques dans une université de l'Ontario et de surmonter certains obstacles, sans compter qu'il doit faire face aux mêmes obstacles s'il veut ensuite reproduire ses essais à l'Université de l'Alberta.

On a demandé l'adoption d'une approche nationale sur les essais cliniques, c'est-à-dire qu'on n'aurait qu'à résoudre les questions éthiques et à établir les protocoles, et ensuite, de façon centralisée, trouver des patients pour procéder aux essais. Je crois que ce type d'approche innovatrice pourrait être adoptée par l'entremise des IRSC, qui pourraient examiner la façon de mener les recherches, et parfois les recherches axées sur les patients, et les rendre plus efficaces.

La présidente: Merci beaucoup. Pour quelqu'un qui disait ne pas avoir de réponse catégorique, vous avez extrêmement bien répondu. Merci.

Nous allons maintenant passer à la série de questions de cinq minutes. La parole est à M. Morin.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente.

Mes questions s'adressent aux représentants de l'Association des facultés de médecine du Canada.

Lorsque j'ai su que vous alliez venir témoigner, je me suis demandé quel genre de questions j'aimerais vous poser. En fait, l'amélioration de l'état de santé des populations autochtones est le premier sujet qui m'est venu à l'esprit. Je crois que cela fait partie des nombreux rôles que vous jouez. J'aimerais savoir ce que font les membres que vous représentez pour s'assurer qu'en matière de soins de santé, il y ait sur le marché de l'emploi davantage de médecins autochtones de façon à ce que ceux-ci puissent bien servir leurs communautés.

Comme on le sait, les populations autochtones sont malheureusement moins en santé que les autres Canadiens et leur situation socioéconomique est assez unique. Pour ces raisons, il serait préférable d'envoyer dans les réserves et les communautés des médecins et des professionnels de la santé autochtones qui peuvent aider leurs gens plutôt que d'envoyer des médecins blancs qui ne comprennent pas nécessairement leur réalité.

Vous n'avez pas eu le temps de parler de vos recommandations, mais je suis heureux de les avoir lues. J'ai été agréablement surpris. La deuxième et la troisième recommandation portent sur le

● (1630)

[Traduction]

fonds d'accès aux études de médecine. J'aimerais en savoir plus à ce sujet. Je suis heureux que vous ayez mentionné que vous vouliez attribuer du financement et que vous souhaitiez, si j'ai bien compris, que le gouvernement fédéral lance un fonds pour éliminer l'arriéré des demandes des étudiants autochtones admissibles qui souhaitent entreprendre des études postsecondaires, etc. Veuillez m'en dire plus à ce sujet.

Vous avez aussi précisé qu'il y avait un arriéré. Veuillez approfondir cette question. Vous avez mentionné que par l'entremise de ce fonds, on investirait de l'argent dans des projets de pipelines locaux. Pouvez-vous me donner des exemples?

La présidente: Vous avez trois minutes pour répondre.

M. Irving Gold: J'ai trois minutes. Je crois que je vais vous faire parvenir certaines réponses plus tard. J'ai pris des notes.

Permettez-moi d'abord de répondre à votre première question. Ces 10 dernières années, c'est-à-dire lorsque je suis arrivé à l'AFMC, il y a 7 ans, il existait déjà depuis longtemps un projet de pipeline axé sur la santé et le bien-être des Autochtones.

Ce projet avait deux volets principaux. Le premier veillait à ce que les médecins que nous formions étaiions en mesure de fournir des soins adaptés à la culture des patients autochtones. Cela signifiait qu'il fallait contribuer de façon importante au programme, en veillant à ce que les diplômés soient en mesure de fournir des soins adaptés aux différences culturelles.

Le deuxième volet visait à recruter des candidats autochtones dans les écoles de médecine et à les retenir. Comme vous l'avez dit, la situation idéale serait de former plus de médecins autochtones. Un peu partout au pays, on avait réservé des places pour les étudiants qui se déclaraient Autochtones. Nos données ne sont pas tout à fait exactes, car on peut obtenir une de ces places sans se déclarer Autochtone. Je peux toutefois vous dire que toutes ces places n'ont même pas été comblées. Ce n'est pas que les facultés de médecine n'ont pas essayé d'en faire la promotion.

C'est plutôt parce que des obstacles socioéconomiques plus importants surgissent bien avant que les candidats décident de faire

une demande d'admission dans une faculté de médecine. Si nous voulons régler le problème, il ne faut pas chercher du côté des facultés de médecine ou du côté des universités. Je crois plutôt qu'il faut commencer à investir dès la maternelle jusqu'à la 12^e année. Cela se répercutera sur tous les autres aspects liés à l'endroit où les Autochtones fréquentent l'école. Je vous ferai parvenir mes réponses aux autres questions.

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

Me reste-t-il du temps?

La présidente: Il vous reste une minute.

M. Dany Morin: Veuillez continuer.

M. Irving Gold: En ce qui concerne le projet de pipeline, notre proposition est calquée sur des expériences américaines très réussies. En effet, aux États-Unis, on essayait de recruter plus de candidats afro-américains dans les écoles de médecine. En ce qui nous concerne, nous avons adopté ces expériences, car au bout du compte, nous avons une cohorte médicale très homogène.

Il s'agit de choses aussi simples que d'inviter des élèves du secondaire dans des bureaux et des milieux médicaux pendant une semaine durant l'été, et peut-être leur donner un petit salaire en échange de menus travaux. La meilleure façon d'attirer l'attention d'une personne, c'est de lui donner un peu d'argent. Même si ces jeunes font du classement, ils peuvent aussi voir ce qui se passe. Ils apprennent des choses au sujet du milieu médical.

