



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 006 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 30 mars 2010

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 30 mars 2010

• (0900)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour, tout le monde. Comme il y a quorum, je vais demander à chacun de s'asseoir pour que nous puissions commencer cette réunion.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous poursuivons notre étude sur les ressources humaines en santé. Nous accueillons aujourd'hui, de l'École de médecine du nord de l'Ontario, le Dr Roger Strasser; de la Société de la médecine rurale du Canada, le Dr John Wootton; et du Rural Ontario Medical Program, le Dr Peter Wells. Je vous souhaite la bienvenue. Je remarque également la présence de Lee Teperman, de la Société de la médecine rurale du Canada, ainsi que de Michelle Hunter, gestionnaire au Rural Ontario Medical Program. Vous êtes aussi les bienvenus.

Nous allons maintenant donner l'occasion à chaque organisation de présenter un exposé de cinq minutes, après quoi nous poursuivrons.

Nous commencerons par le Dr Roger Strasser, de l'École de médecine du nord de l'Ontario. À vous, docteur.

Dr Roger Strasser (médecin, École de médecine du nord de l'Ontario): Merci beaucoup.

Je voudrais tout d'abord remercier le comité de m'avoir invité à présenter un exposé aujourd'hui.

Quand je me suis renseigné hier sur ce qui vous intéresse, j'ai appris que vous étudiez les ressources humaines en santé dans les régions rurales. Quand j'ai commencé à parler de certaines de ces questions, j'ai eu l'impression de faire le récit de ma vie professionnelle.

Je voudrais, dans cette brève introduction, commencer par me présenter moi-même, puis par présenter l'École de médecine du nord de l'Ontario ainsi que les différentes initiatives que nous y avons entreprises. Je dirai aussi quelques mots de mes rapports avec l'Organisation mondiale de la santé et de ma participation aux travaux d'un comité international d'experts. Je vous parlerai également de l'expérience que j'ai acquise dans mon pays d'origine, l'Australie.

Je suis actuellement doyen de l'École de médecine du nord de l'Ontario, poste que j'occupe depuis la création de l'école en 2002. Avant mon arrivée, l'école n'existait pas.

Avant cela, j'étais en Australie où je dirigeais l'École de santé rurale de l'Université Monash. Monash est une très grande université dotée d'une très grande école de médecine dans la région métropolitaine de Melbourne, grande ville un peu semblable à Toronto ou Montréal. Je dirigeais donc une section rurale de l'école de médecine de l'Université Monash.

J'ai également été le premier président d'un groupe de travail international sur la pratique rurale de la WONCA, organisation mondiale des médecins de famille.

Comme je l'ai déjà dit, je suis membre d'un groupe d'experts qui conseille l'Organisation mondiale de la santé sur l'élaboration de recommandations pour le recrutement et le maintien en poste des travailleurs de la santé dans les régions rurales.

Je suis également conseiller de la Banque mondiale sur l'intensification de la formation des travailleurs ruraux de la santé.

J'ai apporté un cahier d'information sur l'École de médecine du nord de l'Ontario. Malheureusement, il est essentiellement en anglais et ne peut donc pas être distribué aux membres du comité. Quoi qu'il en soit, je dispose d'un cahier pour chaque membre, que vous pouvez examiner si vous en avez l'occasion.

L'École de médecine du nord de l'Ontario constitue la faculté de médecine de deux établissements, l'Université Lakehead de Thunder Bay et l'Université Laurentienne de Sudbury. Vous savez probablement que ces deux collectivités sont distantes l'une de l'autre d'un millier de kilomètres. Le nord de l'Ontario est très étendu, sa superficie étant à peu près égale à celle de l'Allemagne et de la France réunies. L'école avait été établie sur la base d'un mandat de responsabilité sociale, qui lui impose de s'adapter aux besoins de la population des collectivités de la région. Le mandat comprend en outre un engagement envers l'innovation.

Les activités d'enseignement et de formation de l'école se fondent sur des résultats de recherche établissant que trois facteurs ont la plus grande influence sur la décision d'exercer en milieu rural à la fin des études. Le premier facteur est le fait d'avoir grandi en milieu rural. Le deuxième est lié à des expériences cliniques et éducatives positives au premier cycle des études de médecine. Le troisième est une formation ciblée en médecine rurale au niveau postdoctoral, c'est-à-dire des programmes de résidence qui préparent les candidats à l'exercice en milieu rural. À l'École de médecine du nord de l'Ontario, nous faisons tout cela. Nous avons élaboré un modèle particulier d'enseignement médical et de recherche en santé que nous appelons enseignement communautaire réparti. Nous avons plus de 70 endroits différents du nord de l'Ontario où nos étudiants et résidents peuvent faire leur apprentissage clinique. Nous avons un programme de médecine de quatre ans. Les cours sont très particulièrement axés sur le nord de l'Ontario: ils permettent vraiment aux diplômés d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires et leur donnent envie de faire carrière dans la région ou dans un milieu rural semblable de caractère nordique, isolé, autochtone ou francophone.

Nous avons également des programmes de résidence en médecine familiale et huit grandes spécialités rurales, tout en insistant beaucoup sur la médecine généraliste.

Nous avons en outre un programme agréé de perfectionnement professionnel en éducation continue, qui est essentiellement offert sous forme électronique, par vidéoconférence ou diffusion Web. Nous faisons un usage intensif des communications électroniques.

Nous donnons aussi un enseignement qui va au-delà des études strictement médicales. En sciences de la santé, nous avons un programme de stages en diététique. Nous nous occupons également de la formation de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes dans le nord de l'Ontario. De concert avec la faculté de médecine de l'Université de Toronto et l'Institut Michener de Toronto, nous venons d'établir un programme de formation d'auxiliaires médicaux, également dans le nord de l'Ontario.

• (0905)

Nous insistons beaucoup sur l'enseignement interprofessionnel. Au chapitre de la recherche, nous mettons l'accent sur les problèmes dont la solution permettrait d'améliorer la santé des habitants des collectivités du nord de l'Ontario. Encore une fois, les activités de l'école s'inspirent dans leur ensemble de notre mandat de responsabilité sociale.

Comme nous avons un programme de médecine de quatre ans et que notre établissement a officiellement ouvert ses portes en 2005, nous n'avons eu nos premiers diplômés que l'année dernière, en 2009. Il est donc trop tôt pour parler de résultats.

Pour ce qui est des inscriptions, nous avons admis chaque année environ 90 p. 100 d'étudiants ayant grandi dans le nord de l'Ontario. D'habitude, entre 40 et 50 p. 100 des étudiants de chaque classe viennent de milieux ruraux ou isolés. Nous avons chaque année une certaine proportion d'étudiants autochtones et francophones en médecine. Nous nous efforçons de reproduire la répartition de la population du nord de l'Ontario dans chaque classe. Jusqu'ici, nous avons assez bien réussi à le faire sans sacrifier les normes universitaires, de sorte que la moyenne pondérée cumulative de chaque classe se situe aux alentours de 3,7 sur un barème de quatre points, ce qui est très proche des autres écoles de médecine du Canada.

