



Chambre des communes
CANADA

**Comité permanent des ressources humaines, du
développement social et de la condition des
personnes handicapées**

HUMA • NUMÉRO 010 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 21 septembre 2006

—
Président

M. Dean Allison

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

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

Comité permanent des ressources humaines, du développement social et de la condition des personnes handicapées

Le jeudi 21 septembre 2006

• (1105)

[Traduction]

Le président (M. Dean Allison (Niagara-Ouest—Glanbrook, PCC)): Nous allons débiter la réunion.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le comité entame son étude sur l'emploi au Canada.

Nous allons entendre cinq témoins à qui je vais demander de limiter leur présentation à sept minutes chacun, parce que nous n'avons pas beaucoup de temps. Nous essaierons de vous avertir à une minute de la fin, après quoi nous vous interromprons carrément pour permettre aux autres de faire leurs exposés. Évidemment, les membres du comité vous poseront des questions par la suite.

On me dit que vous avez décidé entre vous de l'ordre de passage, ce qui est fort impressionnant.

Nous allons donc commencer avec HEAL, qui sera suivi de l'Association des pharmaciens du Canada, de l'Association médicale canadienne, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et nous terminerons par l'Association canadienne des soins de santé.

Je tiens, avant tout, à vous remercier d'avoir pris le temps de vous déplacer pour vous rencontrer.

Nous avons hâte d'entendre ce que vous avez à dire et nous allons donc commencer par le Groupe d'intervention Action santé.

Mme Pamela Fralick (chef de la direction, Association canadienne de physiothérapie, Le Groupe d'intervention action santé): Merci.

[Français]

Je vous remercie de nous permettre de vous adresser la parole aujourd'hui.

[Traduction]

Nous voulons vous faire part des préoccupations des acteurs du réseau de la santé à propos des questions que votre comité est chargé d'étudier et d'attirer généralement votre attention sur tout ce dossier. Nous présentons des messages communs qu'appuient tous les —

Le président: Excusez-moi, mais il semble que nous ayons des difficultés du côté de l'interprétation.

Excusez-moi. Nous pouvons recommencer.

Mme Pamela Fralick: Nous présentons donc des messages communs qui sont très importants pour nous tous —

Le président: Attendez un instant. Nous sommes en train de recevoir le son d'un autre comité, ce qui pourrait être gênant.

[Note de la rédaction: Difficultés techniques]

• (1106)

_____ (Pause) _____

• (1111)

Le président: Merci de votre patience. Comme je n'entends plus de voix, nous pouvons recommencer.

Madame Fralick, je vous invite à reprendre et sachez qu'il vous reste environ deux minutes. Non, en fait il vous reste les sept minutes au complet.

Mme Pamela Fralick: Merci.

Pour la retranscription, permettez-moi de me répéter et de vous remercier de nous avoir donné l'occasion de venir vous rencontrer aujourd'hui.

Nous voulons attirer votre attention sur les préoccupations des acteurs du réseau de la santé relativement aux questions que votre comité est chargé d'examiner. Nous voulons faire passer quelques messages communs auxquels tous les témoins ici présents adhèrent, de même que quelques messages propres aux membres que nous représentons.

Je vais entamer ma présentation par un exposé — bien sûr très court — du Groupe d'intervention action santé. Pour ceux qui ne connaîtraient pas HEAL, sachez qu'il s'agit d'une coalition de 30 associations nationales du secteur de la santé dont les organismes ici présents font partie.

Ensemble, nous avons déterminé que les ressources humaines dans le secteur de la santé constituent une grande priorité et, pour la plupart de nos membres, je dirais même que c'est la grande priorité de l'heure. Le plus grand problème auquel nous sommes cependant confrontés, c'est que nous n'en savons pas assez à ce sujet, thème sur lequel nous voulons tout particulièrement attirer votre attention. Nous ne disposons ni des données ni des informations dont nous avons besoin. Les efforts limités qui ont été entrepris au Canada dans ce domaine ont pêché par manque de coordination et par le fait que les études conduites n'ont pas, selon nous, tenu compte de la contribution importante des fournisseurs de soins de la santé à la compréhension du problème et aux solutions à y apporter. C'est précisément ce que veut faire HEAL: contribuer à mieux comprendre le problème et à trouver des solutions.

Nous vous avons fait remettre un document que je vais survoler au cas où vous n'avez pas eu la possibilité de lire tous les mémoires que vous avez reçus.

HEAL estime que, si le Canada veut vraiment changer quelque chose sur le plan des ressources humaines dans le secteur de la santé, il faudra adopter trois mesures d'une importance critique.

Nous recommandons d'abord de créer un mécanisme permanent de soutien et de promotion d'échange de renseignements ainsi que d'élaboration des politiques au sein des organisations de santé nationales pour les ressources humaines en santé transversales et pour la collecte de données. Cela concerne les informations limitées dont nous disposons actuellement et dont je vous parlais tout à l'heure.

La seconde recommandation consiste à mettre en oeuvre un mécanisme visant à assurer des consultations et des échanges réguliers entre les organisations de santé nationales et le gouvernement fédéral au sujet des ressources humaines en santé, des politiques et des questions connexes. Pour l'instant, on n'en fait pas assez à ce sujet.

Troisièmement, nous recommandons la formation d'un groupe de travail d'enquête chargé d'évaluer rapidement les tendances, les perspectives et les problèmes clés relatifs aux diverses sciences de la santé, dont la capacité de l'infrastructure éducative d'absorber une hausse des inscriptions, tant au niveau de débutant que de premier cycle et des cycles supérieurs, ainsi que la disponibilité des stages.

HEAL est même allé plus loin pour soumettre des propositions concrètes à la discussion, comme vous le constaterez dans le document qui vous a été remis. Nous estimons qu'afin de disposer d'un effectif de travailleurs de la santé qui soit sain, dynamique et efficace, notre pays doit retenir trois grands thèmes: soins axés sur les patients; planification, et cycle de carrière. Qui plus est, nous nous sommes entendus sur 10 principes fondamentaux qui pourraient sous-tendre les trois thèmes en question. Tout cela vous est expliqué en détail dans le document que nous vous avons remis, mais je vais brièvement commenter ces trois principes.

Le premier est celui de la planification fondée sur les besoins de la population. Jusqu'ici, au Canada, nous nous sommes surtout intéressés à l'aspect « prestation des soins », c'est-à-dire aux effectifs et à l'équipement nécessaire. Aujourd'hui, toutefois, il faut aborder les choses différemment. Les planificateurs doivent adopter une approche axée sur les besoins qui ne tiennent pas uniquement compte des coûts, mais aussi des investissements dans le système de santé. Les planificateurs doivent adopter une stratégie fondée sur les besoins actuels et émergents de la population en matière de services de santé, en fonction des facteurs démographiques, épidémiologiques, culturels et géographiques et qui tiennent compte des modèles de prestation en évolution ainsi que des changements technologiques. Il y a bien sûr aussi la question importante de l'interface entre le système de soins de santé financé par l'État, le système de soins de santé privé et le système de soins de santé publique.

Nous mentionnons quatre orientations stratégiques qui, selon nous, pourraient contribuer à faire avancer les choses. Nous devons analyser en détail les relevés de population et les données épidémiologiques — ce qui se fait déjà, mais pas assez — établir des points de repère fondés sur les écarts entre les régions, étudier tout un éventail de spécialisations à l'intérieur des sciences de la santé et entre celles-ci, et créer un leadership pour le changement du système.

Le deuxième principe est celui de la planification et de la prise de décision qui doivent être inclusives et aller dans le sens de ce que je viens de dire.

• (1115)

La planification des politiques et la prise de décision en ce qui concerne les ressources humaines dans le secteur de la santé doivent reposer sur la représentation de tous les intervenants. Cela s'entend effectivement des gouvernements, mais aussi des agences régionales

de la santé, des organismes de formation et de réglementation et, bien sûr, des praticiens. Nous suggérons des orientations stratégiques consistant à mettre sur pied une sorte de bureau de coordination canadien pour les ressources humaines dans le secteur de la santé, bureau qui serait distinct et indépendant du gouvernement afin de favoriser la neutralité et l'objectivité dans ce dossier.

Nous recommandons de faciliter des échanges entre les milieux de fournisseur et les comités consultatifs fédéraux/provinciaux/territoriaux. Nous recommandons aussi de faire la promotion de la représentation des fournisseurs auprès des entités de gouvernance régionales et institutionnelles. Enfin, nous recommandons de promouvoir une « politique publique favorisant la santé » intersectorielle.

Pour terminer et avant de passer le micro aux autres témoins, je tiens à vous parler de la nécessité d'instaurer des milieux de travail sains. Parmi les fournisseurs de soins de santé, il est beaucoup question de la difficulté de recruter et de maintenir les gens en poste, il est beaucoup question de moral des travailleurs. Malgré les progrès réalisés ces deux ou trois dernières années, il demeure difficile d'attirer des gens dans ce domaine. Les administrateurs de soins et les décisionnaires devraient reconnaître l'importance d'un milieu de travail sain et collaborer avec les fournisseurs de soins de santé à la mise en oeuvre de stratégies visant à appuyer leur santé et leur sécurité.

Nous recommandons d'adopter des démarches qui soient fondées sur des pratiques exemplaires, des programmes d'éducation, de faire la promotion d'un changement de culture visant à encourager les comportements d'appels à l'aide parmi les professionnels de la santé.

Je sais que vous aurez beaucoup de questions à poser, et je vais donc m'arrêter là pour céder la parole à mes collègues de l'Association des pharmaciens du Canada.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Vous venez de placer la barre très haut, puisque vous avez pris moins de sept minutes. Nous allons voir si quelqu'un d'autre peut vous imiter.

Nous allons donc passer à l'Association des pharmaciens du Canada.

M. Stowe Brian (président, Association des pharmaciens du Canada): Merci.

Bonjour, mesdames et messieurs. Merci de nous avoir offert la possibilité de témoigner devant vous en compagnie de nos homologues du G4 et de HEAL.

Je m'appelle Brian Stowe. Je suis président de l'Association des pharmaciens du Canada et propriétaire d'une pharmacie indépendante à Ottawa, plus exactement à l'Université Carleton. Je suis accompagné de Janet Cooper qui est notre directrice principale, Affaires professionnelles.

L'Association des pharmaciens du Canada (APhC) est l'organisation nationale bénévole des pharmaciens qui s'est fixée pour mission d'assurer le leadership de la profession et d'améliorer la santé des Canadiens.

Nous vous avons fait remettre un mémoire qui présente nos recommandations et les principaux enjeux qui nous préoccupent. L'APhC participe à de nombreuses initiatives pour s'attaquer aux défis posés par les ressources humaines en santé, plus particulièrement aux défis qui touchent les pharmaciens et les techniciens en pharmacie.

Avant de passer aux recommandations, je me propose de vous situer un peu en contexte.

Les pharmaciens, qui sont 29 000 au Canada, constituent le troisième groupe de professionnels de la santé en importance. Plus du tiers de nos pharmaciens ont moins de 35 ans. Les diplômés internationaux en pharmacie, les DIP, constituent une proportion importante de nos effectifs puisqu'on l'estime entre 20 et 30 p. 100.

Les pharmaciens sont des spécialistes des médicaments utilisés dans le système de soins de santé. Le rôle des pharmaciens et des techniciens en pharmacie a évolué afin de mieux répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins pharmaceutiques, plus particulièrement en ce qui concerne les soins primaires.

Les normes d'agrément des pharmaciens visent à garantir aux Canadiennes et aux Canadiens que nous appliquons des méthodes sûres et appropriées. Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada évalue les aptitudes des diplômés canadiens et étrangers. La mobilité des pharmaciens au Canada est facilitée par des ententes d'agrément mutuelles.

Les diplômés internationaux en pharmacie doivent posséder les mêmes compétences et connaissances que les pharmaciens formés au Canada et ils doivent appliquer les mêmes normes de pratique. Le principal défi pour ces gens-là consiste à apprendre comment devenir un pharmacien au Canada.

La pénurie de main-d'oeuvre en pharmacie est apparue évidente dans les années 90. On estime aujourd'hui que le Canada compte entre 1 500 et 2 500 postes à combler dans ce domaine.

Ce phénomène s'est fait sentir en même temps que l'on se préoccupe plus que jamais de l'utilisation sûre, appropriée et rentable des médicaments et de nombreux rapports, notamment ceux de Romanow et de Kirby, ont souligné le rôle des pharmaciens dans l'optimisation des traitements médicamenteux.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont désigné la pharmacie comme étant l'une des sept professions du domaine de la santé qui, selon eux, méritaient d'être considérées comme prioritaires en matière de planification des ressources humaines de la santé.