Je dois vous dire que si vous êtes Autochtone — c'est-à-dire un jeune Autochtone dans une communauté autochtone —, il est très probable que vos interactions avec les employés du milieu médical n'ont pas toujours été positives. Mais si nous pouvons accueillir ces jeunes dans un bureau, où ils peuvent travailler, parler et manger avec les infirmières et les médecins, c'est une façon différente de les encourager à envisager cette profession. Il s'agit d'un exemple. Les projets de pipeline comportent plusieurs volets et ils visent tous les niveaux. C'est une approche entrepreneuriale.

● (1635)

La présidente: C'était très intéressant. Merci.

Merci, monsieur Morin.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci.

M. Dany Morin: Pourrait-on envoyer les documents à la greffière?

La présidente: Absolument. Pourriez-vous envoyer les documents à la greffière, et nous nous chargerons de les distribuer?

[Français]

M. Irving Gold: Ce sera fait.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Lobb.

M. Ben Lobb: Ma première question s'adresse à la Dre Jalali. Elle concerne votre commentaire sur le cyberapprentissage. Vous êtes de l'Université d'Ottawa. Comment utilisez-vous une plateforme de cyberapprentissage dans votre classe pour améliorer les résultats de vos étudiants?

Dr Alireza Jalali: J'enseigne les cours d'anatomie, et dans ma classe, nous avons des exposés magistraux et des laboratoires. Comme vous le savez, étant donné que l'apprentissage actif est très présent et qu'on en fait la promotion, et avec l'accréditation dont parlait l'AFMC... Nous avons éliminé tous les exposés magistraux dans les cours d'anatomie et nous les avons remplacés par des balados. Avant de se présenter en classe, les étudiants doivent écouter les balados, et ensuite, nous utilisons une méthode appelée la « classe inversée ». En fait, l'exposé magistral se donne en dehors de la classe, et lorsque les étudiants se présentent au laboratoire, ils s'assoient autour des échantillons et ils discutent des objectifs à l'étude ce jour-là. C'est une façon d'utiliser le cyberapprentissage.

Nous utilisons aussi des vidéos de YouTube, et les étudiants peuvent regarder les images, et nous avons l'apprentissage en ligne, c'est-à-dire qu'ils peuvent colorier des muscles en ligne, etc. Tout ce qui peut être mémorisé n'a pas besoin d'être enseigné; on n'a qu'à fournir les renseignements aux étudiants et leur laisser le soin de les mémoriser. Ensuite, nous en discutons en classe. C'est la partie importante du cyberapprentissage.

De plus, de cette façon, on peut favoriser la collaboration et la communication, car au lieu de s'asseoir et de m'écouter parler, les étudiants peuvent parler entre eux et apprendre les uns des autres.

M. Ben Lobb: Quelle plateforme utilisez-vous?

Dr Alireza Jalali: Pour les balados?

M. Ben Lobb: Quelle plateforme logicielle utilisez-vous?

Dr Alireza Jalali: Elles sont toutes indépendantes. Mon site est hébergé par Yahoo. Je les produis tous moi-même. Je mets les balados sur un serveur, et ils génèrent un fil RSS. Et comme je l'ai dit, j'utilise YouTube pour les vidéos, car c'est gratuit.

M. Ben Lobb: Essentiellement, cette approche n'est pas très dispendieuse. Il y a... J'ignore depuis combien de temps vous êtes professeure...

Dr Alireza Jalali: Depuis 10 ans.

M. Ben Lobb: Il y a 10 ans, une grande partie des technologies que vous avez mentionnées n'étaient évidemment pas accessibles. Veuillez nous expliquer comment cela a eu des effets sur les résultats. Nous parlons des technologies dans le domaine des soins de santé. En utilisant la technologie, comment formons-nous de meilleurs étudiants et de meilleurs médecins?

Veuillez nous en dire plus à ce sujet.

Dr Alireza Jalali: C'est lié aux changements de l'AFMC et au rôle de CanMEDS, et aux compétences existantes. Avant cela — et je ne parle pas seulement des 10 dernières années, car j'en parlerai plus tard —, les médecins étaient des experts. Ils savaient tout au sujet de la médecine, mais on n'insistait pas vraiment pour qu'ils fassent la promotion de la santé, et qu'ils collaborent et communiquent avec les patients.

Il y a environ 10 ans, grâce à l'arrivée de la technologie, comme je l'ai dit, j'ai éliminé tous les exposés magistraux, ce qui me donne l'occasion, pendant un cours d'anatomie, de montrer à mes étudiants comment ils devraient communiquer les uns avec les autres. Il s'ensuit que dès la première année d'études en médecine, on ne passe plus tout son temps dans les livres, mais on apprend aussi à parler aux gens. Et il est très important qu'un professionnel de la santé apprenne comment parler aux patients. Ce sont les changements que nous avons mis en oeuvre.

Je dois toutefois dire que je connais bien le domaine, et je peux donc facilement produire mon propre matériel. Mais maintenant,

nous disposons de laboratoires dont les gens — des cliniciens, des infirmiers, des infirmières et des kinésiothérapeutes — peuvent se servir pour produire leur matériel. Un grand nombre de professeurs de cette génération ne sont pas très habiles avec la technologie, et il nous faut une place centrale où les gens peuvent venir et produire le matériel nécessaire.