Comme je l'ai dit, nous venons d'avoir notre première promotion de diplômés. Ils ont tous été jumelés dans des programmes de résidence au premier tour de la procédure nationale de jumelage. C'est la première fois depuis plus de 10 ans que toute une classe est jumelée au premier tour. Cela prouve, à mon avis, que nos diplômés se comparent très favorablement à ceux des autres écoles de médecine puisque les directeurs des programmes de résidence souhaitaient les recruter. Quelque 70 p. 100 de ces diplômés sont maintenant inscrits à des programmes de résidence essentiellement axés sur la médecine familiale en milieu rural. Cela représente plus du double de la moyenne nationale des étudiants qui s'orientent vers la médecine familiale au stade de la résidence. Dans notre cas, il s'agit surtout de médecine familiale en milieu rural. Les 30 p. 100 restants de nos diplômés se sont principalement orientés vers des programmes de résidence à spécialisation générale.

Les premiers indices sont certainement encourageants. L'autre indicateur positif, c'est que nos étudiants se sont collectivement classés en sixième position sur 17 écoles de médecine à l'examen du Conseil médical du Canada. En fait, dans la catégorie des décisions cliniques, ils ont obtenu les notes les plus élevées de toutes les écoles de médecine du Canada. Nous considérons que ces résultats constituent des premiers indicateurs positifs de succès de l'École de médecine du Nord de l'Ontario.

Comme je l'ai dit, je voudrais mentionner brièvement l'Organisation mondiale de la santé. Nous sommes actuellement aux derniers

stades de l'élaboration des lignes directrices et recommandations qui seront présentées, je crois, à l'Assemblée mondiale de la santé en mai. Ces recommandations se répartissent entre quatre catégories. Comme je fais partie des membres du comité d'experts, je pense que votre comité souhaitera peut-être en avoir un exemplaire, une fois qu'elles seront en forme finale.

• (0910)

La présidente: Nous serions très heureux d'avoir ces recommandations, docteur.

Dr Roger Strasser: Je vais m'en occuper.

La présidente: Je vous remercie. Je veillerai à ce que tous les membres du comité en aient un exemplaire.

Dr Roger Strasser: Je vais simplement vous donner une idée des quatre catégories: éducation, réglementation, encouragements financiers et soutien personnel/professionnel. Je peux vous en dire davantage si vous le souhaitez.

Un dernier point. Comme je vous l'ai dit, je viens d'Australie où je me suis beaucoup occupé de l'élaboration d'initiatives en santé rurale, y compris une stratégie nationale de santé rurale. L'Australie a été le premier pays du monde à adopter une telle stratégie, ce qui lui a valu de nombreux avantages, à mon avis, dont l'augmentation du nombre et des compétences des professionnels de la santé travaillant en milieu rural. C'est une chose que j'encourage votre comité à examiner.

C'était ma contribution de cinq minutes.

La présidente: Je vous ai laissé un peu plus de temps, docteur.

J'ai trouvé votre exposé très intéressant. Nous avons une bonne raison d'inviter ce groupe de témoins, qui met à notre disposition beaucoup de renseignements qui nous sont très utiles. Nous vous en sommes reconnaissants.

Nous passons maintenant au Dr John Wootton, président élu de la Société de la médecine rurale du Canada.

[Français]

Dr John Wootton (président-élu, Société de la médecine rurale du Canada): Merci beaucoup, et merci de l'invitation.

Je ferai ma présentation principalement en anglais. Toutefois, je suis prêt à répondre aux questions en français, si vous le voulez.

Je pratique dans l'Outaouais, du côté québécois, à une heure d'ici à peine. Je suis donc celui qui pratique le plus près d'ici.

[Traduction]

La Société de la médecine rurale est une organisation nationale regroupant des médecins qui partagent un mode commun d'exercice de leur profession et des problèmes du même ordre partout dans les régions rurales et septentrionales du Canada. Ces médecins ont compris, il y a quelques années, qu'en mettant en commun leurs expériences, ils pouvaient mieux se faire entendre qu'en agissant chacun de son côté.

Ils ont ainsi réussi à établir quelques thèmes communs concernant les populations qu'ils desservent. Ceux d'entre vous qui représentent des collectivités rurales savent que les Canadiens ruraux sont plus âgés que la moyenne, ont des activités plus risquées que les autres, sont plus isolés et plus éparpillés et, par conséquent, plus difficiles à desservir. Ils sont aussi moins favorisés sur le plan économique. Ceux d'entre vous qui connaissent les principes de la santé de la population savent sans doute que c'est là un important déterminant de la santé. De plus, d'après les études transversales réalisées, leur état de santé est moins bon au départ et ils ont d'importants obstacles à surmonter. Certains des facteurs de risque les plus notoires, comme le tabagisme et l'obésité, sont très présents dans le Canada rural. Dans certaines collectivités, particulièrement celle des premières nations, ces facteurs ont des effets dévastateurs sur la santé.

C'est le portrait des populations rurales et, je crois, la raison pour laquelle votre comité s'intéresse à la santé en milieu rural. Il y a de grandes difficultés dans un pays de la taille du Canada — comme l'a souligné mon collègue, le Dr Strasser, dans le cas de l'Australie —, surtout en ce qui concerne l'organisation du système et les appuis nécessaires pour réaliser un accès équitable, sinon égal, aux services.

Cela nécessite des mesures à beaucoup de niveaux différents. S'il faut en juger d'après les 20 dernières années, des mesures ont été prises à différents niveaux, mais je dirais qu'elles étaient fragmentées et ne faisaient sûrement pas partie d'une stratégie nationale de la santé en milieu rural. Il y a des éléments d'une stratégie, mais ils ne se situent pas dans un cadre intégré. Or il est essentiel, si nous voulons avancer, de déterminer les éléments critiques d'une stratégie nationale de la santé rurale.

De toute évidence, les intervenants sont très nombreux. Beaucoup des leviers qu'il faut actionner pour améliorer la santé rurale sont de nature économique. Beaucoup ont un caractère social ou sociétal. Beaucoup relèvent de l'éducation. De nombreux éléments sont extérieurs au cadre du système de soins de santé, de sorte que beaucoup de ministères sont en cause.

Pour ce qui est de l'accès aux services d'un point de vue communautaire, ce que j'entends le plus dans les collectivités, ce sont les discussions relatives aux pénuries de ressources humaines en santé. Au Canada, et particulièrement dans les régions rurales, on manque de médecins, d'infirmières et de professionnels de toutes les autres catégories. Les collectivités sont en concurrence les unes avec les autres, offrant des encouragements financiers et vantant les attraits locaux. C'est une situation qui ne profite à personne quand des collectivités rurales qui ne disposent déjà que de ressources limitées sont forcées de les utiliser pour attirer des professionnels de la santé.