On a commencé à améliorer la planification dans le domaine de la pharmacie. Une nouvelle étude vient d'être produite: « Aller de l'avant: les futures ressources humaines en pharmacie ». Il s'agit d'une initiative conjointe dirigée par l'APhC et financée par le programme RHDSC. Par ailleurs, l'ICIS est en train de mettre au point une base de données des pharmaciens autorisés au Canada.

Voici maintenant les recommandations que nous voulons vous soumettre à l'appui d'une approche pancanadienne concertée pour les ressources humaines en santé afin de s'attaquer aux défis auxquels est confrontée la profession de pharmacien.

1. Une stratégie pancanadienne concertée pour les RHS doit insister sur la sécurité du patient et les soins de qualité et elle doit être axée sur les besoins de la population.

2. Il faut établir un plan des ressources humaines propre à la pharmacie, basé sur la connaissance des facteurs qui contribuent aux défis des RH en pharmacie et sur la façon dont la profession de pharmacien sera pratiquée dans l'avenir. Cette planification doit être intégrée à la planification globale des RHS.

3. Il faut faire de la recherche et améliorer les données. L'étude « Aller de l'avant » et la base de données de l'ICIS permettra d'améliorer grandement cette situation.

4. Nous devons tous nous montrer ouverts et engagés à l'égard de soins interdisciplinaires et les pharmaciens doivent pouvoir fournir leur expertise en la matière.

5. Les normes actuelles de délivrance des licences pour les pharmaciens doivent assurer aux Canadiens une pratique adéquate et sécuritaire de la pharmacie: il ne faut pas baisser la barre dans un effort visant à intégrer les pharmaciens formés à l'étranger.

6. Il faut cependant réaliser d'autres initiatives pour appuyer les diplômés internationaux en pharmacie afin qu'ils obtiennent leur licence et qu'ils intègrent efficacement la pratique de la pharmacie au Canada. Cette mesure comprend l'élargissement de la disponibilité des programmes de préparation à l'emploi pour ces étudiants.

7. À plus long terme, le Canada doit devenir autosuffisant afin de répondre aux besoins touchant à la main-d'oeuvre en pharmacie et il ne devrait pas dépendre des diplômés internationaux pour compenser les pénuries.

8. Je vais à présenter parler au nom de mes homologues du G4 et de HEAL.

Les fournisseurs de soins de santé doivent participer aux discussions pour appuyer la planification des RHS axées sur les besoins. Un engagement significatif et continu est nécessaire pour promouvoir l'échange d'informations et l'adoption de pratiques exemplaires, et pour assurer le renforcement de la capacité parmi les gouvernements, les professionnels de la santé et les autres intervenants au sujet des questions transversales des ressources humaines en santé et des orientations stratégiques.

● (1120)

Enfin, il faudra mettre sur pied un organe national permanent pour les RHS, comme une agence, un institut ou un centre, pour appuyer une approche qui soit réellement intégrée et efficace afin de répondre aux besoins des Canadiens. Cette organisation devrait aussi aborder toute une gamme de questions, notamment l'étendue de la pratique, l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger et le milieu de travail de la santé. Cet organe devrait aussi appuyer la recherche sur l'évaluation et la planification des besoins de la population en matière de santé.

Merci de votre attention. Janet et moi serons heureux de répondre à vos éventuelles questions.

Le président: Merci pour cette présentation, monsieur Stowe et madame Cooper.

Nous allons maintenant passer à l'Association médicale canadienne qui, si je ne m'abuse, est représentée par M. McMillan.

Dr Colin McMillan (président, Association médicale canadienne): Merci, monsieur le président.

Bonjour, mesdames et messieurs.

Le médecin à temps plein de l'Île-du-Prince-Édouard que je suis se réjouit de pouvoir vous adresser la parole aujourd'hui au nom de l'Association médicale canadienne, et cela en compagnie d'autres professionnels de la santé.

Je suis accompagné de William Tholl, notre secrétaire général, et nous avons cru comprendre que nos homologues allaient traiter de toute une diversité de questions liées au mandat de votre comité.

J'entends personnellement me concentrer sur trois domaines. D'abord, celui des normes nationales sur la formation médicale et l'exercice de la médecine. Deuxièmement, l'intégration des diplômés internationaux dans la profession au Canada et, troisièmement, la reconnaissance des titres de compétence étrangers.

Néanmoins, avant de m'étendre sur ces aspects, je vais très brièvement faire le point sur la situation actuelle des effectifs de médecins au Canada. Dans le mémoire que nous avons fait remettre au comité, vous trouverez un graphique qui illustre le nombre de médecins par 1 000 habitants au Canada par rapport à d'autres régions, et surtout par rapport à la moyenne de l'OCDE. Pour l'instant, le Canada se classe 26^e sur les 29 pays de l'OCDE à cet égard. Pendant la dernière décennie, le ratio du Canada est demeuré à 2,1 médecins pour 1 000 habitants, soit un tiers de moins que la moyenne de l'OCDE qui est de 3.

Cet écart nous indique que la mauvaise planification des ressources humaines dans le secteur de la santé, dans les années 90, a provoqué la pénurie de médecins que nous connaissons actuellement. Malgré certaines améliorations, nos prévisions annoncent le maintien d'un écart important du nombre de médecins par 1 000 habitants.

Dans l'ensemble, les médecins canadiens sont plus âgés que la population active en général et une grande partie d'entre eux va prendre sa retraite. Ce phénomène est compliqué par l'accroissement de la demande d'une population âgée. Enfin, les progrès technologiques pourraient fort bien provoquer une tempête sur le plan de la disponibilité de médecins.

Cela étant posé, monsieur le président, j'estime que la pénurie de médecins continuera de miner tous les efforts déployés en vue de réduire les temps d'accès à des soins de qualité dispensés par des médecins. Comme mes homologues vous l'ont indiqué, le passé nous a enseigné qu'il fallait recourir à une planification efficace pancanadienne des ressources humaines en santé.

L'un des trois enjeux de l'heure est celui des normes nationales. Nous pensons que le secteur de la médecine a travaillé d'arrache-pied pour maintenir des normes nationales en matière de formation médicale et de pratique de la médecine au Canada et, même si l'application des normes est ouverte à interprétation, cet exercice s'est déroulé dans la transparence et dans l'uniformité nécessaires à la pratique de la médecine à tous les échelons au Canada.

Le respect de ces normes nous garantira que tous les Canadiens ont accès à des soins médicaux de la plus haute qualité qui soit, quel que soit leur lieu de résidence.

Je me proposais également de vous parler de la question des diplômés internationaux en médecine. Je commencerai par déboulonner deux ou trois mythes répandus. Le premier, c'est que le Canada est fermé aux étudiants étrangers et le deuxième, c'est que le milieu médical canadien fait obstacle à l'intégration de ces personnes.

En fait, mesdames et messieurs, les diplômés en médecine internationaux représentent au moins un quart des praticiens dans diverses régions du pays. Chaque année, au moins 400 diplômés internationaux obtiennent leur agrément pour exercer au Canada.

Notre association et d'autres organisations, comme les organismes de réglementation professionnels — les facultés de médecine et d'autres groupes — sommes tous favorables à une amélioration des conditions d'intégration des diplômés internationaux au sein du corps des médecins canadiens.

Nous avons toujours misé sur la formidable contribution des médecins formés à l'étranger, et nous continuerons de le faire, et le milieu médical a toujours réclamé davantage de ressources pour favoriser l'intégration de ces diplômés à notre milieu, et cela devrait se poursuivre.

En réalité, le problème tient au fait que nous ne formons pas suffisamment de médecins en fonction de nos besoins et que notre capacité sur ce plan est insuffisante non seulement au premier cycle, mais aussi au niveau postdoctoral. Par ailleurs, nous ne mobilisons pas suffisamment de ressources pour répondre à la demande de formation des diplômés d'universités canadiennes et la situation est encore pire en ce qui concerne les diplômés étrangers.

La solution à tout ce dilemme, quant à nous, consiste à adopter une stratégie à court, à moyen et à long termes pour intégrer davantage de diplômés de médecine étrangers dans les effectifs médicaux du Canada.

À court terme, le gouvernement fédéral devrait financer l'élimination de l'arriéré de médecins étrangers en attente d'agrément dont le nombre pourrait atteindre 1 100.

À moyen terme, tous les gouvernements doivent collaborer avec les intervenants clés afin de créer suffisamment de possibilités d'éducation professionnelle et de formation en santé.

Pour ce qui est du long terme, nous estimons que le Canada doit s'engager stratégiquement à accroître son autosuffisance dans l'éducation et la formation des professionnels de la santé.

On a récemment financé un projet pilote en Ontario afin de permettre aux diplômés de médecine étrangers de se qualifier et de travailler en qualité d'adjoints des médecins dans des milieux de pratique supervisés. Nous estimons que le gouvernement fédéral devrait appuyer ce genre d'initiative.

Le dernier volet de toute cette question est celui des titres de compétence des diplômés étrangers. L'AMC est favorable à la création d'une agence canadienne d'évaluation et de reconnaissance des titres de compétence étrangers. À condition qu'on lui confie le mandat qu'il convient, cette agence pourrait jouer un rôle important et nécessaire. Nous proposons que ce mandat consiste à promouvoir et à faciliter l'adoption et la connaissance des normes nationales de certification et d'agrément.

● (1125)

L'agence pourrait également élaborer des procédures destinées à évaluer les titres de compétence des professionnels formés à l'étranger. Un tel programme pourrait consister à : faciliter les échanges internationaux avec des organismes de réglementation; à établir un cadre d'évaluation permettant de déterminer dans quelle mesure les processus d'évaluation des titres étrangers sont justes, accessibles, cohérents, transparents et rigoureux; enfin, à créer des documents guides destinés à aider à la promotion du partage international d'informations sur les perspectives de carrière que le Canada offre à diverses professions, avant l'étape de l'immigration.

Pour résumer, je dirai que nous avons trois messages à vous communiquer: d'abord, l'importance des normes nationales; deuxièmement, le fait qu'il nous faut adopter une stratégie plus globale dans le cas des diplômés internationaux en médecine, stratégie qui viserait à donner davantage de possibilités à tous les Canadiens d'accéder à l'enseignement de la médecine, au premier cycle et dans les spécialités; enfin, le fait que l'État fédéral peut jouer un rôle important en ce qui concerne les diplômés étrangers en médecine en faisant mieux connaître nos normes et en favorisant le partage des pratiques exemplaires.

Monsieur le président, je me réjouis de l'occasion qui m'a été donnée de vous faire cette présentation au côté de mes homologues professionnels. Je suis prêt à répondre à vos questions.

● (1130)

Le président: Merci, docteur, nous en prenons note.

Nous allons à présent passer à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada représentée par Mme Little.

Mme Lisa Little (infirmière-conseil principale, Planification des ressources humaines de la santé., Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci.

Bonjour, monsieur le président et membres du Comité. Je m'appelle Lise Little et je représente aujourd'hui l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Nous remercions le comité d'accueillir ce panel de groupes nationaux qui représentent les professions et les employeurs du secteur de la santé. Notre présence collective ce matin vise à mettre en évidence des enjeux portant sur l'employabilité des effectifs de la santé. L'AIC parlera de la mobilité des travailleurs. Notre point de vue sur la mobilité comporte trois dimensions: entre les milieux urbains et ruraux; entre les provinces et les territoires; et au-delà des frontières internationales.

Permettez-moi tout d'abord de vous présenter des données démographiques sur les effectifs infirmiers autorisés en ce qui a trait à trois types de mobilité. Le Canada compte plus de 250 000 infirmières et infirmiers. Quarante pour cent d'entre eux pourront prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années et 18 p. 100 des infirmières et infirmiers travaillent dans des milieux non urbains où vivent 22 p. 100 de la population canadienne.

La Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador perdent 30 p. 100 de leurs nouveaux diplômés qui partent travailler dans d'autres provinces. Jusqu'à deux membres de la profession infirmière sur 10 quittent le Canada dans les trois ans suivant la fin de leurs études — la plupart partent aux États-Unis pour y occuper un poste infirmier à temps plein. Selon Industrie Canada, au cours des années 90, un total brut de 27 000 infirmières et infirmiers ont quitté le Canada en permanence pour les États-Unis.

Avec ces statistiques comme toile de fond, permettez-moi d'aborder maintenant les enjeux reliés à la mobilité entre les milieux urbains et ruraux. L'isolement professionnel constitue une des caractéristiques du travail en région rurale et éloignée — les possibilités d'établir des contacts avec des pairs et des experts, d'obtenir des conseils sur des données probantes ou des recherches pour éclairer la pratique sont limitées. De plus, l'accès à l'éducation permanente pose des défis aux professionnels qui oeuvrent en milieu non urbain. Ces défis comprennent la distance, les coûts et le manque de remplaçants.