En ce qui concerne les résultats, je peux vous parler des cours d'anatomie; j'enseigne beaucoup et je suis aussi le dirigeant de l'unité, alors j'aborde le programme de différentes façons. J'ai été en contact avec des radiologues... Il faut savoir pourquoi nous enseignons l'anatomie. Je ne veux pas que mes étudiants connaissent l'anatomie seulement pour l'anatomie. C'est le fondement d'un examen physique. Lorsqu'un médecin vous examine, c'est le fondement de l'anatomie. Ce n'est pas suffisant de me dire qu'il s'agit d'une artère sur un cadavre. Nous essayons de les amener à un niveau plus élevé.

Par exemple, les radiologues...

La présidente: Excusez-moi. Monsieur Gold, je pense que vous voulez ajouter quelque chose aux propos du Dr Jalali avant que le temps soit écoulé.

M. Irving Gold: J'aimerais simplement mentionner — mon collègue vient juste de me le rappeler — que le projet L'avenir de l'éducation médicale au Canada s'est d'abord penché sur la formation médicale au premier cycle, et ensuite aux cycles supérieurs. Nous espérons vraiment être en mesure de mettre en oeuvre notre troisième volet, car il vise la formation professionnelle continue. Nous devons, entre autres, renseigner les gens au sujet de certaines innovations technologiques.

J'aimerais aussi préciser que l'AFMC a plusieurs projets qui visent à favoriser ce type d'innovations.

Le Canada ne réussit pas très bien à faire connaître ses innovations. Par exemple, on peut faire une découverte très prometteuse en Saskatchewan, mais on n'en entendra même pas parler au Manitoba. Ce n'est pas seulement le cas dans le système de soins de santé, mais dans tous les domaines. Le gouvernement fédéral pourrait, entre autres, s'efforcer d'encourager un peu plus le partage des innovations entre les provinces.

• (1640)

La présidente: C'est exactement ce que nous tentons de faire en ce moment, monsieur Gold, et Docteur Jalali. Je dois vous dire que c'est très intéressant et passionnant d'entendre ce que vous avez à dire aujourd'hui.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Kellway.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci aux témoins d'être ici aujourd'hui.

Monsieur Gold, j'ai vu que vous étiez impatient de préciser vos commentaires sur le rôle du gouvernement fédéral dans la planification. Je regrette de dire que vos explications ne m'ont pas vraiment éclairé, parce que nous avons parlé de quelques rôles que le gouvernement fédéral pourrait jouer pour contribuer à la planification, comme la répartition des médecins à l'échelle du pays de façon à offrir les ressources là où elles sont nécessaires. Il a été question du programme d'exonération du remboursement des prêts pour aider à la planification. Je voulais vous demander quelles autres mesures peut prendre le gouvernement fédéral pour veiller à ce que nous ayons suffisamment de médecins pour répondre à la demande.

Cela m'amène à ma deuxième question. J'espère être assez clair pour que vous compreniez ce à quoi je veux en venir. Ma deuxième question porte sur la diversité dont vous avez parlé. Il ne s'agit pas seulement des médecins des Premières Nations et des connaissances culturelles, mais il semble que vous ayez une vision plus vaste des choses, notamment pour ce qui est d'exploiter les compétences d'un effectif plus diversifié.

Je me demandais si vous pouviez nous parler des deux choses suivantes: j'aimerais que vous m'expliquiez, encore une fois, le rôle que le gouvernement fédéral peut jouer dans la planification et ce que la planification signifie pour vous; j'aimerais aussi que vous nous disiez quelle valeur revêt la diversité pour votre organisation.

M. Irving Gold: Je vais essayer d'être plus clair et vous me direz si j'ai réussi. Pour moi, une planification efficace doit s'appuyer sur des données qui sont les plus complètes possible. Je crois que les données nationales dont nous disposons en ce moment présentent d'importantes failles. Le gouvernement fédéral pourrait créer un mécanisme qui permettrait aux provinces de comprendre réellement l'offre et la demande. Nous ne pourrions jamais répondre à cette question, et nous ne pourrions jamais harmoniser l'offre et la demande à moins de comprendre les deux.

Ce que les provinces font de cette information, cela les regarde. Nous ne voulons pas que cette entité dise au Manitoba de créer telle ou telle chose. Ce que nous voulons, c'est que le Manitoba puisse voir quels sont les besoins dans la province, mais aussi d'avoir une idée de la situation sur la scène nationale. Par exemple, est-ce que le Canada se dirige vers un surplus de spécialistes en chirurgie cardiovasculaire? Est-ce que cela signifie que le Manitoba devrait en former moins, ou alors qu'il devrait tenter d'en recruter? Autrement dit, il faut tenir compte du portrait d'ensemble, car les médecins peuvent travailler partout, et les provinces peuvent attirer des spécialistes ou mettre fin aux incitatifs offerts pour certaines sous-spécialités. L'objectif de ce centre est de permettre à toutes les administrations de consulter les données sur l'offre et la demande dans leur province, mais aussi d'avoir une vue d'ensemble de la situation au pays.

M. Matthew Kellway: Pourrait-on envisager un autre type de relation entre le gouvernement fédéral et les provinces, c'est-à-dire que le centre ne ferait pas que donner de l'information, mais participerait aussi aux décisions? Y a-t-il place à une approche davantage axée sur la collaboration et la gouvernance multi-niveaux, un rôle partagé?

M. Irving Gold: Absolument. Cette proposition demeure une proposition. Nous pensons qu'elle est réalisable et possible dans le contexte actuel et qu'elle contribuera à la solution.