Cela m'amène à me poser des questions sur la situation. En fonction de l'expérience que j'ai acquise dans le Canada rural, je sais que si on dispose d'un personnel qui comprend les problèmes qui se posent, qui a une bonne formation et qui est suffisamment sensibilisé, il travaillera volontiers dans des collectivités rurales. Par ailleurs, s'il est question d'incitatifs toujours plus importants, comme c'est le cas aujourd'hui, je n'ai pas l'impression que c'est l'élément de base qui améliorera les choses dans le Canada rural.

• (0915)

Nous devons porter une plus grande attention aux messages que nous transmettent nos collectivités. Nous devons comprendre de quels genres de travailleurs de la santé et de quels genres d'équipes nous avons besoin. Nous devons comprendre de quelle façon ces équipes peuvent être formées. Pour affronter sérieusement les problèmes relatifs à la répartition de ce personnel, nous devons

doter certaines organisations des pouvoirs nécessaires pour organiser la formation au niveau voulu et à long terme.

Si nous continuons à compter sur les intérêts particuliers de chacun et sur l'importance des incitatifs offerts, nous aurons constamment à affronter des situations de crise et à user de palliatifs et d'expédients. Nous n'aurons pas une infrastructure durable permettant de résoudre le problème à long terme.

J'encourage le comité à utiliser les compétences qui existent dans le Canada rural à de nombreux niveaux. Ces gens ont une compréhension approfondie de leur collectivité et sont très disposés à travailler conjointement pour produire des recommandations à l'intention des différents ordres de gouvernement. De plus, il faudrait inciter ceux-ci à collaborer entre eux pour trouver de vraies solutions à long terme et non pas des expédients.

La Société de la médecine rurale fait du travail axé sur la collectivité depuis 20 ans et continuera à en faire. Nous espérons pouvoir vous offrir de l'aide et des recommandations dans le cadre de notre travail.

Je vous remercie.

La présidente: Merci, docteur Wootton.

Nous passons maintenant au Dr Peter Wells, du Rural Ontario Medical Program.

M. Peter Wells (directeur exécutif, Rural Ontario Medical Program): Bonjour.

Je remercie le comité de nous avoir invités tous trois à lui faire part de notre point de vue ce matin. C'est un honneur et un privilège de s'adresser à vous.

Je vais essayer, dans les cinq prochaines minutes, de vous présenter un très bref aperçu du Rural Ontario Medical Program, ou ROMP. Vous trouverez plus de détails dans la trousse qui vous sera peut-être distribuée plus tard — parce qu'elle doit être traduite —, mais j'espère arriver quand même à vous présenter les grandes lignes du programme.

La formation constitue la base du recrutement et du maintien en poste des médecins. Chaque fois que je présente un exposé, je dis à mon auditoire qu'il y a un point essentiel à retenir. C'est le point qu'a mentionné le Dr Strasser et qui mérite d'être répété: à part le fait d'avoir grandi en milieu rural, les plus importants déterminants du choix de l'endroit où les médecins s'établiront sont la formation et le lieu où elle est donnée, tant au niveau des études de premier cycle qu'au niveau postdoctoral.

Ce n'est pas une histoire que nous venons de concocter. Beaucoup de recherches appuient ce point de vue, qui a été adopté dans la politique de la WONCA sur la formation en vue de la pratique rurale, publiée en 1995.

Le ROMP existe depuis 1988. Notre siège est à Collingwood, en Ontario, mais nos activités s'étendent à une grande région du centre-sud de l'Ontario. Nous sommes un organisme de formation à la pratique communautaire. Notre but est de former des généralistes qui exercent dans la collectivité.

Il y a lieu de noter les répercussions économiques de ce genre de formation. D'après les études réalisées, un médecin engendre entre 500 000 \$ et 1 million de dollars d'activité dans l'économie locale. Ce chiffre s'applique probablement à l'ensemble du Canada.

Quelle est la vision du ROMP? Nous devons tous avoir une vision, c'est-à-dire une idée de ce que nous voulons faire. Nous estimons que notre action doit commencer au niveau secondaire. Nous envoyons donc nos stagiaires actuels dans les écoles secondaires pour essayer d'encourager les étudiants des régions rurales à envisager une carrière dans le domaine de la santé. Il s'agit non seulement de la médecine, mais aussi des professions paramédicales.

Nous essayons donc de commencer à l'école secondaire. Nous cherchons bien sûr à mettre les étudiants en médecine en contact avec le milieu rural le plus tôt possible car, encore une fois, la recherche permet de croire que plus l'exposition survient tôt et plus elle dure, meilleurs sont les chances d'inciter les médecins à s'établir dans les collectivités. Ces activités constituent les éléments de base qui amènent ces étudiants à envisager de revenir plus tard pour de plus longues périodes de formation et de résidence.

Pour compléter le tableau, nous essayons de veiller à ce que ces étudiants soient placés dans des collectivités qui ont besoin de leurs services particuliers et à ce qu'ils y soient heureux. D'autres témoins ont dit que le succès de ces placements dépend de multiples facteurs: formation, soutien du conjoint, etc. Une fois les étudiants placés dans ces collectivités, nous essayons de les recruter de nouveau à titre d'enseignants. Nous cherchons par conséquent à boucler la boucle.

Il importe également de noter que nous essayons d'encourager le maintien en poste en offrant de l'enseignement clinique. La possibilité d'enseigner favorise l'établissement de contacts susceptibles d'inciter les gens à rester. Ainsi, même si nous parlons surtout de recrutement, je dois également insister sur le maintien en poste. C'est un facteur extrêmement important. Une fois qu'on a réussi à faire venir une personne dans une collectivité, comment faire pour qu'elle y reste? Nous voulons vraiment l'inciter à s'établir. Si on commence à perdre les gens qu'on a recrutés, on risque d'aller à l'encontre de ses propres objectifs. L'enseignement et la formation médicale continue jouent certainement un rôle dans la décision des médecins de rester dans la collectivité.

Notre programme a-t-il du succès? Je voudrais souligner quelques points. Dans notre région du centre-sud de l'Ontario, nous avons actuellement plus d'un millier de précepteurs inscrits. C'est une énorme ressource pour nous. Depuis que nous avons commencé, nous avons totalisé 53 mois d'apprentissage et avons placé 800 recrues dans les collectivités de la région entre 2003 et 2008.

De plus, nous travaillons de concert avec les six écoles de médecine de l'Ontario. Cela nécessite beaucoup de collaboration. En fait, notre programme est vraiment fondé sur la collaboration. Nous voulons former des partenariats avec les écoles et avons effectivement réussi à le faire. Nous leur fournissons différents services.

Vous pouvez vous demander si la formation donne des résultats. J'ai dit que c'était le cas, mais où en est la preuve? Nous avons fait quelques recherches pour évaluer nos réalisations. Encore une fois, nous avons collaboré avec les six écoles de médecine de la province. Bien entendu, certaines de nos relations durent depuis plus longtemps que d'autres, mais elles sont toutes couronnées de succès. En fait, 47 p. 100 de nos stagiaires exercent dans des régions rurales ou insuffisamment desservies. Ce résultat est en soi très remarquable.