Les recherches effectuées par l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont dégagé des stratégies efficaces de promotion du recrutement de travailleurs dans les régions rurales et éloignées du Canada. Ces stratégies comprennent les investissements dans les technologies de l'information et de la communication afin d'appuyer le travail en milieu rural. Cet aspect est particulièrement important à la lumière du récent rapport de l'ICIS qui souligne les disparités entre les régions rurales et les régions urbaines quant à la morbidité et à la mortalité des Canadiens.

Permettez-moi d'aborder maintenant la question de la mobilité interprovinciale. Les effectifs infirmiers sont mobiles. Comme je le disais tout à l'heure, trois provinces perdent 30 p. 100 de leurs diplômés au profit d'autres provinces. Il convient de signaler que cette migration de travailleurs est caractéristique d'autres professions de la santé: Terre-Neuve, le Québec et la Saskatchewan perdent des médecins, tandis que l'Ontario, l'Alberta, le Manitoba et la Colombie-Britannique gagnent des médecins provenant d'autres

provinces. C'est ce qu'indique le graphique 1 qui accompagne mes notes d'intervention.

Le problème réside bien entendu dans le fait que chaque province effectue sa propre planification dans les domaines de l'éducation et de l'emploi. Chacune projette de son côté les besoins futurs demain dans le domaine de la santé. La valeur des efforts non coordonnés dans le domaine de l'employabilité est à la baisse. Le Canada doit conjuguer ses efforts pour reconnaître la mobilité croissante des professionnels de la santé et d'autres travailleurs. Nous nous sommes réjouis d'entendre les gouvernements annoncer récemment qu'ils considèrent la mobilité interprofessionnelle comme une priorité stratégique. Cette priorité a des répercussions sur les organismes professionnels et nous engageons le Comité à recommander que le gouvernement fasse appel à des intervenants compétents pour faire en sorte que cela se produise rapidement.

Il y a enfin la question de la mobilité internationale. L'Organisation de coopération et de développement économiques prévoit que, parmi tous les pays de l'OCDE, ce sont le Canada et les États-Unis qui connaîtront la pire pénurie d'infirmières et d'infirmiers d'ici 10 ans. Sur le plan de l'employabilité, les infirmières et infirmiers formés au Canada constituent une denrée attrayante pour les recruteurs des États-Unis et d'ailleurs. Les États-Unis prévoient qu'il leur manquera un million de membres de la profession infirmière d'ici 2012, ce qui représente une menace énorme pour les effectifs infirmiers et le système de santé au Canada.

Six pour cent des effectifs infirmiers actuellement autorisés ont été formés à l'étranger. L'AIC prévoit que cette proportion n'augmentera pas avec le temps à cause de la pénurie mondiale et de l'appétit des États-Unis pour les infirmières formées à l'étranger. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les employeurs en particulier, se font également concurrence sur ce marché. Le Canada a besoin d'une stratégie coordonnée de rétention afin de garder le plus grand nombre possible d'infirmières et d'infirmiers face à la pénurie d'infirmières dans le monde et aux États-Unis. Il doit aussi chercher à rapatrier des infirmières canadiennes des pays où elles ont émigré au cours des années 90.

• (1135)

En résumé, l'AIC appuie l'appel en faveur d'une stratégie pancanadienne de planification des ressources humaines du secteur de la santé qui tient compte de la mobilité des infirmières et des infirmiers et des technologies nécessaires pour recruter et garder des membres de la profession infirmière dans toutes les régions du pays.

Merci. Je me ferai un plaisir de répondre aux questions qui me concerneront.

Le président: Merci, madame Little. Nous prenons note de votre proposition.

Nous allons passer à notre dernière présentatrice, Mme Sholtzberg-Gray de l'Association canadienne des soins de santé.

[Français]

Mme Sharon Sholtzberg-Gray (présidente et directrice générale, Association canadienne des soins de santé): Au nom de l'Association canadienne des soins de santé, j'aimerais vous dire que je suis très heureuse d'être parmi vous aujourd'hui.

[Traduction]

Je tiens tout d'abord à vous préciser que l'Association canadienne des soins de santé est une fédération d'organismes hospitaliers et de santé, provinciaux et territoriaux, à l'échelle du Canada. Grâce à nos membres, nous représentons un large éventail de services portant notamment sur les soins actifs, les soins à domicile et les soins communautaires, les soins à long terme, la santé publique, la santé mentale, les soins palliatifs et ainsi de suite. Nos membres sont des régies régionales de la santé, des centres hospitaliers et d'autres établissements et organismes qui servent les Canadiens et qui sont régis par des administrateurs agissant dans l'intérêt du public. En tout, notre réseau comprend plus de 900 hôpitaux et plus de 4 500 établissements de santé.

Dans la foulée des déclarations de mes homologues des différentes professions — et bien sûr de ceux représentant le Groupe d'intervention action santé auquel nous appartenons — je me propose d'apporter le point de vue de l'employeur au sujet des ressources humaines en santé, puisque les membres que je représente sont les employeurs d'un grand nombre de ceux et de celles qui travaillent dans le réseau de la santé.

Notre conseil s'est fixé pour objectif général de parvenir à une main-d'oeuvre stable dans le domaine de la santé, assortie d'un nombre, d'une composition et d'une répartition convenables des prestataires de soins de santé afin de garantir à tous les Canadiens un accès raisonnable à des soins de haute qualité.

Nous sommes tous conscients de l'importance qu'il y a de régler les problèmes d'employabilité dans le réseau de santé. Nous savons tous que la santé est le dossier le plus important aux yeux des Canadiennes et des Canadiens. Il demeure que nous ne sommes pas forcément conscients du fait que le réseau de santé au Canada est un employeur de premier plan, puisqu'il emploie 1,1 million de personnes. Un Canadien sur 10 travaille dans le réseau de la santé. Il s'agit d'une main-d'oeuvre très instruite et très qualifiée qui, non seulement contribue à la santé des Canadiens, mais qui alimente aussi les caisses de l'État.

Nous ne sommes pas toujours conscients que les coûts et la contribution de la main-d'oeuvre sont une dimension importante du réseau de la santé. Cela étant, s'il nous faut considérer cet aspect sous l'angle des coûts, nous devons également y songer en tant qu'investissement, même si, j'en ai peur, les employeurs, tout comme les gouvernements, s'intéressent aux résultats nets. Ce qu'il faut dire, en fait, c'est que sans les ressources humaines de la santé, sans ce genre d'investissements et sans ces coûts, nous n'aurions pas le réseau de la santé que nous apprécions tant.

Nous sommes tous au courant des pénuries de personnel dans le secteur de la santé à l'échelle mondiale; mes homologues vous en ont parlé tout à l'heure. Nous savons tous, évidemment, que si nous ne réglons pas ce problème des pénuries de personnel, nous ne parviendrons pas à répondre aux besoins de la santé ni à maintenir un réseau de la santé financé par l'État et sans lequel le Canada perdrait une importante partie de son avantage compétitif. Cela étant, le gouvernement fédéral doit prendre les rennes en main en ce qui concerne les ressources humaines en santé, ce dont je me propose de vous parler un peu.

Tout d'abord, mes homologues vous ont dit que nous devons adopter un mécanisme de planification pancanadien qui rassemblerait autour d'une même table les principaux intervenants, les joueurs clés, y compris les gouvernements, afin que nous puissions tous prévoir les besoins futurs et envisager les changements qu'il conviendra d'apporter au réseau de la santé. C'est quelque chose

d'absolument essentiel. Cet organisme devra faire le lien entre les politiques concernant la santé, la main-d'oeuvre, l'immigration et l'éducation, sans quoi nous ne parviendrons pas à répondre aux besoins du réseau de la santé dans l'avenir. Peu importe que nous parlions de mécanisme, d'organe ou de stratégie, nous nous devons d'adopter une telle approche.

Je vais vous parler de quelques autres aspects qui sont particulièrement important du point de vue des employeurs. Il y a, tout d'abord, toute la question de l'accès à la pratique. Il est question ici d'améliorer l'offre de fournisseurs de la santé. Cette question comporte plusieurs facettes dont celle de la reconnaissance des titres de compétence en vue de l'agrément. Nous nous réjouissons de l'existence d'une table FPT où les participants discutent des exigences minimales d'accès à la pratique pour un certain nombre de groupes de fournisseurs et de groupes de professionnels.

Nous nous réjouissons également du fait que l'on consultera les employeurs — du moins c'est ce que nous espérons — au sujet des changements éventuels qui seront apportés à la reconnaissance des titres pour l'accès à la pratique. Nous sommes bien conscients du fait que, si nous devons faire quoi que ce soit pour régler le problème de la pénurie des travailleurs dans le secteur de la santé — et je ne veux pas dire qu'il ne faut rien faire... si nous faisons quoi que ce soit pour resserrer les critères de reconnaissance des titres étrangers en vue de l'agrément, étant donné la pénurie de travailleurs dans le secteur de la santé, nous aurons besoin d'une certaine période pour prendre ce genre de changement en compte et pour nous restructurer. Quoi qu'il en soit, nous insistons sur la nécessité de faire participer les employeurs à ces décisions, parce que ce sont eux qui engagent les fournisseurs de soins.

L'autre question est celle de la capacité du système d'enseignement. Pour vous dire bien franchement, nous estimons que le gouvernement fédéral devrait contribuer à cet aspect, tout comme les provinces. Il faut augmenter le nombre des inscriptions dans les professions de la santé et les disciplines de la santé. Nous devons également augmenter le financement pour nous augmenter le nombre d'infrastructures afin d'accueillir un plus grand nombre d'étudiants. C'est là un aspect qu'il ne faut pas perdre de vue.

Et puis, nous devons débloquer les fonds nécessaires pour offrir aux ressources humaines en santé des occasions de placement et de stages cliniques. Personne ne peut dispenser de soins de santé aux Canadiens sans avoir eu la possibilité d'être formé en milieu clinique, notamment grâce à des stages en résidence. Le gouvernement fédéral pourrait contribuer au financement de ces débouchés de formation dans le réseau de la santé partout au Canada.

● (1140)

Mes homologues vous ont déjà parlé des prestataires de soins formés à l'étranger. L'Association canadienne des soins de santé estime que le Canada devra parvenir à l'autosuffisance, ce qui ne revient pas à dire que nous ne devons pas chercher à intégrer du mieux possible les détenteurs de diplômes étrangers désireux de travailler dans le réseau de la santé canadien.

On vous a parlé du problème de manque de données et nous avons apprécié que l'on mentionne le travail particulier de l'Institut canadien d'information sur la santé à cet égard. Il reste cependant des choses à faire. Si nous voulons disposer du mécanisme pancanadien dont nous parlons, il nous faudra disposer de plus en plus de données afin de pouvoir répondre aux besoins de la population en matière de santé dans l'avenir. Il faudra donc absolument adopter cette approche pancanadienne.

Nous estimons, pour notre part, que si nous améliorons la situation du côté de la reconnaissance des titres étrangers en vue de l'agrément ainsi que des possibilités de stages cliniques et de placements pour la formation, et si nous améliorons le secteur de l'éducation en veillant à collaborer à la réalisation de nos objectifs communs, nous pourrions faire des progrès afin de répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé.

On a dit qu'il fallait plus d'argent pour financer le réseau de la santé, mais aujourd'hui nous avons entendu que l'argent ne suffit pas, que c'est aussi un problème de ressources humaines. D'un autre côté, c'est bien beau de dire que ce n'est pas simplement une question d'argent, mais il nous faut disposer des ressources nécessaires pour réaliser les objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus.

Le président: Merci beaucoup.

Si mes collègues peuvent être aussi brefs dans leurs questions que les témoins l'ont été dans leurs exposés, nous accélérerons les délibérations.

Nous allons débiter cette première série de questions de sept minutes par M. D'Amours.

[Français]

M. Jean-Claude D'Amours (Madawaska—Restigouche, Lib.): Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, j'aimerais vous remercier, tous et chacun, de vous être déplacés pour discuter avec nous aujourd'hui d'un dossier très important — vous l'avez bien cerné —, celui des professionnels de la santé et de leur employabilité.

Ma circonscription est située au Nouveau-Brunswick rural. J'ai pu entendre qu'il y a un problème constant de départs et d'arrivées et qu'il est très difficile de garder nos professionnels au Canada. C'est un cercle vicieux: si nous perdons nos professionnels parce qu'ils vont aux États-Unis, il nous faut trouver d'autres professionnels provenant de l'étranger pour combler les postes que les nôtres ont délaissés.