M. Matthew Kellway: Très bien. Pour ce qui est de la diversité, pouvez-vous nous dire pourquoi c'est important selon vous?

•(1645)

M. Steve Slade: La recommandation concernant la diversité découle principalement de notre étude sur l'avenir de l'éducation médicale. Les données sont très claires. Le salaire des parents joue pour beaucoup dans le choix des études en médecine; il y a un grand décalage avec la moyenne canadienne.

Nous savons aussi que la population noire et la population d'origine philippine sont mal représentées dans nos facultés de médecine. C'est aussi le cas pour d'autres populations sud-asiatiques. Le but est entre autres de corriger les écarts du passé. En général, c'est l'idée. Est-ce que les enfants des régions rurales sont autant attirés par les études en médecine que le sont les enfants en région urbaine? Je reviens aux commentaires formulés plus tôt sur

les jeunes de la maternelle à la douzième année. C'est durant cette période qu'il faut faire comprendre aux jeunes qu'une carrière en médecine est à leur portée.

Donc, qu'on pense aux facteurs géographiques... La diversité se définit dans un sens large pour nous. La géographie, le statut socio-économique, la diversité ethnique, ce sont tous des facteurs qui n'ont pas été mesurés correctement, selon moi, et nous n'avons pas vraiment de forum pour nous aider à élaborer un plan. En ayant un forum avant tout axé sur l'information, nous pourrions éviter une réflexion trop itérative et avoir une image claire des défis qui nous attendent...

La présidente: Je suis désolée, monsieur Slade, mais cette image va devoir attendre. C'était une très bonne réponse, par contre.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Brown, s'il vous plaît.

Si vous voulez poursuivre dans la même veine, libre à vous, monsieur Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Je ne savais pas que j'étais le prochain.

La présidente: Préférez-vous qu'on passe à M. Wilks d'abord, pour que vous ayez le temps de vous préparer?

M. Patrick Brown: Bien sûr, je vais y aller après M. Wilks.

La présidente: Monsieur Wilks.

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Merci, madame la présidente.

Je ne m'y connais pas beaucoup dans le domaine médical; je suis un policier à la retraite. Les deux seuls repères que j'ai pour la profession médicale est que je peux rouler vite tant que la personne ne meurt pas, et que lorsqu'un hôpital demande notre aide, je conseille au médecin de dire: « Si je bloque vos carotides, ce sera terminé en moins de 10 secondes. » La personne devrait comprendre qu'il est préférable de coopérer.

J'ai quelques questions à poser à la Dre Jalali, et une autre à l'ensemble des témoins.

Tout d'abord, vous avez parlé des modules d'auto-apprentissage, que je vois en quelque sorte comme une bonne chose. Mais je suis un retraité de la GRC, et quand les forces ont décidé d'offrir des modules d'autoapprentissage, j'avais des sentiments mitigés à l'égard de cette méthode, et c'est encore le cas. On peut parfois en arriver au point où les étudiants essaient de tout apprendre d'eux-mêmes.

Le bon sens, cela ne s'enseigne pas. On l'a ou on ne l'a pas. Pensez-vous qu'il est nécessaire d'intervenir à un moment donné? Dans vos classes, avec les modules d'autoapprentissage, si vous voyez qu'un étudiant s'égare un peu, à quel moment croyez-vous qu'il est nécessaire d'intervenir et de lui indiquer qu'il fait fausse route?

Dr Alireza Jalali: C'est un très bon point.

Les modules d'autoapprentissage servent généralement à apprendre la matière rudimentaire, des choses pas très compliquées que les étudiants peuvent comprendre d'eux-mêmes. On peut ensuite les reprendre — dans mon cas, au laboratoire ou peut-être au chevet d'un patient. Quand on travaille tous ensemble, si quelqu'un fait une erreur, j'attends de voir si le reste du groupe peut le corriger. C'est un apprentissage qui est fondé sur la résolution de problèmes, qui démontre que lorsqu'un étudiant est confronté à un problème, il assimile mieux la matière que si on lui avait donné la réponse immédiatement. Nous voulons donc préconiser un apprentissage fondé sur la résolution de problèmes. Nous le faisons aussi dans nos séances en petits groupes.

Mais si on se rend compte qu'ils bifurquent, il faut tranquillement les ramener dans la bonne direction. Il faut un certain encadrement.

M. David Wilks: J'ai deux autres questions, alors je vous prie d'être bref.

M. Irving Gold: Je veux simplement ajouter que quelques-uns de ces nouveaux outils d'apprentissage en ligne n'offrent pas seulement de nouvelles méthodes d'enseignement, mais aussi de nouvelles méthodes d'évaluation. D'extraordinaires possibilités s'offrent aux éducateurs du domaine médical qui veulent repenser la façon dont on évalue l'apprentissage. Il se passe des choses très intéressantes en ce moment. L'utilisation de patients virtuels et la façon dont la faculté peut évaluer les progrès des étudiants s'avèrent des initiatives prometteuses.

M. David Wilks: Effectivement. Pour les premiers intervenants, comme le personnel des services médicaux d'urgence et les policiers, qui sont généralement les premiers sur place et qui n'ont pas de médecin à leurs côtés, pourriez-vous nous donner une idée des innovations technologiques qui pourraient les aider à venir au secours de la personne en détresse — en particulier dans les régions rurales du Canada? On sait qu'on a une heure pour faire quelque chose, l'heure d'or, et on reste là à se dire « oh, merde ».

Des voix: Oh, oh!