• (0920)

Dans le cadre des programmes de formation ciblée où nous plaçons nos stagiaires dans des collectivités particulières, la formation postdoctorale en médecine familiale dure deux ans et, dans 85 p. 100 des cas, les résidents du ROMP exercent dans les

localités où ils ont reçu leur formation. C'est un résultat vraiment extraordinaire qui témoigne non seulement de notre succès, mais aussi de celui de programmes tels que celui de l'École de médecine du nord de l'Ontario.

Je répète que nous tenons à garder ces gens de même que ceux qui sont déjà là. Le Dr Wootton a déjà expliqué que les incitatifs financiers destinés à attirer des professionnels de la santé dans une collectivité sont vains sinon nuisibles. J'appuie ce point de vue. En effet, si vous offrez des avantages pour recruter quelqu'un, les médecins qui sont déjà sur place commencent à se dire qu'ils ont servi la collectivité pendant 25 ans et qu'ils n'ont pas obtenu grand-chose en échange. Les incitatifs peuvent donc semer la zizanie, ce que nous tenons à éviter dans notre planification des ressources humaines en santé.

Nous avons certainement besoin de plus de recherche dans ce domaine pour examiner la mesure dans laquelle nous arrivons à garder les personnes que nous plaçons dans les collectivités. Arrivons-nous à les convaincre de rester? Après avoir réussi à les placer — je vous ai donné quelques statistiques à ce sujet —, sommes-nous en mesure de les garder? Parvenons-nous à les ramener dans l'enseignement et à les inciter à donner plus de formation aux étudiants qui suivent?

Nous avons quatre recommandations à vous proposer. Premièrement, nous suggérons d'organiser une conférence nationale sur la collaboration interprovinciale des organisations travaillant dans ce domaine. Même si le ROMP est l'un des trois programmes qui existent en Ontario, il y a aussi des programmes semblables dans d'autres provinces. Une conférence nationale nous permettrait de répondre aux besoins communs qui se manifestent dans le pays et de concevoir des initiatives conjointes. Nous pourrions alors échanger des pratiques exemplaires pour ne pas avoir à réinventer la roue, chacun de notre côté. Une conférence nationale pourrait en outre avancer quelques propositions pratiques, dont la création d'un collège de médecine rurale, par exemple. C'est un domaine qui relève de la compétence fédérale. On peut donc espérer que vous aurez la possibilité d'agir à cet égard.

Deuxièmement, nous recommandons que le ROMP et l'Alberta Rural Physician Action Plan, qui est notre pendant albertain, travaillent ensemble à la mise au point de notre site Web practicaldoc.ca, qui n'en est qu'à ses tout premiers stades. Nous n'avons élaboré qu'une structure générale, et tout reste encore à faire. Il s'agira d'un portail national pour le maintien en poste. Nous envisageons d'en faire un outil de perfectionnement du corps enseignant, d'éducation permanente en médecine et d'administration de la recherche. Nous espérons l'ouvrir à toutes les provinces. La Colombie-Britannique a récemment exprimé de l'intérêt pour une collaboration avec nous à cet égard. Nous ne disposons actuellement d'aucun financement pour ce travail, que nous faisons à partir de notre infrastructure existante. C'est certainement un domaine à examiner.

La troisième recommandation concerne un programme national de placement de stagiaires, que nous voudrions réaliser dans un contexte interprovincial et international. Par exemple, dans le cadre de notre programme, le ministère ontarien de la Santé nous donne des fonds pour placer des stagiaires des six écoles de médecine de la province. Le programme ne fait rien qui ne soit pas offert aux étudiants d'ailleurs, aux diplômés étrangers ou aux étudiants canadiens formés à l'étranger, par exemple en Irlande, en Australie ou ailleurs. Par conséquent, on nous demande constamment de placer des stagiaires de l'extérieur de l'Ontario. Il peut s'agir d'Ontariens qui veulent revenir dans la province après avoir fait des études en Colombie-Britannique, ou encore d'étudiants de la Colombie-Britannique qui font des études en Ontario et veulent rentrer dans leur province. Nous croyons qu'il est possible de répartir ces étudiants, de permettre à des diplômés étrangers de venir faire des études au Canada et de favoriser un mouvement interprovincial des stagiaires. Nous croyons que cela est important pour constituer des ressources partagées.

Par exemple, nous avons au moins 2 500 étudiants en médecine en Ontario, dont beaucoup cherchent des sites de formation ailleurs. Comme les écoles de médecine augmentent leurs admissions à cause des pressions exercées par la société, nous devons nous occuper du placement de ces étudiants.

La quatrième recommandation porte sur l'organisation d'une conférence des ministres de la Santé sur le financement de l'éducation, du recrutement et du maintien en poste pour les collectivités. Vous pourriez appuyer l'organisation d'une telle conférence.

Je vous remercie.

● (0925)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Wells.

Nous allons maintenant entreprendre un tour de questions et réponses de sept minutes. Nous devons cependant nous arrêter à 10 h 30 pour discuter à huis clos de nos travaux.

Mme Duncan et Mme Murray partageront leur temps de parole. Mme Murray passera en premier.

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

Je m'intéresse beaucoup à la coopération entre ceux qui s'occupent des questions de santé autochtone et de santé rurale. Au cours de la dernière réunion du comité, nous avons eu un groupe de témoins qui nous ont parlé de la situation dans les collectivités autochtones. J'aimerais donc savoir si les statistiques que vous nous avez présentées pour les régions rurales comprennent les données des Autochtones qui vivent dans ces régions.

Pour ce qui est du recrutement et du maintien en poste, je suis curieuse de savoir si vous considérez le recrutement et le maintien en poste des ressources humaines en santé dans les collectivités autochtones comme un élément de votre travail, ou bien si vous faites une distinction entre les deux domaines pour ce qui est de l'étude, de l'analyse et des recommandations.

Je note que parmi les quatre grandes initiatives de la stratégie pancanadienne de ressources humaines en santé, il y a des projets de ressources humaines, mais aucune de ces initiatives n'a une composante rurale. J'aimerais bien comprendre. Les deux domaines sont-ils complètement distincts en fonction des caractéristiques fondamentales que vous examinez? Comment le travail réalisé du côté autochtone peut-il être combiné à celui qui se fait sur le plan

rural de façon à obtenir une plus grande efficacité générale? J'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet.

● (0930)

Dr John Wootton: Je voudrais formuler une première observation.

Roger s'occupe d'une région qui se situe plus au nord que celle à laquelle je m'intéresse, mais j'ai travaillé dans son secteur, à Sioux Lookout. En gros, au chapitre des ressources humaines en santé, je crois qu'il y a beaucoup de points communs. De nombreux médecins et infirmières passent des collectivités isolées du Nord à des collectivités rurales situées plus au sud. Ils ne vont pas jusqu'à Toronto, mais le fait pour eux d'aller plus au sud représente un grand changement.