J'aimerais poser plusieurs questions, mais je vais les poser une à la fois et je verrai combien de temps il me restera. Évidemment, je ne m'attends pas à ce que vous nous proposiez des solutions miracles aujourd'hui, mais croyez-vous qu'il y a des façons plus adéquates de faire qui permettraient de s'assurer que les professionnels de la santé que vous représentez soient davantage intéressés à venir s'établir dans les régions rurales du pays afin d'offrir leurs services dans ces régions? Comme on le sait, il est souvent très difficile de trouver des pharmaciens ainsi que des médecins de famille. Il est encore plus difficile de trouver des spécialistes. C'est la même chose en ce qui a trait aux infirmiers et aux infirmières.

Ma question s'adresse à tous. Avez-vous des suggestions ou des solutions à proposer afin d'améliorer la situation?

[Traduction]

Mme Lisa Little: Merci.

J'ai parlé du travail qui a été effectué par l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada sur le cadre d'intervention en milieu rural. On y propose des stratégies pour attirer et retenir les gens dans les régions rurales du Canada. Il est ici essentiellement question d'examiner les facteurs liés à la profession ainsi que les facteurs personnels.

Sur le plan professionnel, il faut pouvoir accéder à d'autres professionnels de la santé et établir des réseaux avec des collègues, notamment grâce à l'accès à Internet haute vitesse, et à l'accès aux résultats des recherches de pointe grâce à la technologie, et cela en

contrepartie du genre d'accès physique caractéristique des centres universitaires.

Pour ce qui est des facteurs personnels, il est question du logement des professionnels, de l'appui à apporter à leur famille et à leur conjoint ou conjointe, notamment pour ce qui est de l'emploi. Cela fait beaucoup. Il n'y a pas un seul élément qui compte. L'argent seul ne permet pas d'attirer les professionnels dans les régions rurales et il faut jouer sur un ensemble de choses.

• (1145)

Le président: Docteur.

Dr Colin McMillan : Je vous remercie pour votre question.

Nous nous sommes sérieusement penchés sur cette question. Nous avons déjà entamé un certain nombre de choses au sein de la profession pour nous attaquer aux problèmes que vous soulevez et il y en a d'autres que nous sommes en train de tenter.

Je dirai brièvement deux choses à cet égard. Tout d'abord, nous sommes confrontés au double problème du recrutement et du maintien en poste. Certaines choses semblent prouver que, si l'on forme sur place des professionnels de la santé — surtout des médecins — originaires de régions rurales et éloignées, on parvient à améliorer le recrutement et le taux de maintien en poste.

Une école de médecine vient d'ouvrir dans le nord de l'Ontario précisément pour cela. Des programmes d'enseignement hors campus permettent de former les étudiants dans ces collectivités rurales et éloignées grâce à des liaisons avec l'école de médecine.

L'Université de Sherbrooke est en train de former des médecins en région rurale au Nouveau-Brunswick. L'Université Dalhousie est en train de mettre sur pied un second projet destiné à faire la même chose dans votre province d'origine.

Au début de votre question, vous avez aussi parlé des médecins qui vont travailler ailleurs, surtout aux États-Unis. Toutefois, d'après des données récentes, pour la première fois l'année dernière, nous avons constaté que nous avons accueilli davantage de médecins en provenance des États-Unis que nous n'en avons perdu au profit de ce pays.

Comme nous pensons connaître certaines des raisons expliquant ce phénomène, nous avons pris langue avec l'American Medical Association afin de recueillir des données sur le nombre de Canadiens qui exercent aux États-Unis, sur leur lieu d'exercice et sur le nombre de professionnels qui seraient désireux de revenir au Canada.

Nous sommes en train d'étudier une proposition d'encouragement financier unique visant à favoriser le retour de ces gens-là.

M. Stowe Brian: À cet égard, vous avez parlé des pharmaciens. Comme je le disais, l'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés tient au fait que 30 p. 100 de nos effectifs sont composés de diplômés internationaux. Nous avons de la difficulté à attirer ces pharmaciens dans des régions rurales notamment à cause de leur bagage culturel, puisque beaucoup aboutissent dans les villes pour se retrouver au sein de leur communauté d'appartenance.

À l'époque où j'étudiais en pharmacie, il existait un modèle de répartition géographique. Si l'on venait d'une petite ville, comme moi, on était avantagé dans le programme de pharmacie. Malheureusement, je pense que cette disposition a été abandonnée il y a quelques années.

[Français]

M. Jean-Claude D'Amours: Merci, vos réponses étaient très intéressantes.

Madame Little, tout à l'heure, vous avez parlé de l'intégration des familles dans les milieux ruraux.

Des recommandations ont-elles déjà été faites par l'ensemble de vos professionnels pour indiquer aux régions rurales ce qu'ils souhaitent y trouver sur le plan de la qualité et de la vie familiale? Ce processus a-t-il déjà été entamé? Si oui, serait-il possible de recevoir de la documentation écrite démontrant quels sont les besoins actuels des professionnels et à quoi ils s'attendent?

[Traduction]

Mme Lisa Little: Je vous invite à consulter notre document. Nous serions heureux de vous faire parvenir un exemplaire de notre document intitulé « Cadre de moralité » que nous avons élaboré en collaboration avec l'Association médicale canadienne. Il s'agit d'une étude datant de quelques années qui porte sur le recrutement et le maintien en poste des professionnels dans les régions rurales et éloignées. Nous serions heureux de vous en fournir un exemplaire, outre qu'il est possible d'y accéder sur notre site Web.

Le président: C'est fini.

Merci beaucoup.

Nous allons passer à M. Lessard pour sept minutes.

[Français]

M. Yves Lessard (Chambly—Borduas, BQ): Merci, monsieur le président.

C'est à mon tour de vous souhaiter la bienvenue. Avoir l'occasion de vous rencontrer tous ensemble est assez particulier. L'éventail complet, sinon presque complet, du réseau de la santé est représenté aujourd'hui.

Dans la mesure du possible, j'ai pris connaissance de vos documents. Je pense que le Groupe d'intervention action santé a été le seul à nous en avoir fait parvenir. J'ai eu l'occasion de lire les autres en diagonale. D'abord, en ce qui concerne le traitement et l'analyse des besoins, je remarque qu'on touche peu à la question de la prévention. Je fais peut-être erreur, mais c'est ce qui a attiré mon attention.

Ensuite, vous placez au premier rang, à juste titre, le problème de la quantité des effectifs. Cependant, il ne me semble pas y avoir d'analyse sur ce qui a engendré ce problème. Connaître certaines de ces causes pourrait nous aider à mieux nous orienter à l'avenir.

Par ailleurs, la participation financière du gouvernement canadien, en termes de soutien aux provinces sur le plan de la santé, a diminué de presque 10 p. 100 au cours des 15 dernières années. Vous reconnaîtrez que la santé et les services sociaux relèvent des provinces. Cela m'amène à ma deuxième question.

Avez-vous considéré cet aspect avec les provinces, soit avec vos associations ou avec les corporations provinciales? Je présume que vous l'avez fait. J'aimerais savoir ce qu'il en ressort.

Enfin, vous semblez fort préoccupés par l'idée qu'il y ait une supervision, une vue d'ensemble canadienne en matière de gestion de la santé et des services sociaux. Je vous rappelle que c'est une responsabilité provinciale. Néanmoins, si on prend comme postulat de base la possibilité que certains éléments soient traités par le fédéral, est-ce que cela constitue une garantie de réussite? On peut penser, par exemple, à l'échec monumental qu'a constitué la gestion des réserves autochtones par le gouvernement canadien. Pourtant, c'est une compétence fédérale.

Je reviens à mon premier point, soit la prévention. Sur 720 communautés autochtones, plus de 280 n'ont pas d'eau potable.

Vous dites qu'il faudrait créer une agence canadienne, mais est-ce que vous tenez compte, en termes de distribution des ressources, d'analyse et de perspectives, du fait que ce que le gouvernement canadien avait à gérer s'est avéré un échec en matière de santé?

• (1150)

[Traduction]

Le président: Madame Sholzberg-Gray.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Je vais essayer de répondre à tous les points que vous avez soulevés.

S'agissant de prévention, je crois pouvoir dire que toutes les associations ici présentes sont conscientes de la nécessité de favoriser et de maintenir la santé de la population. Au bout du compte, ce sera là la meilleure façon de réduire le niveau de demandes sur notre système de santé. Certes, cela nécessitera également la participation des travailleurs de la santé, surtout du côté des soins de santé primaires afin de garder les gens en santé et de maintenir le système de santé publique. Et là encore, on retrouve les travailleurs de la santé.

Si vous examinez nos mémoires prébudgétaires que nous avons fait parvenir à vos collègues du comité des finances, vous constateriez que l'Association canadienne des soins de santé et d'autres ont insisté sur la nécessité de maintenir la population en santé, de gérer les maladies chroniques et ainsi de suite. Cela, c'est acquis.

Ici, nous parlons d'un mécanisme de planification destiné à répondre aux besoins qui surgiront dans l'avenir. Ce sera un volet important de l'attention que nous allons devoir accorder au système de santé à court et à long terme. Pour y parvenir, nous aurons encore besoin de travailleurs. Les malades ont besoin d'être pris en compte par le système de santé et c'est pour cela que nous avons besoin de travailleurs. Quand nous parlons d'un mécanisme pancanadien, nous voulons dire que nous devons nous préparer en fonction de ce que devra être le réseau de la santé de demain.

Vous avez soulevé la question des compétences provinciales et de la responsabilité du gouvernement fédéral relativement aux peuples autochtones, ce qui ne fonctionne actuellement pas si l'on en juge d'après l'état de santé de cette population. Nous nous demandons si le niveau de financement accordé par l'État fédéral est suffisant. En général, c'est au comité des finances que l'on traite de ce genre de chose. En vérité, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer sur le plan des ressources humaines en santé.

Il a été question de mobilité tout à l'heure, pas uniquement d'une province à l'autre, mais à l'échelle internationale. Mon association est une fédération regroupant des hôpitaux provinciaux et des associations de soins de santé. Quand ils se réunissent, les membres de notre conseil nous disent que nous avons haussé les enchères en adoptant un programme de rémunération incroyablement généreux et ils nous reprochent d'être sur le point de perdre 30 p. 100 de leurs fournisseurs de services de première ligne qui seraient attirés par nos conditions.

À moins que n'adoptions une approche intégrée et que nous trouvions une façon d'arrêter cette hémorragie, nous formeront dans une province des gens qui iront travailler dans une autre. Cela n'a rien de nouveau et nous devons donc essayer de coordonner nos actions. Cela ne veut pas dire que c'est le gouvernement fédéral qui doit orchestrer tout cela, mais qu'il faut mettre sur pied une table ou adopter un mécanisme grâce auquel tout le monde s'entendra sur une approche pancanadienne à partir des recherches et des données nécessaires.

Soit dit en passant, on a beaucoup étudié la question du maintien en poste d'une main-d'oeuvre spécialisée. Par exemple, dans les milieux de travail sains, on apprécie à sa juste valeur chaque travailleur et le partage de la charge de travail se fait de façon équitable; ces milieux sont absents de violence, la direction y appuie les travailleurs — et je reconnais bien sûr que mes membres ont un rôle à jouer sur ce plan; les gens ont la maîtrise de leur pratique et l'on reconnaît le travail qu'ils font. Autrement dit, l'instauration d'un milieu de travail que l'on pourrait généralement qualifier de sain incombe aux employeurs, mais aussi aux gouvernements qui pourraient peut-être donner le ton à cet égard pour créer des milieux favorables au recrutement et au maintien en poste de travailleurs de la santé dans l'avenir.

Il convient, je crois, d'indiquer que la participation du gouvernement fédéral n'est pas une garantie de réussite, ce qui n'empêche que la contribution de cet ordre de gouvernement et sa présence à la table sont importants. Les provinces ne sont pas les seules concernées. Voilà le genre de message que nous voulons faire passer.

• (1155)

Le président: Merci beaucoup.

C'est tout pour vous, monsieur Lessard.

Nous allons passer à Mme Savoie, pour sept minutes.

Mme Denise Savoie (Victoria, NPD): Merci.

Merci beaucoup pour vos exposés.

Il est choquant de penser que la Colombie-Britannique bénéficie d'un afflux de professionnels de la santé alors que, dans le même temps, dans ma circonscription et en bien d'autres endroits de la Colombie-Britannique, les gens ont beaucoup de difficulté à avoir un médecin traitant. Beaucoup sont donc des patients orphelins, ce qui est un énorme problème.

La difficulté, c'est que nous examinons la situation en isolation de tout le reste pour ne pas dire de façon arbitraire par le biais de cette étude sur l'employabilité. Cela m'amène à vous poser ma première question.