M. David Wilks: C'est le terme scientifique employé par les policiers.

• (1650)

Dr Alireza Jalali: Deux choses me viennent à l'esprit spontanément. Je ne sais pas si vous étiez au courant, mais le stéthoscope que les médecins ont toujours au cou est déjà désuet. On ne s'en sert presque plus, même si la plupart des médecins les portent encore. Pourquoi? Parce que les appareils d'imagerie par ultrasons sont aujourd'hui beaucoup plus faciles à transporter et beaucoup plus abordables qu'avant, et les médecins se tournent plutôt vers cette technologie.

Aussi, avec les iPhones et autres téléphones intelligents, il existe des applications permettant de brancher des accessoires afin d'obtenir une lecture sur-le-champ. Vous n'avez même plus besoin de transporter l'appareil. Il en va de même pour les électrocardiogrammes. Il y a maintenant des applications vendues avec des enveloppes au dos métallique que vous pouvez installer sur le patient afin de mesurer immédiatement l'activité cardiaque. Ce n'est pas à venir; cela existe depuis quatre ou cinq ans.

Spontanément, je dirais que ce sont les deux technologies qui sont déjà disponibles.

M. David Wilks: Me reste-t-il du temps, madame la présidente?

La présidente: Vous avez environ 30 secondes.

M. David Wilks: Rapidement, dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, d'où je viens, on applique le modèle de soins de santé primaires, et c'est une bonne chose selon moi. Mais ce qui pose notamment problème est que les médecins doivent parfois s'absenter pour parfaire leurs connaissances, et nous avons de la difficulté à trouver des remplaçants. Quelles sont les possibilités offertes en ligne pour leur permettre de rester à l'affût?

M. Steve Slade: Très rapidement, pour ce qui est du perfectionnement des connaissances, je ne m'aventurerai pas trop sur le sujet, mais je crois que des considérations intergouvernementales entrent en jeu. Souvent, les suppléants sont appelés à pratiquer dans différentes provinces. Je crois que l'initiative nationale visant à élaborer un mécanisme d'enregistrement médical au Canada va bon

train, son objectif étant de faciliter l'obtention d'un permis de pratique dans plusieurs provinces, ce qui est souhaitable.

M. David Wilks: Excellent. Merci beaucoup.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup, la parole est à Mme Hughes.

Mme Carol Hughes: Merci beaucoup. C'est très intéressant. Mon fils fait sa thèse en ce moment et il travaille au centre de recherche sur le cancer de Sudbury, alors on entend beaucoup de termes médicaux à la maison.

Tout d'abord, je veux vous remercier pour la présentation que vous nous avez fournie. C'est très utile. La docteure Fry a parlé des problèmes que nous ont soumis les étudiants en médecine. Ils ont donc fait pression sur nous cette semaine, et je me demandais si c'était une coïncidence qu'ils se soient présentés ici au même moment que vous. Évidemment, le message est le même.

Vous avez parlé des besoins en soins gériatriques. Il y a des lacunes de ce côté, et j'en suis tout à fait consciente. J'ai une sœur qui souffre de la maladie d'Alzheimer, et nous avons eu beaucoup de mal à trouver un spécialiste en gériatrie qui pouvait s'occuper d'elle. Il n'y a pas si longtemps, il y a deux ans je crois, nous avons fait une étude sur les ressources humaines dans le domaine de la santé, et le terme clé qui est ressorti de l'exercice est « équipes multidisciplinaires ». Bien que les choses aient bougé un peu, nous sommes encore très loin du but, et c'est parfois ce qui pose problème avec ces études. Des recommandations sont formulées, mais peu sont suivies, malheureusement.

Vous avez dit que le contexte législatif mettait des bâtons dans les roues du secteur de la recherche, en particulier. Pourriez-vous nous donner un peu plus de détails à ce sujet?

Je viens d'une région rurale. Je représente la circonscription d'Algoma—Manitoulin—Kapusking dans le nord de l'Ontario, et nous pouvons compter sur quelques-uns des médecins les plus compétents qui soient, à mon humble avis, mais il est parfois très difficile d'attirer des professionnels dans notre région. Vous avez aussi parlé des hôpitaux. Je voulais simplement mentionner que je suis allée récemment à l'hôpital régional de North Bay, et c'est un excellent établissement. Je crois que beaucoup d'étudiants envisagent sérieusement de travailler dans cet hôpital à la fin de leurs études.

Pouvez-vous nous parler davantage des obstacles que pose le contexte législatif? Avez-vous d'autres recommandations à nous faire?

Je sais que M. Denniss a très peu parlé jusqu'à présent. Vous voulez peut-être ajouter quelque chose avant qu'on ne mette fin à la séance?

• (1655)

M. Irving Gold: Je tâcherai d'être bref et de laisser la chance à quelqu'un d'autre de répondre.

Oui, c'est une réelle coïncidence si la FEMC était ici pour passer le même message que nous, car nous n'avons reçu la convocation que jeudi. Alors leur journée de lobby avait été planifiée bien avant que notre présence ici n'ait été confirmée.

Je crois que leur message est le même que le nôtre parce que la situation est urgente, et parce que nous sommes tous dans le même bateau en ce qui a trait à la planification des ressources humaines et au rôle du gouvernement fédéral. Je sais que c'est en fait la première recommandation que le comité a formulée dans son rapport il y a deux ou trois ans. On en parle depuis un bon bout de temps. Je pense qu'un exercice de planification nationale est inévitable. Il faut reconnaître que nous devons tous pousser dans le même sens pour nous sortir de ce bourbier. Le problème auquel nous sommes confrontés — vous avez parlé des soins gériatriques —, c'est que même si nous décidons d'instaurer de grands bouleversements demain matin, nous n'en verrons pas les résultats avant 2023. J'aurai beaucoup vieilli à ce moment-là et je referai probablement la même présentation si nous n'amorçons pas le changement maintenant.