Toutefois, au chapitre des détails et du contenu, c'est très différent. La Société de la médecine rurale collabore avec un groupe de médecins des premières nations pour produire un manuel sur la santé dans le Nord, dont beaucoup d'aspects se distinguent assez nettement au niveau des détails. Il y a donc des différences sur le plan clinique.

Pour ce qui est de l'information, ce n'est probablement pas le cas. La principale caractéristique des médecins qui travaillent en milieu rural est liée au niveau de responsabilité assumé. Ils sont isolés, mais ils le sont tout autant à Shawville pendant une tempête de neige qu'ils le sont dans le Nord quand les avions ne peuvent pas voler.

Par conséquent, au chapitre de l'infrastructure et de la formation, il y a beaucoup d'aspects semblables. Toutefois, au niveau des collectivités, les choses peuvent être très différentes.

Dr Roger Strasser: La première observation à faire lorsqu'on examine les statistiques sur l'état de santé, c'est qu'en faisant abstraction des chiffres des collectivités autochtones, les données montrent que l'état de santé de la population des régions rurales et isolées est moins bon que celui de l'ensemble de la population. Lorsqu'on s'interroge à ce sujet, certains avancent l'hypothèse que cela est dû au mauvais état de santé des Autochtones des régions rurales. Ce n'est pas le cas.

Il y a des problèmes particuliers, dont John a mentionné quelques-uns, liés au mode de vie et au genre de travail des ruraux. Il y a certains chevauchements avec la situation des Autochtones, mais les facteurs qui influent sur la santé rurale ne sont pas les mêmes que les facteurs qui influent sur la santé des Autochtones.

Je ne sais pas à qui vous avez parlé la dernière fois, mais ceux qui s'intéressent à la santé des Autochtones vous diront qu'il y en a autant en milieu urbain et semi-rural qu'il y en a dans les régions rurales et isolées du pays. La santé autochtone ne tient pas seulement au milieu rural et à l'isolement. Elle est également liée aux villes et aux régions métropolitaines.

Cela étant dit, nous avons plus d'une centaine de premières nations dans le nord de l'Ontario. Elles comptent parmi les collectivités les plus défavorisées au niveau social et sur le plan de l'éducation. Elles se classent aussi parmi les pires du pays au chapitre de l'état de santé.

Dans le nord de l'Ontario, compte tenu de notre mandat de responsabilité sociale, nous nous intéressons beaucoup à la santé et aux questions autochtones, ce qui comprend un certain nombre d'éléments. Nous travaillons très fort pour établir et maintenir des relations étroites avec les organisations, les populations et les collectivités autochtones. Nous avons des Autochtones qui siègent à notre conseil d'administration et qui participent ainsi à la gestion de l'école ainsi qu'à tous les aspects de notre programme d'études et de l'administration. Il y a des aînés qui sont membres de notre groupe de leadership. Nous avons des Autochtones parmi les stagiaires, les étudiants en médecine et les résidents. En fait, notre premier groupe d'inscriptions comprenait 11 p. 100 d'étudiants autochtones. C'est le plus fort pourcentage jamais enregistré dans une école de médecine du Canada.

Nous accordons beaucoup d'importance aux questions autochtones et à la santé des Autochtones parce que nous voulons que nos étudiants et nos diplômés aient une bonne compréhension de l'histoire, des traditions, de la culture, de la société et de la santé des Autochtones et qu'ils y soient sensibilisés. La santé autochtone occupe une place importante dans le programme d'études. En première année, les étudiants ont une période de quatre semaines pendant laquelle ils vivent et apprennent dans des collectivités autochtones. C'est pour eux une expérience d'immersion dans le cadre de laquelle ils font leur apprentissage dans la collectivité.

Il est important de comprendre que, dans les régions rurales et isolées, les collectivités autochtones et leurs problèmes de santé font parti intégrante du tableau d'ensemble et qu'il y a aussi des dimensions particulières de nature culturelle, historique, etc. liées aux populations et aux collectivités autochtones.

• (0935)

La présidente: Merci, docteur Strasser.

Monsieur Malo.

[Français]

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

Hier, mon collègue, M. Dufour, et moi-même, en compagnie du chef du Bloc québécois Gilles Duceppe, avons rencontré des étudiants en médecine. Lors des discussions que nous avons eues, l'un des étudiants nous disait que dans les facultés de médecine, la plupart des places réservées aux étudiants autochtones n'étaient pas utilisées.

J'aimerais simplement connaître votre position à ce sujet, plus particulièrement celle du Dr Strasser. En effet, j'ai l'impression que chez eux, à l'École de médecine du Nord de l'Ontario, cela fonctionne. Je crois que les places réservées aux étudiants autochtones sont utilisées. J'aimerais avoir son opinion à ce sujet.

Si vous le permettez, madame la présidente, je vais lui poser tout de suite ma deuxième question. Tout à l'heure, il faisait référence à sa participation à un groupe d'étude international sur la pratique de la médecine en zones rurales. J'aimerais avoir un peu plus de détails sur la façon dont se vit cet aspect de la pratique de la médecine ailleurs dans le monde.

[Traduction]

Dr Roger Strasser: Je vous remercie.

Votre première question portait sur les places réservées aux étudiants autochtones dans les écoles de médecine. En fait, au stade de l'élaboration des plans de notre école, il y a eu un débat assez animé entre les Autochtones eux-mêmes au sujet de l'opportunité de

réserver des places à des étudiants autochtones. Certains disaient: « Vous savez, à moins d'avoir des places réservées, nos gens n'iront pas à l'école de médecine. » Pour d'autres: « Non, nous ne devons pas réserver des places parce que cela donne l'impression que les étudiants autochtones bénéficient de passe-droits et que les normes ne sont pas aussi strictes, ce qui les stigmatise. »

À l'École de médecine du nord de l'Ontario, nous avons choisi une solution intermédiaire. Nous admettons chaque année 56 étudiants, et deux places sont réservées à des étudiants autochtones. Toutefois, ce chiffre est pour nous non pas un plafond, mais un minimum. Nous n'avons jamais eu deux étudiants autochtones seulement par classe. Nous avons une approche ciblée visant à reproduire dans chaque classe la répartition de la population du nord de l'Ontario. Nous avons ainsi réussi à avoir entre trois et six Autochtones par classe, ce qui représente un pourcentage compris entre 5 et 11 p. 100.

Comme vous l'avez entendu, les autres écoles de médecine réservent aux étudiants autochtones des places qui ne sont pas toujours utilisées. C'est notamment parce qu'il faut avoir un processus actif pour encourager les Autochtones à s'inscrire aux études de médecine. Nous avons un processus d'admission autochtone. Nous commençons en fait dès l'école primaire à encourager les élèves à envisager de devenir médecins ou professionnels de la santé à l'avenir.