Dans quelle mesure, selon vous, parviendra-t-on à corriger la pénurie de médecins et de personnel infirmier? Ne parlons pas, pour l'instant, de l'effort de formation accru qui serait nécessaire. Parviendrait-on à régler en partie cette pénurie si, par exemple, nous pouvions compter sur un système davantage intégré où une clinique de santé communautaire se chargerait du triage des patients afin que les médecins n'aient pas à tout faire, de la petite coupure à la main à l'évaluation d'un cancer? Et s'il était possible de recourir à différentes cliniques communautaires ayant des compétences particulières pour trier les patients? Dans quelle mesure, selon vous, ces choses-là permettraient-elles de réduire la pénurie?

J'aurai une autre question qui portera plus particulièrement sur la formation.

Le président: Répondez, docteur.

Dr Colin McMillan : Merci pour cette question.

Je pense être généralement d'accord avec vous pour dire que cette formule sera une tendance dans l'avenir — il nous faut bien sûr plus de médecins et d'infirmiers et infirmières — mais j'émettrais deux bémols. Tout d'abord, pour ce qui est des besoins, il doit s'agir de ceux de la population et des patients et pas de simples chiffres de production. Nous devons donc effectuer de solides analyses à l'échelon local, régional, provincial et national pour déterminer les véritables besoins du réseau de soins de santé afin de disposer d'un effectif de prestataires en mesure de répondre aux besoins constatés.

C'est là un énorme défi, un grand problème, mais le cadre national dont nous parlions tout à l'heure devrait y répondre en partie.

Deuxièmement, il y a la question de la collaboration au niveau de la pratique. Dans mon secteur d'exercice, celui de la médecine cardiovasculaire, nous estimons que malgré les pénuries de personnel qui demeureront un certain temps encore, il faut que les professionnels de la santé collaborent entre eux en fonction des besoins des patients et de la population. Cela étant, nous avons établi un certain nombre de principes pour décider notamment de qui va faire quoi, quand et dans quelles conditions. Ce travail est en cours d'élaboration, mais il correspond tout à fait à ce dont vous parlez.

• (1200)

Le président: Ce sera maintenant au tour de Mme Cooper.

Mme Janet Cooper (directrice principale, Affaires professionnelles, Association des pharmaciens du Canada): Merci.

C'est à moi, après notre collègue de l'AMC. C'est la même chose pour les pharmaciens et nous assistons à de profonds changements sur le plan des pratiques en pharmacie au niveau des soins primaires. Les compétences de pharmaciens qui ont obtenu leur diplôme et qui exercent ne sont pas pleinement exploitées, ce qui nous préoccupe au premier chef. Nous devons évidemment tendre vers une plus grande collaboration et de meilleures relations interprofessionnelles à cause des défis que soulèvent les thérapies médicamenteuses actuelles, qu'il s'agisse de questions de coûts, de sécurité ou d'efficacité des médicaments.

Pour y parvenir, nous devons également examiner ce que les pharmaciens font au quotidien. Par exemple, nous avons décidé de nous pencher sur le rôle des techniciens en pharmacie. Cette catégorie de travailleurs n'est pas réglementée, mais ces gens-là pourraient assumer une grande partie des aspects techniques de la pratique en pharmacie auxquels les pharmaciens consacrent actuellement beaucoup trop de temps; ces tâches occupent beaucoup de temps d'un grand nombre de professionnels de même que des techniciens qui nous aident.

Le président: Madame Fralick.

Mme Pamela Fralick: Merci.

J'ajouterai une chose. Je souhaite rappeler aux membres du comité — avec tout le respect que je dois aux autres professions ici présentes — que je représente quelque 26 autres professions qui n'ont pas pu être représentées ici et que je représente aussi le rôle que jouent ces professions dans le système de santé. Nos discussions doivent également porter sur ces professions.

Je veux aussi m'assurer que les membres du comité connaissent l'initiative financée par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, soit l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires. Il s'agit de l'une des cinq initiatives financées à l'échelle nationale par ce Fonds fédéral. Le projet, qui avait pour objet de fixer des principes directeurs et un cadre de référence pour la prestation de soins interdisciplinaires, est arrivé à terme il y a quelques semaines.

Des médecins, des infirmières et infirmiers, des pharmaciens, des psychologues, des diététiciens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et d'autres ont participé à la production d'un document qui va grandement permettre d'améliorer la prestation de soins dans un contexte de collaboration.

Merci.

Le président: Il nous reste une minute et demi.

Mme Denise Savoie: Eh bien, très rapidement, outre le financement de ce genre d'initiative... Je suis surprise de constater que l'on continue de financer une initiative et que cela n'a rien donné à une échelle plus générale. Je me demande si nous ne pourrions pas faire davantage.

Ma deuxième question, très brève, concerne les titres étrangers et les médecins formés hors du Canada. Pour m'être entretenue avec les gens de la Colombie-Britannique, je sais qu'il existe des problèmes du côté des stages en résidence, qu'il n'y a pas assez de postes d'offerts. Je suis la porte-parole des questions d'enseignement supérieur pour le NPD et je me demande dans quelle mesure le gouvernement ne pourrait pas injecter davantage de fonds, surtout au chapitre des transferts à l'éducation, plus particulièrement pour augmenter le nombre de places en résidence.

Dr Colin McMillan : Je répondrai très brièvement, monsieur le président, en disant que cela se trouve au coeur du problème. Même si nous disposions des fonds nécessaires et si nous pouvions compter sur les qualifications voulues, nous aurions un problème de places dans les centres de formation pour accueillir ces diplômés. Vous avez mis dans le mille.

Le président: Merci.

Nous avons quelqu'un qui veut rajouter une petite chose.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Je tiens à dire que ce ne sont pas uniquement les postes en pratique clinique pour les médecins qui font problème. Certes les postes en résidence sont importants, mais nous devons placer tous les fournisseurs de soins de première ligne. Il faut faire cela pour intégrer les travailleurs étrangers mais aussi, signalons-le, pour former les travailleurs actuels et, pour cela, nous avons besoin de fonds.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons passer à M. Brown, qui sera le dernier à poser des questions dans cette série. Vous aurez sept minutes.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci de vous être déplacés.

Je viens d'une collectivité où la pénurie de médecins est très grave et c'est une heureuse coïncidence que nous vous rencontrions cette semaine, soit en même temps que la tournée PAIRO qui permet aux collectivités manquant de professionnels de faire la tournée des écoles de médecine de la province pour soutenir leurs dossiers. Lundi soir, j'étais à Kingston pour essayer de défendre notre hôpital lors de l'événement PAIRO qui se déroulait là-bas.

Prenons l'exemple d'une ville canadienne typique, Barrie, qui compte 135 000 habitants et dont un quart de la population n'a pas de médecin de famille. Nous sommes donc à court d'une trentaine de médecins et c'est pour cela que nous poursuivons un recrutement acharné. Nous avons fait don de 220 000 \$ aux collectivités locales de Barrie et aux municipalités environnantes pour financer ces efforts de recrutement, sous la forme de frais de déplacement et de gadgets que nous remettons lors des conférences.

Ainsi, lundi soir dernier, à l'événement PAIRO en question, je me disais que nous étions en train de nous faire concurrence entre amis. Des municipalités, aux prises avec les mêmes pénuries, se battent les unes contre les autres. Nous dépensons tous de l'argent, nous distribuons des bibelots et nous disons aux gens à quel point nos villes sont fantastiques et à quel point il est merveilleux d'y vivre.

Quel genre de conseils pourriez-vous nous donner quant aux solutions que le gouvernement fédéral devrait proposer dans ces trois domaines qui, à mon avis, sont particulièrement problématiques dans ma ville. J'imagine que c'est la même chose ailleurs.

Vous avez parlé du cas des médecins formés à l'étranger. D'après les statistiques communiquées par l'AMC lors des consultations prébudgétaires de 2005, 600 diplômés étrangers n'avaient pas été intégrés dans le corps médical canadien. Cinq de ces médecins formés à l'étranger se sont adressés à mon bureau de circonscription. Selon eux, les examens d'équivalence sont trop coûteux et ils ne peuvent pas se les offrir, pour d'autres, les chances d'obtenir un poste en résidence sont trop limitées.

Il est beaucoup question du fossé entre les villes et les campagnes, puisqu'il y a beaucoup plus de médecins dans les régions urbaines et beaucoup moins dans les petites villes et les collectivités rurales. Le problème, selon moi, c'est que les étudiants en médecine plantent leurs racines là où ils étudient, ils se font des amis et ils s'installent confortablement dans ces grandes villes. C'est le cas de Kingston où il n'y a apparemment pas de pénurie de médecins. Or cette ville est de la même taille que la mienne, mais à Barrie, il nous manque 30 médecins.

Que fait-on pour favoriser les rotations, le nombre de résidences et les stages de médecine dans les petites villes et les régions rurales pour permettre aux étudiants de prendre contact avec ces régions?

Pour ce qui est de la stabilisation des effectifs, d'après les statistiques que l'AMC nous a communiquées, entre 1991 et 2004, nous avons perdu 3 887 médecins en termes nets. C'est ce que je constate dans ma collectivité, surtout dans le cas d'une profession médicale vieillissante. J'ai vu qu'un grand nombre d'excellents médecins prennent leur retraite. Ainsi, que pourrait-on faire pour en retenir davantage? Je sais que l'on a cherché des solutions dans la façon de dépenser notre argent pour faire sentir à ces médecins qu'ils sont les bienvenus et pour les inciter à venir exercer à Barrie. Mais à l'échelon du fédéral, quelles pourraient être les solutions, selon vous?

Je constate une tendance à cet égard: dès qu'on parle de pénurie de médecins, on transfère le dossier à quelqu'un d'autre. Par exemple, quand j'étais conseiller municipal et que notre hôpital s'adressait au conseil pour demander de l'aide, certains de mes collègues disaient: « Ne vous en faites pas, c'est la responsabilité de la province ou du gouvernement fédéral ». Le gouvernement fédéral, quant à lui, a tendance à dire: « Ne vous en faites pas, c'est un problème local ou provincial ». Ainsi, tout le monde semble se renvoyer la balle tandis qu'il s'agit d'un problème véritablement national.

Selon un sondage effectué dans ma circonscription, la pénurie de médecins faisait partie de l'une des trois grandes préoccupations de la population. Ainsi, quel genre de solution pourrait-on appliquer à l'échelon fédéral afin que nous puissions véritablement changer les choses?

● (1205)

Dr Colin McMillan : Monsieur le président, je dirai à M. Brown que, si j'avais toutes les réponses, je ne serais sans doute pas assise ici, mais il vient de soulever des questions pertinentes auxquelles je vais essayer de répondre et éventuellement d'apporter des solutions.

Pour ce qui est de la situation des diplômés étrangers, c'est un dossier complexe à propos duquel on peut dire que, s'il y a beaucoup d'appelés chez les diplômés étrangers ou les médecins formés à l'étranger, il n'y aura pas forcément beaucoup d'élus, même si leur nombre devrait être supérieur à ce qu'il est actuellement.

Voilà un aspect sur lequel le gouvernement fédéral pourrait se pencher. Moyennant un financement additionnel et éventuellement une augmentation de la capacité du système — élément dont mon voisin vous a parlé tout à l'heure — j'estime que nous pourrions former et agréer à brève échéance plus de 400 diplômés étrangers par an afin de les intégrer au système et de faire en sorte qu'ils viennent nous aider dans nos secteurs.

Pour ce qui est du recrutement des professionnels et de la stabilisation des effectifs en ce qui vous concerne, vous pourriez peut-être réclamer un campus à Barrie, comme l'a notamment fait Prince George, en Colombie-Britannique. Ma fille vient juste de terminer sa médecine à Terre-Neuve et l'une des meilleures formations qu'elle ait reçue — ce qui a été reconnu lors de sa remise de diplôme — lui a été donnée dans les régions rurales et éloignées servies par le campus Memorial. Ces gens-là se rendent maintenant compte — et le phénomène a été récemment documenté à propos de Terre-Neuve — que l'université attire davantage d'aspirants étudiants en médecine en provenance des régions rurales et éloignées de Terre-Neuve, et que ces gens-là vont non seulement rester à Terre-Neuve mais aussi retourner dans ces mêmes régions après leur diplomation.

Moyennant le genre de mesures incitatives dont vous parliez tout à l'heure et un campus installé à Barrie, vous pourriez peut-être attirer davantage de candidats.

Pour ce qui est des pertes nettes de médecins, j'ai dit en réponse à une question précédente que, selon moi, la tendance est en train de s'inverser. Nous ne savons pas pourquoi. Cela tient peut-être à des facteurs économiques et démographiques, mais nous pensons qu'il est véritablement possible que la tendance s'inverse et qu'un certain nombre de médecins actifs, qui travaillent à temps plein aux États-Unis — en fait plus de 1 000 qui ont conservé leur licence canadienne — envisagent de rentrer au pays sous peu.