Mme Carol Hughes: Ou vous allez en avoir de besoin.

La présidente: Et j'en serais très impressionnée.

M. Irving Gold: C'est exact.

Le problème est décrié depuis longtemps. Ce n'est pas pour rien que notre présentation s'intitule « De l'analyse à l'action ». Nous sommes coincés au stade de l'analyse. Nous n'arrêtons pas d'en parler, maintenant il faut agir.

La somme nécessaire — et je sais que tout le monde qui demande de l'argent au comité dit la même chose — équivaut probablement à ce que dépense le gouvernement en colorant à café. Ce n'est vraiment pas un gros investissement, mais l'impact qu'il pourrait avoir sur l'ensemble du pays est monumental. Il y a très peu de choses que le gouvernement peut faire pour le secteur de santé en s'en tenant à son mandat et en investissant aussi peu.

Si la question me tient autant à coeur, c'est que je ne veux vraiment pas avoir du mal à trouver un gériatre dans une dizaine d'années.

La présidente: Monsieur Gold, vous avez été excellent. Je pense que votre enthousiasme et votre positivisme vont vous garder en vie éternellement. Ce fut très intéressant.

Mme Carol Hughes: Me reste-t-il du temps?

La présidente: C'est au tour de M. Brown.

M. Patrick Brown: Premièrement, je voudrais vous demander ce que nous pourrions faire pour améliorer les instruments médicaux étant donné que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en ce qui concerne la réglementation des produits médicaux. Que pourrions-nous faire pour favoriser plus efficacement l'innovation? C'est une question qui s'adresse à tous.

M. Steven Denniss: Je vais essayer de répondre. Les fabricants d'instruments médicaux doivent prendre certaines décisions durant le cycle de mise au point d'un produit pour que ce produit réponde aux besoins et comporte les fonctionnalités recherchées. Je sais que parfois ils ne peuvent que supposer que leur produit sera homologué. Ils ne le savent pas, ce qui peut leur coûter cher. Cela fait partie du coût du produit. Ils procèdent ainsi parce que Santé Canada ne leur indique pas, par exemple, si leur produit serait ou non homologué.

Supposons que le produit n'est pas homologué. Les fabricants doivent alors recommencer un cycle coûteux de mise au point. Cela a pour conséquence de faire augmenter le coût total, qui sera payé par l'acheteur, c'est-à-dire l'hôpital et le gouvernement.

Je crois donc que, dans la mesure du possible, il faudrait collaborer un peu plus avec les entreprises qui, par exemple, souhaitent élaborer un produit à la demande d'un hôpital. Une entreprise qui voit que le besoin existe et qui veut mettre au point un

produit veut également savoir quand vient le temps de prendre des décisions importantes si son produit sera homologué. C'est ce que je pense.

M. Patrick Brown: J'ai une autre question à vous poser. Je me souviens de la comparution de représentants de la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada. Ils ont témoigné à quelques reprises. Ils nous ont parlé de la conception d'un pancréas artificiel, ici, au Canada, et d'essais cliniques. Ils soutenaient que nous sommes en mesure de le faire, mais ils ont affirmé que l'Australie avance rapidement sur ce plan.

Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays en ce qui a trait au soutien à l'innovation en matière de recherche? Avez-vous des commentaires à faire au sujet de la situation au Canada par rapport à celle qui existe dans d'autres pays?

● (1700)

M. Irving Gold: Cela ne relève pas de mon domaine. Je ne peux pas vous répondre.

M. Patrick Brown: Je voulais aborder un autre sujet, et peut-être que vous aurez tous une observation à faire. Je sais que nous avons beaucoup investi dans les dossiers médicaux électroniques, et nous serions portés à croire que la technologie se répand très rapidement dans ce domaine partout au pays. Pourtant, quand je vais à l'hôpital dans ma région, qui est un hôpital fantastique, chez mon médecin ou bien dans une clinique pour obtenir un vaccin, je ne constate pas de progrès à cet égard.

Qu'est-ce qui fait défaut? Par exemple, une compagnie de carte de crédit peut tout vous dire à votre sujet, car toutes les informations qui vous concernent sont numérisées. Par contre, si vous voulez savoir quels vaccins vous avez reçus il y a cinq ans, parce que vous avez oublié, les professionnels de la santé ne peuvent pas consulter un seul dossier commun.

Quel type de leadership nous faut-il selon vous, puisque l'argent ne semble pas être la solution, car d'énormes sommes ont été versées aux provinces pour la numérisation?

M. Steve Slade: Je dois vous dire que pendant la période des Fêtes, un achat que je n'avais pas effectué a été porté à ma carte de crédit et mon compte bancaire a été débité, ce qui me porte à croire que le problème dans le système de santé concerne les barrières de sécurité qui existent pour protéger les renseignements sur les patients. Je pense que la protection des renseignements personnels des patients est une préoccupation valable et j'estime que c'est une difficulté que nous devons surmonter. Je crois qu'il faudrait probablement s'adresser au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada au sujet de la protection de l'information. Ce serait une chose à faire.

Je pense qu'il nous faudrait une autre tribune pour discuter des moyens de faire en sorte qu'on dispose d'une plateforme commune pour que les laboratoires puissent mieux communiquer avec les cliniques, et les cliniques avec les pharmacies.