Lorsque nos étudiants en médecine vont dans les collectivités des premières nations, ils visitent les écoles et parlent aux élèves d'eux-mêmes, de l'université, de l'école de médecine, etc. Nous avons également un programme dans le cadre duquel des étudiants autochtones de niveau secondaire viennent passer une semaine sur notre campus dans un camp d'été en sciences. Pendant la semaine, ils apprennent à faire le lien entre les sciences qu'ils étudient à l'école secondaire et le domaine de la santé. Grâce à la télévision, nous avons pu adopter ces dernières années un thème inspiré de l'émission CSI, qui a eu beaucoup de succès auprès des étudiants.

Il faut donc faire beaucoup d'efforts pour encourager les étudiants autochtones à envisager une carrière en médecine, à étudier et à obtenir les notes nécessaires et pour les financer jusqu'à leur admission à l'école de médecine. Il faut considérer le tableau d'ensemble et concevoir l'itinéraire pouvant les mener vers les études en médecine.

Si j'ai bien compris, votre seconde question concernait le rapport de l'Organisation mondiale de la santé. Je fais partie du groupe d'experts qui conseille l'OMS à ce sujet. Le rapport est axé sur le recrutement et le maintien en poste des travailleurs de la santé en milieu rural isolé partout dans le monde. Comme je l'ai dit, il y a quatre catégories de recommandations. La première, qui traite de l'enseignement, comprend cinq recommandations. Premièrement, il est préférable de recruter des étudiants venant d'un milieu rural.

Deuxièmement, il faut créer des écoles de médecine et de sciences de la santé à l'extérieur des grandes villes, comme dans le cas de l'École de médecine du nord de l'Ontario, qui a bien réussi à cet égard. Il y a dans le monde d'autres exemples d'établissements créés en milieu rural ou, du moins, en dehors des grandes agglomérations urbaines.

Troisièmement, tous les étudiants devraient acquérir de l'expérience clinique en milieu rural, en faisant des stages dans de petites localités.

Quatrièmement, le programme d'études devrait insister sur la santé et la pratique de la médecine en milieu rural. Il y a un ensemble défini de connaissances et de compétences que les praticiens ruraux doivent acquérir. Le Dr Wootton a mentionné que ces praticiens sont des généralistes polyvalents. Il est donc important que tous les étudiants en médecine acquièrent les connaissances nécessaires et comprennent que la pratique rurale nécessite un ensemble particulier de compétences. Il faut les aider à s'en rendre compte pour qu'ils puissent envisager une carrière dans ce domaine.

Cinquièmement, il y a l'éducation continue et le perfectionnement professionnel pour aider les praticiens ruraux à se tenir au courant et à se perfectionner dans le cadre de leurs fonctions. Comme vous pouvez l'imaginer, il est difficile, dans une petite collectivité, de s'absenter pour aller suivre des cours. Il faut trouver un remplaçant, faire des déplacements et ainsi de suite. Il est donc très avantageux de mettre à la disposition des praticiens des cours adaptés à leurs besoins et auxquels ils peuvent facilement accéder grâce à différents moyens de communication.

• (0940)

Voilà pour la catégorie de l'enseignement.

Je vais passer en revue assez rapidement les autres recommandations. Dans la catégorie de la réglementation, nous proposons un guide de pratique amélioré reconnaissant que les praticiens ruraux, qu'il s'agisse d'infirmières, de médecins, de pharmaciens ou de physiothérapeutes, sont en réalité des généralistes polyvalents. Les lois et les règlements devraient être adaptés à cette réalité et l'appuyer.

Le groupe recommande aussi d'appuyer différentes catégories de travailleurs de la santé, dont les infirmières praticiennes ou auxiliaires médicales, comme on les appelle au Canada. Il est manifestement avantageux de disposer de différentes catégories de travailleurs dispensant des soins dans les régions rurales.

Une autre recommandation porte sur le service obligatoire. Dans certains pays, les nouveaux diplômés sont tenus de travailler un an ou deux dans une région rurale. Il est établi que cette façon de procéder favorise tant le recrutement que le maintien en poste.

Les recommandations traitent également des appuis financiers sous forme de subventions aux études assorties d'une période de service de contrepartie. Nous avons des programmes de ce genre au Canada. Les encouragements financiers prennent surtout la forme de bonis versés pendant la période de service en milieu rural et d'une aide financière pour s'établir à titre de praticien rural. Il y a différentes formes.

La dernière catégorie traite du soutien personnel et professionnel. Il s'agit de veiller à ce que les praticiens ruraux aient des conditions de vie agréables, un milieu de travail sûr et puissent compter sur l'appui du système de santé et de spécialistes des régions urbaines.

• (0945)

La présidente: Merci, docteur Strasser.

Je regrette de vous interrompre, mais vous aurez l'occasion de poursuivre plus tard. Nous avons largement dépassé le temps de parole. Comme je l'ai fait dans plusieurs cas, cela risque d'empêcher des membres du comité de poser leurs questions.

Par conséquent, vous aurez probablement l'occasion...

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Serait-il possible de déposer le document de l'OMS?

La présidente: Nous allons maintenant passer à...

L'hon. Carolyn Bennett: Madame la présidente, pouvons-nous nous assurer que le rapport de l'OMS dont le Dr Strasser vient de nous parler sera déposé?

La présidente: Sera-t-il déposé, docteur Strasser?

Merci beaucoup.

Merci, madame Bennett.

C'est maintenant au tour de Mme Hughes.

Mme Carol Hughes (Algoma—Manitoulin—Kapusking, NPD): Merci beaucoup. Je remercie les témoins de leur présence au comité aujourd'hui.

Je viens d'une région rurale. Je représente la circonscription d'Algoma—Manitoulin—Kapusking. J'ai assisté à la cérémonie de remise des diplômes à l'École de médecine du nord de l'Ontario. Je suis souvent en contact avec le Dr Maurianne Reade, qui est une amie très proche et qui donne de la formation en résidence à Mindemoya. J'ai été heureuse d'écouter votre exposé sur l'école de médecine.

Vous avez parlé d'encouragements financiers, comme l'ont fait les autres témoins. Ces encouragements peuvent être avantageux, mais ils ont aussi des inconvénients. Le NPD a fait une proposition qui inciterait les médecins à aller s'établir dans les régions rurales en les aidant à rembourser une partie de la dette qu'ils ont contractée pendant leurs études, pourvu qu'ils engagent à rester. D'une certaine façon, c'est une bonne chose, parce qu'elle encouragerait les médecins à adopter la pratique rurale. Toutefois, rien ne garantit qu'ils resteront une fois qu'ils auront fini de recevoir l'argent.

Nous avons également parlé de l'opportunité pour le gouvernement de veiller, en cas de disparités dans la dotation en personnel des hôpitaux, à fournir au moins une infirmière praticienne dans les régions ayant une population inférieure à 30 000 habitants. Je crois que nous aurions eu besoin d'un plus grand nombre, mais ce serait au moins un début.