Ainsi, en plus des diplômés étrangers, il y a aussi les Canadiens qui travaillent aux États-Unis et un autre groupe, dont nous ne connaissons pas le nombre, qui est en cours de formation à l'étranger et qui, selon nous, devraient revenir exercer ici. Un très grand nombre d'étudiants canadiens sont formés dans les Antilles et en Irlande. Nous nous attendons à ce que ces gens-là reviennent, eux aussi, exercer chez nous.

Voilà donc certaines des solutions auxquelles nous nous intéressons de près, mais en ce qui nous concerne, la réponse à court terme pourrait consister à demander à l'une des écoles médicales qui vous desservent, d'ouvrir un campus à Barrie.

• (1210)

M. Dean Allison: Docteur Tholl.

Dr William Tholl (secrétaire général et chef de la direction, Association médicale canadienne): Merci, monsieur le président.

Je vais revenir un peu sur le retour des médecins canadiens qui ont exercé aux États-Unis. Selon nos analyses préliminaires, ils auraient été quelque 10 000 à s'installer aux États-Unis entre 1993 et 2001, et nous pensons que cinq facteurs les incitent à revenir.

D'abord, ils en ont assez de payer des primes d'assurance contre la faute professionnelle qui sont dix fois supérieures à ce que nous payons au Canada, outre qu'elles ne cessent d'augmenter.

Deuxièmement, ils en ont assez de cette médecine contrôlée par un numéro 1-800 où les HMO, c'est-à-dire les organismes de soins de santé intégrés, leur disent ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire.

Troisièmement, ils ne rajeunissent pas et ils ont remboursé leur dette. De nos jours, pour un étudiant en médecine, cette dette est semblable à celle d'une grosse hypothèque ou d'une hypothèque moyenne. Quoi qu'il en soit, ces gens-là ont remboursé leur dette.

Quatrièmement, leurs petits-enfants vieillissent.

Cinquièmement, ils envisagent de prendre leur retraite et ils veulent pouvoir compter sur un régime d'assurance-maladie.

Le président: Merci.

C'est tout le temps que nous avons. Nous allons maintenant passer à notre deuxième série de questions, de cinq minutes celle-là et nous commencerons par Mme Brown.

Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Deux de nos panélistes ont parlé de la nécessité d'adopter un organe de consultation ou un mécanisme de planification pancanadien qui serait chargé de recueillir des données et de planifier en fonction des besoins plutôt que de l'argent nécessaire. J'envisage bien la chose, mais je me demande si l'un de nos témoins a réfléchi à la façon dont cela pourrait se faire.

Les témoins s'attendent-ils à ce que le gouvernement fédéral crée un nouvel organisme, doté de nouvelles installations pour qu'un conseil puisse s'y réunir et bénéficiant du soutien d'un secrétariat? Dans l'affirmative, ont-ils envisagé ce que cela pourrait coûter au gouvernement fédéral?

Deuxièmement, s'il n'est pas question d'une structure entièrement nouvelle, envisage-t-on alors de se rattacher à un organisme existant, comme l'ICIS qui, de toute façon, fournit déjà la plupart des données, ou songe-t-on à une autre institution fédérale?

Dr William Tholl: Monsieur le président nous souhaitons la création d'une table sectorielle en santé, un peu comme cela existe dans d'autres secteurs d'activité comme le génie, la foresterie et l'exploitation minière. Nous avons généralement reçu une fin de non recevoir quand nous avons réclamé cela, essentiellement à cause la question des responsabilités fédérales-provinciales-territoriales.

Sinon, d'après ce dont il a été question ici, le Groupe d'intervention action santé est déjà en train de devenir une table ronde. La formule existe déjà. Cette table ronde représente 30 organisations, 30 professions.

Nous n'envisageons pas de créer un nouvel institut, un nouvel organisme ou un nouveau bureau. Selon l'objet recherché en premier lieu, on pourrait confier cette responsabilité aux instituts canadiens de recherche en santé, si c'est la planification sur les besoins qui nous intéresse, à l'Institut canadien d'information sur la santé, si l'on veut surtout faire de la collecte et de la diffusion de données, ou au Conseil de santé du Canada. Le problème, c'est que deux provinces ne participent pas: l'Alberta et le Québec.

Nous aimerions une structure minimaliste.

Le président: Nous allons passer à Mme Cooper.

Mme Janet Cooper: Merci.

En fait, nous n'avons pas chiffré ce qu'il en coûterait. Nous avons envisagé d'adopter quelque chose qui ressemblerait à l'Institut canadien de sécurité des patients que le gouvernement fédéral a récemment mis sur pied pour examiner tous les problèmes de sécurité qui se posent dans le domaine des soins de santé.

Il faut adopter un mécanisme quelconque. Les gouvernements FPT ont beaucoup fait ces dernières années avec Santé Canada qui a une division chargée d'élaborer des stratégies en matière de ressources humaines en santé. Et puis, il y a le comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines qui se penche sur un grand nombre des questions qui nous intéressent également.

Le problème pour l'instant, c'est qu'il s'agit d'un comité du gouvernement et que les professionnels des soins de santé — membres de notre organisation ou d'autres intervenants liés ou non à notre organisation — ne font pas partie de ce système d'éducation. Cela étant il n'y a pas de liaison entre les différents acteurs. Nous aimerions que l'on crée un mécanisme quelconque — par exemple un centre ou un institut — où l'on rassemblerait les différents intervenants afin d'envisager cette question selon différents points de vue.

Le président: Merci.

Pourrait-on entendre Mme Fralick, puis Mme Sholzberg-Gray?

Mme Pamela Fralick: Merci.

Je suis tout à fait d'accord avec les remarques de mes homologues.

Je vais ajouter une chose qui pourrait vous intéresser. Il y a deux ou trois ans, alors que nous discutons de la création du Conseil canadien de la santé, HEAL avait espéré devenir cet organisme, mais comme nous sommes davantage une structure de type FPT, le Groupe d'intervention ne possédait pas toutes les qualités que nous attendions d'un centre, d'une tribune ou d'une institution centrale.

HEAL n'est pas allé jusqu'à calculer ce que coûterait la formule souhaitée. En revanche, nous nous réjouissons d'avoir cette discussion avec un représentant du gouvernement fédéral et je suis du même avis que M. Tholl, qui estime que cela ne devrait pas être aussi ardu qu'on veut bien le croire.

Nous avons néanmoins produit une liste aide-mémoire de principes directeurs à appliquer pour un tel organisme. Celle-ci est accessible sur notre site Web. Je serai heureuse de la faire parvenir à la greffière qui pourrait la distribuer aux membres du comité, parce que cette liste pourrait vous aider dans votre réflexion.

• (1215)

Le président: Madame Sholzberg-Gray.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: J'ajouterai à cela que, comme vous le savez, un certain nombre d'études sectorielles concernant différentes disciplines et professions de la santé ont été effectuées en ce qui concerne la main-d'oeuvre. Il y en a une pour les infirmières, une pour les médecins, une pour les pharmaciens et une autre pour les soins à domicile. L'Association canadienne des soins de santé a participé à ces études, siégeant parfois au comité directeur, parfois au comité de gestion. Il nous est arrivé de craindre que celles-ci se fassent en isolation les unes des autres mais, si nous voulions effectivement tous planifier en fonction de l'avenir, nous partions d'hypothèses différentes d'un secteur à l'autre et il fallait en fait tendre davantage vers l'intégration. C'est d'ailleurs pour cela que nous nous sommes régulièrement réunis tout au long du processus; c'est parce que nous voulions chercher des moyens d'éviter de travailler en cloisonnement.

Ce que nous recherchons, c'est un mécanisme qui nous permette de regrouper les différents modes de collecte d'information, les processus de recherche, les processus de planification et le reste, non pas pour essayer de déborder sur les champs de compétence des autres, mais plutôt parce que nous partirions du principe que les gens sont mobiles et qu'ils peuvent passer d'une province à l'autre, d'une

région à l'autre. Nous allons devoir nous attaquer à ces questions-là, tout autant qu'à celles des besoins et nous devons le faire à l'échelle du Canada.

Je pense qu'un certain nombre d'entre nous travaillent déjà sur les prochaines étapes et se demandent si nous pourrions obtenir les fonds nécessaires. Nous sommes en train de rassembler les informations dont nous disposons les uns et les autres pour produire un document conceptuel présentant différents modèles possibles pour ce mécanisme national ou pancanadien, même si les divers principes associés à ce modèle ont été formulés par beaucoup d'entre nous au fil des ans. Tous ces principes découlent en fait des études sectorielles sur la main-d'oeuvre qui ont été réalisées par les uns et les autres.

Le président: Merci.

Merci, madame Brown.

Nous allons passer maintenant à M. Lessard, pour cinq minutes.

[Français]

M. Yves Lessard: Merci, monsieur le président.

On s'entend pour dire qu'il y a un coup de barre important à donner en ce qui concerne l'ensemble de la main-d'oeuvre. M. McMillan a dit plus tôt que le problème était double: on doit faire du recrutement et maintenir la main-d'oeuvre.

Vous êtes très méritoires. J'ai travaillé dans le réseau de la santé pendant 30 ans. Je l'ai vu se bâtir et se défaire aussi. C'est pourquoi je veux m'assurer de bien comprendre le message que vous nous transmettez aujourd'hui et de voir s'il est réalisable. La seule convergence que je vois dans vos présentations est celle de dire qu'il faut créer une instance chargée de superviser et de coordonner nos actions. Mme Fralick a indiqué plus tôt que tout le monde croyait que le Conseil de la santé allait le faire. Ce n'est pas le cas.

Ne doit-on pas constater que cela doit être fait ailleurs?

Je reviens aux champs de compétence. La solution au problème auquel vous travaillez si fort me semble être de nature politique. Mme Sholzberg-Gray représente 4 500 institutions et 1 100 000 travailleurs, mais ces gens sont sous la compétence provinciale — par exemple, celle du Québec —, sous l'autorité de la direction du personnel des provinces, etc. Pourtant, à Ottawa, 10 000 fonctionnaires s'occupent de la santé et ne gèrent aucun hôpital.

Le problème ne serait-il pas d'ordre politique? Je ne voudrais pas vous faire croire qu'on a bien compris. Nous sommes d'accord avec l'objectif visé, qui est de corriger la situation et de donner un coup de main. Cependant, je voudrais qu'on trouve le bon filon, parce que nous aurons à en débattre entre nous après. C'est pour cette raison que je vous ai demandé si vous aviez travaillé en ce sens avec les corporations et les associations provinciales et québécoises.

[Traduction]

Le président: Madame Fralick, puis madame Little.

Mme Pamela Fralick: Tout d'abord, je tiens à préciser ce que j'ai dit tout à l'heure au sujet du Conseil canadien de la santé et du travail de HEAL avant la création de ce conseil. À l'époque, nous faisons des démarches pour obtenir exactement le même genre de mécanisme dont nous parlons aujourd'hui. Nous affirmons en fait que le Conseil canadien de la santé n'a pas répondu à nos besoins à cet égard. Cela n'enlève rien au très bon travail effectué par le conseil, mais nous envisageons un autre type d'organisme.

Et puis, il y a la situation sur le plan politique dont tout le monde meurt d'envie de parler. Tout ce que je dirai à ce sujet, c'est que le Conseil canadien de la santé est le genre d'organisme politique dont vous vouliez peut-être parler et qui, selon nous, n'était pas entièrement représentatif et n'était pas capable de faire ce que nous aurions attendu de lui. Nous estimons qu'il faut mettre sur pied un organisme qui échappe à la mainmise politique sans pour autant être déconnecté de la politique. Il nous faut un organisme qui représente tous les courants contribuant à la compréhension du problème et à la découverte d'une solution, un organisme qui, pour dire les choses bien franchement, transcenderait la politique.

Quand j'ai parlé tout à l'heure de l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire, j'ai oublié de mentionner l'intervention politique, parce que cette initiative était financé par Santé Canada, par le gouvernement fédéral. Quoi qu'il en soit, ce sont les associations de prestataires de la santé qui ont fait le travail et qui sont parvenues à passer outre les obstacles de nature politique. Il a été absolument remarquable de constater le genre de progrès réalisés au cours des deux années et demi qu'a duré le projet, ne serait-ce que dans la façon dont les professions de la santé ont appris à se découvrir. L'organisme que nous avons en tête devra être à l'abri de toute influence politique directe comme celle qui existe peut-être aujourd'hui.

Je m'arrêterai là parce que, comme je le disais, je sais que mes homologues ont envie de participer à la discussion.