M. Irving Gold: Je dirais — et mon commentaire ne s'appuie pas sur des preuves et je ne m'exprime pas au nom de mon organisation — qu'il faut bien plus que de l'argent pour changer la culture. Il est question de changer la culture de toute une profession, et cela ne se produira pas seulement parce que de grosses sommes sont transférées aux provinces. Je crois que l'utilisation répandue des dossiers médicaux électroniques représente un énorme changement pour bien des médecins, et il faudra attendre un peu pour qu'elle se concrétise.

Quant aux difficultés bien précises, je présume que l'organisme Inforoute Santé du Canada est le mieux placé pour vous les décrire.

La présidente: Je vous remercie beaucoup, monsieur Gold, ainsi que tous les autres.

La parole est maintenant à M. Lizon.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Je remercie tous les témoins d'être venus ici cet après-midi.

Ma question s'adresse au Dr Jalali.

En ce qui concerne les nouvelles méthodes d'enseignement, comment se comparent-elles à celles utilisées ailleurs dans le monde? Est-ce qu'elles évoluent dans la même direction? Si une personne opte pour l'enseignement traditionnel, est-ce que les résultats seraient différents? Est-ce que vous évalueriez de la même façon deux étudiants provenant de deux universités différentes? Quelle est votre opinion là-dessus?

Dr Alireza Jalali: C'est une question intéressante, car j'ai fait mes études de médecine en Belgique, et ma spécialité en France, alors je peux véritablement comparer l'Europe au Canada. Aussi, je suis d'origine iranienne, et je suis allé en Iran. J'ai vu ce qui se passe là-bas.

En Amérique du Nord, l'enseignement de la médecine est fondé sur des preuves, c'est-à-dire qu'on s'appuie sur des méthodes d'enseignement éprouvées, tandis qu'en Europe et dans d'autres régions du monde, on a davantage recours à l'enseignement plus traditionnel. Ainsi, dans beaucoup de pays européens, on a encore largement recours aux cours magistraux, alors que ce n'est pas le cas ici. Ce n'est pas ce que nous faisons non seulement parce que nous préconisons les méthodes fondées sur des preuves, mais aussi parce qu'il a été démontré que l'apprentissage pratique favorise le développement de la mémoire à long terme. Quelle est la difficulté à laquelle les médecins sont confrontés? Ils font leurs études de médecine, leur résidence et ensuite ils pratiquent pendant une vingtaine ou une trentaine d'années et ils doivent continuer de se rappeler tout ce qu'ils ont appris. Il est question d'autonomie et de long terme, et l'AFMC a fait un très bon travail à ce chapitre.

Si vous me demandez si les professeurs au Canada peuvent donner uniquement des cours magistraux, je vous répondrai que ce n'est pas possible. Aux États-Unis non plus ce n'est pas possible puisque les heures de cours magistraux ont été réduites, car il a été démontré que l'apprentissage pratique en petit groupe est beaucoup plus profitable à long terme. On se fie sur des preuves en ce qui a trait à la façon dont les adultes aiment apprendre. Nous considérons toujours nos étudiants comme des adultes, alors nous savons qu'ils sont motivés. Nous savons qu'ils veulent apprendre, alors nous leur donnons tous les outils nécessaires pour qu'ils apprennent comment apprendre. Parce que la médecine évolue, ce que je leur enseigne aujourd'hui au sujet du traitement de l'hypertension ne sera peut-être plus valable dans 20 ans. Ils doivent pouvoir maintenir à jour leurs connaissances.

Voulez-vous ajouter quelque chose?

• (1705)

M. Irving Gold: Je suis d'accord sur tout ce qui a été dit.

M. Wladyslaw Lizon: En ce qui concerne la planification et la pénurie de médecins dans certaines spécialités, faites-vous déjà quoi que ce soit pour orienter les étudiants? Comme vous l'avez entendu dire plus tôt, on ne peut pas forcer un étudiant à choisir une spécialité en particulier, mais est-ce que vous orientez les étudiants? Disons que vous avez 10 places en chirurgie, mais que vous en avez 20 ou 30 en gériatrie, que faites-vous?

M. Steve Slade: Cela relève des provinces.

Au Québec, par exemple, des représentants du gouvernement provincial, des facultés de médecine et des hôpitaux se réunissent pour calculer le nombre de postes qui devraient se libérer. Ils fixent les quotas pour les résidents en fonction du nombre de chirurgiens notamment qui devraient prendre leur retraite.

L'Ontario applique un modèle assez complexe. La province procède à un examen des données plus complet, car elle se penche également sur les changements démographiques prévus, puis, en collaboration avec les facultés de médecine, elle détermine les quotas.

Je répète ce que j'ai fait valoir au sujet de l'approche globale. Ce ne sont pas tous les postes de résidence en gériatrie qui sont comblés. Pour déterminer s'ils choisiront ou non cette spécialité, les diplômés évaluent s'ils devront souvent être de garde, s'ils seront rémunérés comme ils le souhaitent et s'ils auront la possibilité d'enseigner et de faire de la recherche. Il y a beaucoup de facteurs à mon avis à examiner.

La présidente: Il vous reste seulement 30 secondes environ.

M. Wladyslaw Lizon: Pouvez-me dire rapidement comment intégrer tous ces médecins formés à l'étranger? J'inclus les jeunes Canadiens qui ont fait leurs études à l'étranger et les immigrants.