La dotation en personnel est un grand problème. Certaines des propositions que vous avez faites pourraient contribuer à y remédier. Des représentants de la Fédération canadienne des étudiants et étudiantes en médecine ont comparu devant le comité hier. Ils nous ont parlé de la réduction des incitatifs, de l'avantage qu'il y aurait à offrir des subventions comme moyen d'encourager les étudiants et de la façon d'amener plus d'étudiants venant de régions rurales à s'établir dans de petites collectivités, puisque c'est ordinairement eux qui restent.

Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez de tout cela et nous indiquer certains des inconvénients? Qu'est-ce qui marche, qu'est-ce qui ne marche pas et de quelle façon le gouvernement peut-il intervenir?

La présidente: Qui veut répondre?

Docteur Wootton.

Dr John Wootton: Je peux vous parler de ce qui se passe au Québec.

À mon avis, la structure d'encouragement qui marche le mieux est celle qui est liée aux caractéristiques de la pratique. En d'autres termes, la principale distinction entre un médecin rural et un médecin urbain, c'est ce qu'on appelle en français « la polyvalence de la pratique »: c'est le fait que le médecin est responsable de patients qui peuvent être à l'hôpital, dans l'unité de soins intensifs ou au département d'obstétrique; de plus, il reçoit des patients à son bureau et peut également être de garde aux urgences et avoir à s'occuper de traumatismes.

Ce sont les responsabilités étendues ainsi que la formation nécessaire pour les assumer qui justifient la différence. C'est un motif très supérieur aux simples caractéristiques géographiques. Si des gens bénéficient d'un programme d'encouragement purement fondé sur la géographie, le programme a une connotation négative parce qu'il implique que la collectivité n'a pas grand-chose à offrir et qu'elle a besoin d'incitatifs pour amener des médecins à y venir.

Beaucoup de pays ont des encouragements du même genre fondés sur les responsabilités pour les autres professionnels de la santé. Je crois que l'Australie offre des incitatifs aux infirmières pour qu'elles s'établissent dans les régions rurales. Cela manque au Canada parce que les organismes de négociation qui représentent les infirmières ou les pharmaciens ne reconnaissent pas vraiment le fait qu'ils ont davantage de responsabilités en milieu rural et n'ont donc pas établi une structure correspondante.

Les effets des incitatifs doivent être reconnus tout le long de la carrière du médecin. Comme on l'a mentionné, le versement de gros montants forfaitaires au départ cause des divisions dans la collectivité parce que les médecins qui y sont établis depuis longtemps ont l'impression qu'on ne reconnaît pas leur contribution.

• (0950)

Dr Roger Strasser: J'ajouterais qu'il est important, à mon avis, d'envisager une sorte d'approche holistique, de considérer les différents éléments et de prévoir des encouragements non seulement pour les médecins, mais pour tous les membres de l'équipe médicale, car c'est de cela qu'on a besoin dans les collectivités rurales.

Les encouragements particuliers dont vous parlez ont quelques inconvénients, surtout si c'est la collectivité elle-même qui a pris l'initiative. Tout d'abord, certaines collectivités ont plus de ressources que d'autres et il arrive souvent que les collectivités les plus éloignées soient aussi les plus démunies et les moins en mesure de verser des incitatifs. Une approche systémique permettant aux différentes collectivités d'avoir des systèmes comparables est importante. Autrement, il y a toutes sortes de distorsions.

L'autre inconvénient, c'est qu'au terme du versement des incitatifs, les médecins bénéficiaires ont tendance à décider de s'en aller. Il y a quelques années, une petite ville du nord-ouest de l'Ontario, Geraldton, a connu une crise quand cinq médecins qui avaient bénéficié de tels encouragements financiers ont tous décidé de partir, presque au même moment, au terme de la période de versement.

La solution ne consiste pas seulement à déterminer de quelle façon les incitatifs sont fournis, même s'il est important d'encourager les médecins à rester et de récompenser la polyvalence des praticiens qui dispensent toute la gamme de services. Cela comporte un aspect communautaire. Il est vraiment important pour la collectivité de reconnaître son rôle dans l'accueil du médecin et, en fait, de toute sa famille. C'est d'ailleurs la même chose dans le cas des autres professionnels de la santé. Quand un médecin ou une infirmière arrivent dans une collectivité, ils sont en général accompagnés des membres de leur famille. Le programme d'encouragement peut comprendre des éléments répondant aux besoins du conjoint et des enfants, afin que le médecin devienne un membre de la collectivité et ait un sentiment d'appartenance qui l'incite à rester. Voilà un autre élément systémique qui joue un rôle très important aussi bien dans le maintien en poste que dans le recrutement.

La présidente: Merci, docteur Strasser.

Nous passons maintenant à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

J'ai quelques questions à poser au sujet du Rural Ontario Medical Program. Michelle et Peter, je suis très heureux de vous voir ici. J'ai eu le plaisir de participer à quelques tournées de la PAIRO dont vous vous êtes occupés. Ma collègue, Mme Bennett, a déjà pris la parole au cours de l'une de vos conférences. Il n'y a pas de doute que vous vous êtes fait une excellente réputation en trouvant des médecins pour les collectivités des régions insuffisamment desservies.

J'aimerais connaître les conditions actuelles dans les régions insuffisamment desservies de l'Ontario avant d'aborder les solutions possibles. J'ai parlé à notre recruteur de médecins du comté de Simcoe. Il m'a dit que dans la seule ville de Barrie, les changements apportés aux subventions d'encouragement vont priver d'incitatifs 17 médecins de notre collectivité qui s'occupent de patients et jouent un rôle essentiel.

J'ai cru comprendre que ce changement va rendre considérablement plus difficile le recrutement de médecins dans de nombreuses régions de l'Ontario. Je crois qu'il y a une subvention d'encouragement de 40 000 \$ qui est sur le point d'être supprimée et une autre de 15 000 \$. Pouvez-vous expliquer au comité de quelle façon ces changements apportés par le gouvernement de l'Ontario se répercuteront sur le recrutement dans la province?

La présidente: Qui va commencer?

Docteur Wells.

M. Peter Wells: Je vais commencer, puis je céderai la parole à Michelle.

Le programme dont vous parlez, c'est le PSRID ou Programme des services aux régions insuffisamment desservies. Son but est de fournir un certain financement aux collectivités pour leur permettre de recruter. L'argent doit être réaffecté selon un système assez compliqué. Je ne crois pas que nous ayons besoin d'aller dans les détails. Qu'il me suffise de dire que lorsqu'on envisage d'accorder des incitatifs, il faudrait à mon avis adopter une approche systémique, comme l'a mentionné le Dr Strasser, et appuyer les études de premier cycle en médecine, qui ne bénéficient pas d'un soutien suffisant en Ontario. Les étudiants, qui doivent assumer des frais de scolarité élevés, ne sont pas appuyés lorsqu'ils vont à l'extérieur compléter leurs études. La recherche permet de croire que plus on agit tôt et plus l'action dure, plus les chances de succès sont grandes quand on veut aider directement les collectivités sur le plan de l'infrastructure pour tous les aspects de l'enseignement clinique. Les médecins aussi bien que les autres professionnels de la santé sont importants.