• (1220)

Mme Lisa Little: S'agissant de politique, il faut aussi parler de tout ce qui s'est dit dans ce dossier, puisqu'on a affirmé que la santé relevait surtout des provinces et des territoires. Nous n'avons pas prôné l'idée que cet organisme devrait superviser ce que font les gouvernements provinciaux et territoriaux. Nous parlons ici d'un mécanisme qui collaborerait avec ces ordres de gouvernement.

Dans la dernière mouture du cadre de planification pancanadien des ressources humaines en santé fédérale-provinciale-territoriale, il est question d'une planification multipartite, intersectorielle et interdisciplinaire, mais celle-ci ne décrit pas de mécanisme. Eh bien, c'est ce que nous essayons de promouvoir, nous sommes favorables à l'idée de travailler en partenariat afin d'apporter un appui analytique au processus de planification.

Nombre de petites provinces n'ont pas les moyens d'effectuer le genre de planification en matière de ressources humaines en santé, contrairement aux grandes provinces comme l'Ontario. Nous estimons donc qu'un tel mécanisme pourrait constituer un point de départ intéressant afin d'aider les gouvernements des petites provinces à mieux appréhender le processus de planification, à savoir comment prendre en compte les données et les résultats de la recherche et à avoir une idée de l'impact que les autres provinces peuvent avoir sur eux notamment en matière de mobilité de la main-d'oeuvre. Nous envisageons donc la chose sous l'angle d'un travail en partenariat et certainement pas sous celui d'un organisme de supervision.

Le président: Votre temps est écoulé, j'en suis désolé, madame Cooper. Nous reviendrons à vous tout à l'heure.

Nous allons passer à Mme Savoie, pour cinq minutes.

Mme Denise Savoie: Merci.

Dans bien des domaines d'études, on entend parler de ces étudiants qui sont aux prises avec des dettes énormes et, dans le cas des étudiants en médecine, vous avez même dit que ces dettes

équivalaient à une petite hypothèque. Selon vous, le gouvernement pourrait-il faire quelque chose à ce sujet?

Dr William Tholl: Le gouvernement pourrait effectivement faire deux choses précises, monsieur le président. D'abord, il pourrait accorder des congés de remboursement sur les prêts étudiants jusqu'à ce que les médecins aient terminé leur formation clinique, c'est-à-dire leur stage en résidence. Pour l'instant, ils doivent tout de suite commencer à rembourser. Deuxièmement, il faudrait améliorer les conditions d'emprunt afin de rendre les prêts davantage accessibles, surtout à ceux et à celles qui disposent de petits moyens.

Mme Denise Savoie: Merci. Votre réponse est intéressante.

En corollaire à cela, je suppose que je dois vous demander s'il y a une raison quelconque...? Toutes les études supérieures sont subventionnées dans une certaine mesure, le reste des coûts étant couvert par les frais de scolarité. Dans quelle mesure serait-il utile d'imposer des exigences en contre-partie des stages en résidence en vue, par exemple, de corriger les pénuries dans les régions rurales ou plus généralement au Canada — bien que, d'après ce que vous me dites, il semble que l'exode soit presque terminée? Dans quelle mesure le gouvernement fédéral ou les gouvernements provinciaux pourraient-ils imposer des critères d'accès à la résidence au titre de l'instruction reçue au Canada et donc en partie subventionnés par les Canadiens?

Dr Colin McMillan : Cela ne s'est jamais fait.

Mme Denise Savoie: Je le sais.

Dr Colin McMillan : Comme ce sont les étudiants plus que les institutions qui assument les coûts de l'instruction, je trouve que cette proposition soulève de sérieuses questions sur le plan des droits de la personne et de l'éthique, et nous n'avons d'ailleurs jamais abordé la chose sous cet angle.

• (1225)

Mme Denise Savoie: Vous dites que les étudiants plutôt que les subventions assument la plus grande part des coûts?

Dr William Tholl: Sans contredit, et beaucoup plus.

Si vous me le permettez, monsieur le président, j'aimerais dire que les mesures coercitives, celles visant à obliger les gens à « renvoyer l'ascenseur » ne se sont pas avérées efficaces. Il suffit de voir ce qui se passe au MDN et la difficulté que le ministère éprouve actuellement à recruter et à retenir ses médecins sous les drapeaux. Les gens n'ont qu'une hâte: arriver à la fin de leur période de remboursement de quatre ans et plier bagage. Cette formule favorise l'instauration d'une mauvaise culture qui consiste à vouloir partir plutôt qu'à rester.

M. Stowe Brian: Je veux simplement ajouter que nous sommes aux prises avec un problème politique national et que, s'il convient d'améliorer les conditions de remboursement des prêts, il faudrait peut-être aussi s'interroger au sujet des frais de scolarité que ces étudiants sont appelés à payer.

Que cela nous plaise ou pas, à l'époque où j'ai étudié, tout le monde aurait pu aller à l'université. De nos jours, les frais de scolarité en pharmacie sont de 8 000 \$ par étudiant et l'on ne peut donc plus parler d'accès universel.

Deuxièmement, nous devons chercher à augmenter le nombre d'inscriptions dans ces domaines. Je trouve frustrant que, sur les 600 pharmaciens que nous agréons chaque année en Ontario, 300 viennent de l'étranger. J'ai des enfants qui pourraient vouloir se lancer dans ce domaine dans quelques années, mais il est possible qu'ils ne puissent pas accéder à cette profession à cause du nombre limité de places. Entre-temps, nous allons chercher des pharmaciens à l'étranger.

Pourquoi cela? Pourquoi ne permet-on pas à nos propres enfants d'aller étudier dans ces établissements?

Mme Denise Savoie: Je suppose que, dans une certaine mesure, le contingentement des inscriptions est arbitraire. Personne ne s'est posé la question de la démographie, d'où le problème auquel nous nous heurtons.

En réponse à la question qui a été posée, vous avez dit qu'il fallait suspendre le remboursement des prêts, mais ces emprunts demeurent et, dans certains cas, le fait qu'il soit nécessaire de s'endetter autant peut freiner certaines vocations.

Pour en revenir à la question des régions rurales, dont un de mes collègues a parlé tout à l'heure, pourrait-on faire quelque chose d'entrée de jeu au niveau fédéral, en réponse aux besoins des étudiants et dans le cas des frais de scolarité pour ne pas parler des prêts?

Dr William Tholl: J'ai deux choses à dire et je commencerai par une observation. Il n'y a que trois professions, du moins en Ontario, où les frais de scolarité ne sont pas plafonnés: la dentisterie, le droit et la médecine. C'est l'une des raisons pour lesquelles il n'en coûte non pas 9 000, mais bien 14 000 ou 15 000 \$ par an pour étudier maintenant dans ces facultés.

Mme Denise Savoie: On vient tout juste de déréglementer ces frais.

Dr William Tholl: Ils ont été déréglementés et ils ont grimpé en flèche.

Que peuvent faire les gouvernements? J'ai déjà mentionné les deux choses que le gouvernement fédéral pourrait faire dans le cadre de ses responsabilités. Or, il n'incombe pas au gouvernement fédéral de fixer les frais de scolarité.

Vous savez ce que nous faisons à l'Association médicale canadienne? Nous offrons des prêts à taux d'intérêt préférentiel aux étudiants qui en auraient besoin et nous leur expliquons comment gérer leurs dettes; nous leur conseillons de les rembourser le plus rapidement possible.

Mme Denise Savoie: Me reste-t-il une minute?

Le président: Votre temps est écoulé.

Nous allons passer au dernier député de cette deuxième série de questions, M. Storseth.

M. Brian Storseth (Westlock—St. Paul, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie de vous être déplacés pour nous livrer des témoignages aussi concis. Je tiens également à remercier le Dr McMillan d'être venue à notre rencontre et de nous avoir fait part de quelques réflexions très intéressantes bien que nouvelles pour moi sur la façon de recruter et de retenir les médecins en région rurale.

Ces deux aspects constituent effectivement un grave problème dans ma collectivité rurale du nord-est de l'Alberta, mais je voudrais que nous passions un peu de temps à parler des pharmaciens, car la situation est également délicate de ce côté-là. Les pharmaciens sont

des éléments très importants du tissu rural. Je suis sûr qu'ils investissent davantage de temps que leurs collègues des villes pour le même niveau de service.

Quand je me suis intéressé à votre Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada, qui fixe les exigences en matière de délivrance des licences et qui établit les qualifications exigées dans votre secteur, j'ai constaté que vous aviez signé un ARM avec neuf autorités provinciales, si je ne m'abuse. J'aimerais que vous nous disiez ce que cela donne dans le secteur de la pharmacie.

La mobilité a-t-elle augmenté parce que certaines barrières ont disparu? Est-ce que votre secteur considère que c'est une réussite?

Mme Janet Cooper: En fait, ce n'est qu'au cours des derniers mois que nous avons commencé à nous intéresser à cela grâce à un financement de RHDCC. Avant, seuls les secteurs de la médecine et des soins infirmiers avaient reçu des fonds pour étudier la question des ressources humaines dans le domaine de la santé. À présent, d'autres professions sont financées pour la même chose, notamment le secteur de la pharmacie. Il y a lieu de s'en réjouir, mais il faudrait plus.

Je ne pense pas qu'on ait cherché à déterminer ce qu'a donné cet ARM signé il y a cinq ans. Nous savons qu'il faut beaucoup moins de temps que cela pour que les choses se fassent sentir. L'Alberta est une province relativement intéressante pour les pharmaciens et je ne pense pas qu'elle en perde beaucoup au profit d'autres provinces. D'autres, par contre, comme la Saskatchewan, perdent un grand nombre de leurs diplômés en pharmacie. Il demeure que la situation dans les régions rurales est très difficile. Dans ces régions, il arrive souvent que les pharmaciens désireux de vendre leur magasin ne parviennent à trouver aucun acheteur; ils ne trouvent même pas de suppléants pour pouvoir s'éloigner un peu. Nous savons que la situation est délicate, mais nous ne possédons encore pas de données à ce sujet, données dont nous avons pourtant généralement besoin dans la profession. Comme nous commençons à en recueillir, nous pourrions vous en dire davantage dans un an d'ici et nous pourrions vous donner une idée de l'ampleur des défis.

Il est évidemment très important que les petites villes et les régions rurales puissent compter sur des pharmaciens parce que ce sont souvent les seuls prestataires de soins de santé sur place. Il peut ne pas y avoir de médecin de famille, mais il y a au moins un pharmacien qui est en mesure d'aider.

● (1230)

M. Stowe Brian: Petite anecdote en passant. J'ai l'impression qu'au début on pensait qu'on retirerait des avantages immédiats en faisant venir des diplômés internationaux. Ces gens-là allaient chercher leur agrément en Saskatchewan, puis ils déménageaient directement en Ontario. Je sais de source sûre qu'il est maintenant plus facile de contourner les restrictions de l'Ontario et que les chaînes de pharmacie peuvent attirer ces gens-là dans la province. Encore une fois, j'estime que cela nous ramène à la question des diplômés internationaux en pharmacie.

Je tiens à insister sur le fait que ce n'est pas la solution que nous proposons: nous ne voulons pas que l'on aille chercher les pharmaciens ailleurs. J'ai assisté à une conférence au Brésil. Nous faisons d'Afrique du Sud des pharmaciens qui participent à un programme d'information sur la lutte contre le VIH. Eh bien, il n'est pas responsable de la part du Canada d'aller chercher ces pharmaciens dans ces pays-là pour résoudre nos problèmes de ressources humaines.

M. Brian Storseth: Certes, mais je voulais davantage parler de la mobilité d'une province à l'autre. Nous avons posé cette question aux médecins, mais vous, pensez-vous qu'il existe des solutions pour régler les problèmes qui se posent dans les régions rurales dans le secteur de la pharmacie?

Mme Janet Cooper: Nous avons collaboré au travail de l'AIIC et de l'AMC sur les problèmes des régions rurales, et Lisa vous en a fait part. Il existe une pénurie. Il arrive très souvent que les pharmacies dans les petites villes et villages soient indépendantes; or, les grandes chaînes et les franchises ont beaucoup moins de difficultés à recruter des pharmaciens et elles disposent de leviers pour cela.

Ce que l'on a constaté, c'est que les étudiants en pharmacie originaires des petites villes et villages ont davantage tendance à aller travailler dans des régions traditionnellement moins bien desservies. Comme Brian l'a dit, rares sont les facultés qui continuent de s'intéresser à la répartition géographique de la population. Il y aurait peut-être lieu de remettre cela.

Le président: Brian, pour 30 secondes.

M. Brian Storseth: Je veux poser une question à la responsable de HEAL. Au paragraphe B de votre document, à la rubrique « Orientations stratégiques », vous dites qu'il faut reconnaître les centres d'excellence régionaux. Je voudrais que vous commentiez davantage les deux points qui apparaissent là et que vous nous disiez en quoi ils cadrent avec votre vision.