M. Irving Gold: Tout ce que je peux dire, c'est que je ne peux pas répondre rapidement à cette question. Nous pourrions discuter de ce sujet toute la journée...

M. Wladyslaw Lizon: J'ai posé ma question rapidement, mais...

M. Irving Gold: C'est une grande question à laquelle je ne peux absolument pas répondre comme il se doit en très peu de temps.

M. Wladyslaw Lizon: Vous pourriez peut-être fournir plus tard au comité des observations sur ce sujet.

M. Irving Gold: Je serais ravi de le faire.

M. Wladyslaw Lizon: Cela nous serait utile. Merci.

La présidente: Je vous remercie beaucoup. Je donne maintenant la parole à Mme Fry.

L'hon. Hedy Fry: J'ai une courte question. Je ne veux pas causer des remous, quoique cela ne me dérange pas, mais je veux revenir sur votre commentaire à propos du fait que la situation dure depuis longtemps. En 1987, je présidais un comité de l'Association médicale canadienne, et, à cette époque, on parlait d'une pénurie de professionnels capables d'offrir des soins primaires obstétricaux, dans le cas des grossesses à risque moyen ou faible.

La majorité était âgée de 55 ans, et les plus jeunes ne souhaitaient pas s'engager dans ce domaine, et c'est pourquoi nous déployons toujours des efforts. Il y a donc maintenant très peu de professionnels qui fournissent des soins primaires obstétricaux, alors les patientes doivent s'adresser directement à des spécialistes.

Rémunérer un obstétricien pour suivre une grossesse à risque moyen ou faible et procéder à l'accouchement et ensuite un pédiatre pour suivre l'état de santé du bébé coûte cher au système. Certains soins pourraient être assurés par des infirmières praticiennes ou des médecins de famille, mais cela n'intéresse pas ces professionnels.

Il ne suffit donc pas d'offrir le remboursement des prêts étudiants ou des incitatifs monétaires, il faut examiner les facteurs dissuasifs.

Comment amener des médecins à choisir des spécialités qui exigent de longues heures de travail? Vous pouvez déjà avoir fait une longue journée de travail, puis, à trois heures du matin, on vous appelle pour un accouchement, ou bien vous ne pouvez assister au récital de piano de votre enfant parce que vous devez aller pratiquer un accouchement. Ce mode de vie n'intéresse plus personne.

Il faut trouver une solution, qui ne soit pas simplement monétaire; c'est une question de mode de vie. Avez-vous des suggestions?

• (1710)

M. Steve Slade: Je suis désolé, je ne veux pas éviter de répondre, mais je crois que les problèmes sont complexes. Par exemple, plusieurs provinces examinent actuellement les heures de travail des résidents, la durée acceptable des quarts de travail, et cela exacerbe le problème dans une certaine mesure.

Au Québec, notamment, on a trouvé de très bonnes solutions en ce qui a trait au passage d'un quart de travail à un autre et de la modification des horaires. Ce que je veux faire valoir, c'est que des solutions efficaces sont mises en place au niveau local.

McGill est en train d'examiner comment il devra modifier les quarts de travail des résidents en médecine interne, car ces quarts de travail ne peuvent pas dépasser 16 heures. Il faudrait examiner ces exemples...

L'hon. Hedy Fry: Vous parlez seulement de la formation. Je parle d'attirer des gens dans ce domaine pour qu'ils puissent fournir ce genre de soins dans la collectivité. Il n'y a aucun intérêt, alors il ne sert à rien de parler de la résidence.

Je voulais aussi... En 2004, les premiers ministres des provinces avaient affirmé que les ressources humaines en santé étaient un

dossier qui les concernait tous. Le gouvernement fédéral a coprésidé les discussions avec la Colombie-Britannique, si je me souviens bien, et on devait aboutir à une stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé fondée sur l'offre et la demande, dans le cadre de laquelle le gouvernement fédéral et les provinces joueraient chacun leur rôle. Pourquoi cette stratégie n'a jamais été appliquée? Après 2006, rien ne s'est produit.

M. Irving Gold: J'aimerais pouvoir expliquer pourquoi rien ne s'est produit.

L'hon. Hedy Fry: Je posais la question pour la forme.

Des voix: Oh, oh!

M. Irving Gold: Je le sais, et j'aimerais bien pouvoir donner une explication.

Pour répondre à votre premier commentaire, je dirais seulement que, dans toutes ces discussions, nous devons d'abord et avant tout penser aux besoins des Canadiens. Cela devrait être à la base de l'organisation des soins de santé au pays et de toute approche en matière de planification des ressources humaines en santé.

Il est bien d'examiner les incitatifs et les facteurs dissuasifs, mais nous devons d'abord comprendre les besoins de la population, et ce sont ces besoins qui devraient nous guider.

La présidente: Merci, madame Fry...

L'hon. Hedy Fry: Est-ce qu'il me reste du temps?

La présidente: Non, je suis désolée.

L'hon. Hedy Fry: Non? Je voulais...

La présidente: Vous pouvez le souhaiter, mais non...

L'hon. Hedy Fry: J'ai présenté une motion il y a 48 heures, donc j'espérais que nous aurions pu discuter...

La présidente: On m'a informée que la sonnerie se fera bientôt entendre.

Je tiens à vous remercier beaucoup pour vos exposés d'aujourd'hui. Ils étaient très bien.

Je remercie également les membres du comité pour leurs questions. Nous avons eu une excellente séance.

Je lève la séance et j'encourage mes collègues à aller prendre leurs manteaux.

Merci.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>