Quelqu'un d'autre pourrait vouloir répondre; on le fait en Alberta. Je me demandais simplement s'il n'y a pas recoupement.

Mme Pamela Fralick: Je ferai une remarque. Nous avons en main un document de fond beaucoup plus précis que le vôtre qui explique ces aspects-là. J'ai essayé de m'y retrouver, mais je vais céder la parole au représentant de l'AMC pour qu'il vous réponde.

Dr William Tholl: Je vais vous donner un exemple. Il a fallu attendre le rapport d'une commission d'enquête pour admettre qu'à Winnipeg, les chirurgies cardiaques en pédiatrie ne donnaient pas les résultats escomptés et que des enfants mourraient inutilement parce que nous n'avions pas la masse critique nécessaire pour favoriser l'existence d'un programme de chirurgie cardiaque pédiatrique de qualité. De nos jours, tous les cas de chirurgie cardiaque en pédiatrie du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et du nord de l'Ontario sont dirigés vers la Capital Health Authority que nous essayons de transformer en centre d'excellence. Ce pourrait être un exemple de service de soins tertiaires de haut niveau pour lequel ce genre de collaboration interprovinciale est nécessaire.

M. Brian Storseth: Ainsi, c'est le même genre —

Dr William Tholl: C'est cela.

Le président: Bien, votre temps est écoulé.

Nous allons maintenant entamer la troisième série de questions et, comme nous commençons à manquer de temps, nous nous limiterons à des questions de trois minutes pour qu'un maximum de députés puissent intervenir.

Monsieur St. Amand, c'est à vous pour trois minutes.

M. Lloyd St. Amand (Brant, Lib.): Merci et, si c'est cela, monsieur le président, je vais m'efforcer de poser une question bien pesée.

Merci à chacun de vous pour vos exposés convaincants de ce matin et de cet après-midi.

Vous nous avez tous indiqué — si je puis résumer la chose ainsi — qu'il existe un manque relatif de coordination ou un problème

d'asymétrie au sein de chaque branche du réseau de la santé et entre les branches elles-mêmes. Il faut donc faire quelque chose à ce sujet.

Ma question s'adresse à Mme Fralick. Vous recommandez entre autres choses de créer un Bureau canadien de coordination des ressources humaines en santé. J'ai deux questions à vous poser à ce sujet. D'abord, est-ce qu'on a déjà essayé cette formule et, dans l'affirmative, l'a-t-on abandonnée ou mise en suspens à un moment donné? Deuxièmement, quelles leçons peut-on tirer de l'expérience allemande, belge ou française en ce qui a trait aux bureaux nationaux?

• (1235)

Mme Pamela Fralick: Merci.

Le bureau de coordination mentionné par HEAL correspond à ce dont nous avons parlé ce matin et je ne reviendrai pas sur nos remarques, mais c'est effectivement ce dont il s'agit. S'agissant de l'information internationale, je n'ai pour l'instant pas de réponse à vous donner, mais il est possible qu'un de mes voisins en sache davantage à ce sujet.

Bill?

Dr William Tholl: Merci, monsieur le président.

Deux choses. Nous demandons tout d'abord qu'on fasse pour les ressources humaines ni plus ni moins que ce que nous faisons pour les technologies. Depuis 1989, nous disposons d'un Bureau canadien de coordination de l'évaluation des technologies en santé. Eh bien, nous demandons simplement que l'on commence à s'intéresser à ce que nous pourrions faire. Est-ce possible? Est-ce faisable? Bien évidemment. C'est ce que nous avons fait pour les technologies et pour les différentes formes de collaboration. Désormais, nous n'évaluons les technologies qu'une seule fois et nous laissons le soin aux provinces de décider si elles veulent les acquérir ou pas.

Quant à l'expérience européenne, il faut savoir que la CEE a facilité la mobilité de la main-d'oeuvre en Europe en harmonisant les normes d'agrément et la mobilité des médecins et d'autres professionnels et en créant des bureaux à la Haye et ailleurs, comme celui que nous recommandons, pour essayer de coordonner tout cela.

M. Lloyd St. Amand: Merci.

S'il me reste du temps, ce que j'espère — je crois que M. Russell veut poser une brève question.

M. Todd Russell (Labrador): Effectivement, je serai bref.

J'ai grandi sur la côte sud du Labrador, dans un petit village de 50 âmes. Quand nous y voyions un médecin, c'était tout un événement. Quand au pharmacien, nous ne savions pas comment épeler ce mot et nous ne savions pas ce dont il s'agissait. C'est vrai, il n'y a pas grand chose qui a changé depuis lors.

Je sais que ce dont vous parlez est très important: il faut davantage de professionnels pour le réseau de la santé et, pour cela, il faut essayer d'abattre toutes sortes d'obstacles. Toutefois, dans les régions rurales, dans les régions très éloignées, essentiellement habitées par des Autochtones, quel effet cette stratégie pourrait-elle avoir, selon vous? Dans le Canada rural, dans les régions éloignées, dans le nord du pays, le mot accès n'a pas la même résonance que dans les régions urbaines. Par rapport aux villes, la notion de temps d'attente est complètement différente dans le Canada rural et du nord. La question n'est pas temps de parvenir à attirer des professionnels que de parvenir à les retenir dans ces régions. C'est une question de ressources pour les employeurs qui essaient d'attirer des employés. Il semble qu'on a eu recours à beaucoup de stimulants pour attirer les gens dans les régions du nord et les régions éloignées. J'aimerais que vous réagissiez à propos de cet aspect particulier des choses.

Le président: Madame Sholzberg-Gray.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Je crois qu'on pourrait citer, en exemple du genre d'effort déployé à ce titre, le travail des membres de notre conseil d'administration qui gèrent des systèmes de santé au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Les solutions ne manquent pas. Il n'est pas toujours question d'augmenter les ressources humaines en santé parce qu'on ne les trouve pas toujours, mais dans les régions sensibles et dans des milieux de travail qui s'y prêtent, et moyennant la mise en oeuvre de certains stimulants, il est possible de recruter...

Par ailleurs, on utilise beaucoup la télé-médecine et les nouvelles technologies qui permettent de faire passer l'information sans que le personnel traitant soit sur place et qui permettent aussi de soigner les patients sans une présence à côté d'eux. Les progrès sur le plan de la télé-médecine sont impressionnants un peu partout au Canada. Et puis, je ne veux pas que nous perdions de vue la notion de centre d'excellence. Il faudra simplement s'assurer que ceux et celles qui ont besoin de soins particuliers peuvent être transportés par avion, par hélicoptère ou autrement jusque au centre d'excellence le mieux en mesure de les soigner. Il n'est pas possible d'offrir toute la gamme des services dans chaque petite collectivité éloignée, mais on peut toujours répondre aux besoins sur place grâce à une combinaison télé-médecine et postes de soins infirmiers. Ce que nous voulons, c'est que l'on emploie les gens en fonction de leurs compétences et de leur talent, sans qu'ils aient à trop se préoccuper de l'étendue des interventions, de la pratique ni des disciplines professionnelles concurrentielles.

Les solutions ne manquent pas et il y a des gens qui y travaillent, mais je reconnais que nous avons affaire à un défi très particulier, extrême, surtout dans le cas de patients souffrant d'états chroniques. Personnellement, je pense que les nouvelles technologies sont une solution possible parallèlement aux soins de santé, ce qui veut dire qu'il va falloir former les professionnels de la santé à l'emploi de ces technologies, ce qui est un autre volet pour l'avenir.

•(1240)

Le président: C'est tout le temps dont nous disposons pour cette question.

Madame Yelich, vous avez trois minutes pour une dernière question.

Mme Lynne Yelich: Merci.

Tout ça était très intéressant. J'ai ici une citation de quelqu'un de l'Institut Fraser à laquelle j'aimerais que vous réagissiez.

La seule façon pour les Canadiens d'avoir la certitude qu'ils auront suffisamment de médecins pour répondre à la demande à long terme consistera à déréglementer l'offre de services en médecine.

J'aimerais que chacun de vous réagisse à cette citation, que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas avec elle.

Dr William Tholl: Monsieur le président, on peut répondre de deux façons. D'abord, on pourrait prendre le mot déréglementation au sens de suppression, dans la réglementation, de la notion de qualité de la formation, ce qui est inacceptable en partant. Il faut donc maintenir une norme de qualité universelle au Canada.

En revanche, la déréglementation de l'offre est un concept intéressant. Je pense que les gouvernements provinciaux qui doivent financer les programmes de formation de premier cycle continuent malheureusement de considérer que les médecins, les infirmiers et infirmières et les autres professionnels sont des postes de dépense et non des actifs. Ainsi, plutôt que d'envisager la déréglementation de l'offre et de forcer les prix à la baisse, je préférerais que l'on s'intéresse davantage à la solution que nous essayons de faire passer et qui consiste à affiner la planification, à recourir à une planification axée sur les besoins.

Mme Lynne Yelich: Nous n'en aurons pas le temps aujourd'hui, mais j'aimerais que vous m'en disiez davantage sur la question de l'inefficacité du système au niveau de la prestation. On peut voir comment les districts de santé dépensent leur argent, parce qu'ils n'ont pas de problème de compétence. J'estime qu'on ne s'attaque pas vraiment à cette question de l'inefficacité du système et j'ai plutôt l'impression que, dès qu'on veut améliorer l'efficacité, on réduit le nombre de médecins et d'infirmières ou on se déverse entièrement sur eux. Ceux-ci sont surchargés et l'on peut se demander qui aurait envie de faire long feu dans des carrières où l'on doit compenser les problèmes d'inefficacité là où les règlements pourraient parfois faire l'affaire? On exige parfois beaucoup trop des médecins et du personnel infirmier, en particulier, à cause de toute la paperasserie qu'ils doivent remplir. Ce que je sais des infirmiers et des infirmières, c'est que ces gens-là veulent dispenser des soins infirmiers et non passer leur temps à remplir des papiers.

Comment réagissez-vous à cela?

Le président: Madame Little.

Mme Lisa Little: Le gouvernement fédéral pourrait contribuer à régler en partie les problèmes du système en investissant dans la technologie, surtout dans les dossiers de santé électronique. À une réunion à laquelle j'ai assisté hier soir, je me suis entretenue avec un résident du coin qui m'a dit que son enfant venait de sortir du HEEO, soit l'hôpital pour enfants d'Ottawa. Comme il avait maintenant 18 ans, on le transférait à l'hôpital pour adultes. Or, le dossier médical n'a pas suivi. À l'établissement d'accueil pour adultes, le personnel traitant n'avait aucun dossier concernant ses antécédents, son état médical, les médicaments qu'il prenait... rien! Il a fallu tout recommencer. C'est le genre d'histoire que l'on entend à répétition. Les patients passent d'en droit à l'autre dans le système et ils doivent raconter la même chose à chaque fois. Ils doivent refaire les mêmes examens parce que le médecin ou le professionnel de la santé n'a pas eu accès aux résultats des tests précédents.

Je pense qu'une des façons d'améliorer très nettement l'efficacité du système consiste à investir dans l'infrastructure de la santé, pour accélérer le transfert des dossiers électroniques, et à favoriser l'accès à Internet à bande large.

Le président: Docteur, avez-vous une brève remarque à faire?

Dr Colin McMillan : Je suis plutôt d'accord avec cela, monsieur le président. Je pense que nous sommes en train de découvrir de plus en plus un manque flagrant d'efficacité du côté des listes d'attente et de la façon dont nous les administrons, comme en orthopédie en Alberta et en Ontario. Vous allez beaucoup en entendre parler.

Mme Lynne Yelich: J'aimerais savoir — mais vous pourriez me répondre en une autre occasion — à quel moment, selon vous, vous devriez agir plus énergiquement du côté de la reconnaissance des titres étrangers. Devriez-vous agir de façon déterminante au nom d'un organisme national, ou êtes-vous empêché de le faire parce que c'est l'organisme provincial qui s'en occupe? Est-ce qu'un organisme national peut se mettre en quête de professionnels qui répondent aux critères exigés afin de les accepter ici au Canada en qualité de médecins?

Dr Colin McMillan : Notre association professionnelle ne délivre pas de titres, mais il y a des organismes nationaux qui s'en occupent.

Le président: C'est tout le temps que nous avons.

Je vous remercie toutes et tous de vous être déplacés et d'avoir pris le temps de nous faire vos exposés que j'ai trouvé très intéressants.

Nous allons prendre une pause de deux minutes après quoi nous reprendrons à huis clos pour traiter d'autres questions intéressant le comité.

Encore une fois, merci beaucoup à tous nos témoins d'aujourd'hui qui se sont rendus à notre invitation.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

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

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

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

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

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

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