Michelle pourra donner une réponse plus précise à votre question directe concernant le programme.

• (0955)

Mme Michelle Hunter (gestionnaire, Rural Ontario Medical Program): Je vous remercie.

Si vous vous intéressez aux programmes actuellement en cours dans les collectivités telles que Barrie ou, plus à l'ouest, comme Kitchener—Waterloo, ou encore au sud-ouest ou au sud-est de l'Ontario, je dois vous dire que ces collectivités perdront leurs subventions d'encouragement. Le programme d'enseignement gratuit disparaîtra le 2 avril. L'argent a été réaffecté à d'autres programmes de financement touchant davantage de collectivités rurales et isolées.

Comme l'a dit le Dr Wootton, les encouragements peuvent dépendre des caractéristiques géographiques ou des responsabilités professionnelles. Vous vous intéressez probablement au programme fondé sur la polyvalence afin d'appuyer les médecins qui dispensent des services étendus. Si cet aspect est récompensé, les collectivités seront en mesure de recruter et de garder les médecins.

M. Patrick Brown: J'ai cru comprendre qu'il y a eu des changements négatifs touchant l'entente sur le service de contrepartie, dans le sens que nous nous intéressons beaucoup aux médecins étrangers et à la reconnaissance de leurs titres de compétence. Il me semble qu'avec les changements, qui entreront en vigueur le 2 avril, je suppose, un médecin qui a fait ses études à l'étranger et qui a une période de service de contrepartie pourra le faire dans le comté de Simcoe. Ce sera donc la pagaille partout en Ontario, à part Ottawa et Toronto. Il sera de plus en plus difficile pour les petites villes et les régions rurales d'obtenir des contrats de service de contrepartie, puisqu'il suffira maintenant de faire ce service dans une localité située à quelques minutes au nord de Toronto.

Est-ce là une tendance dont devraient s'inquiéter les petites villes et les régions rurales de l'Ontario?

Mme Michelle Hunter: Les contrats de service de contrepartie existent maintenant pour les diplômés étrangers qui sont affectés à des stages de résidence. On leur demande de se conformer aux normes. L'Ontario a changé les règles, de sorte que les stagiaires peuvent maintenant aller à Hamilton, à Oakville, dans différents arrondissements de Toronto et même à London. Ils peuvent faire leur service là.

Cela aura des répercussions sur Barrie et sur le nord de l'Ontario. Les diplômés étrangers voudront s'établir à proximité de leur groupe culturel. Par conséquent, où sont les contrats de service de contrepartie pour ceux qui paient des frais de scolarité en Ontario, puis qui font leur résidence dans une pratique de médecine familiale? Où font-ils leur service de contrepartie? S'ils choisissent d'en faire, ils utiliseront des fonds qui les enverront très loin dans le nord et les régions rurales de l'Ontario.

M. Patrick Brown: C'est ce que je crains. Les deux changements frapperont durement les régions de l'Ontario qui sont insuffisamment desservies. C'est un développement regrettable auquel j'espère qu'il sera possible de remédier.

J'en viens à ce que j'envisage comme solution possible. D'après les témoignages que nous avons entendus précédemment, la solution réside dans une augmentation du nombre de postes de résident. Je sais que vous jouez un rôle dans la formation. Je voulais donc vous demander combien il en coûterait de réaliser un programme national destiné à créer davantage de postes en résidence. Quels sont les coûts de la formation et de la résidence pour un étudiant en médecine? J'ai cru comprendre qu'il s'agit d'un programme de deux ans. Quel est le coût de ces deux années?

J'ai appris, plus tôt cette année, lors de la comparution des représentants du Collège des médecins et chirurgiens, qu'on recevait 700 à 800 candidatures pour les 175 postes de résident offerts chaque année. Je ne me souviens pas du chiffre exact. Nous rejetons la candidature de tous ces médecins en herbe parce que nous manquons de postes de résident. La solution ne consiste-t-elle pas alors à augmenter le nombre de ces postes? Je suppose cependant que cela serait assez coûteux, mais quel est ce coût?

La présidente: Qui veut répondre?

Docteur Strasser.

M. Patrick Brown: Combien la résidence coûte-t-elle à votre organisation?

Dr Roger Strasser: La première chose à dire, c'est que nous avons bien assez de postes de résident pour les diplômés des écoles de médecine du Canada. En fait, toutes les provinces offrent aux diplômés en médecine étrangers la possibilité de faire leur résidence et de pratiquer la médecine au Canada.

Il me serait très difficile de répondre à la question concernant les coûts parce que ceux-ci comportent différents éléments, qui sont généralement financés par différents moyens, de sorte qu'on ne dispose pas d'un coût global. Il y a de toute évidence des différences entre la formation donnée dans des centres tels que Toronto, où la population est concentrée et où il est facile de trouver une masse critique, et la formation dispensée dans des régions où la population est dispersée, comme le nord de l'Ontario.

• (1000)

La présidente: Monsieur Brown, votre temps de parole est écoulé. Je regrette, je vous ai déjà donné plus de temps.

Nous allons maintenant passer au deuxième tour de questions et réponses, avec des périodes de cinq minutes. Les membres qui veulent partager leur temps de parole doivent surveiller l'heure. Pensez à vos collègues, si vous pouvez.

Nous commencerons par Mme Bennett et Mme Duncan. Laquelle passera en premier?

L'hon. Carolyn Bennett: Je vais commencer. Nous poserons toutes deux nos questions d'avance, puis vous y répondrez.

Docteur Strasser, en Australie, le système des remplaçants est très développé. J'ai déjà travaillé pour la société Locums Australia Pty Ltd., qui m'a envoyé un peu partout dans le pays. Il en est de même de l'Association médicale australienne...

Au sujet de la formation médicale continue et des dispositions prises en faveur des familles, j'ai entendu dire que les médecins veulent être certains d'être accompagnés de leur famille. S'ils sont seuls à desservir une collectivité, c'est vraiment difficile à faire. Y a-t-il quelque chose que nous puissions faire pour assurer une meilleure organisation? Pouvons-nous agir au niveau des permis d'exercer pour qu'il soit possible à un médecin détenant une licence ontarienne de faire un remplacement dans le nord du Manitoba? Comment feriez-vous pour organiser des choses de ce genre? Pouvés-vous nous suggérer des recommandations à inclure dans notre rapport?

À vous, Kirsty.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente. Je remercie également les témoins pour leur présence au comité et pour l'important travail qu'ils font.

Je suis vraiment alarmée par les disparités qui existent entre les régions urbaines et rurales. Je trouve que les Canadiens ruraux ont des taux très élevés de décès dus aux maladies circulatoires, aux blessures, aux affections respiratoires et au suicide, par rapport aux citadins. Nous pouvons constater que 21 p. 100 des Canadiens vivent dans des régions rurales, mais qu'ils ne sont desservis que par 9,4 p. 100 des médecins.

Mes questions sont les suivantes. Dans quelle mesure les disparités en santé entre Canadiens ruraux et urbains sont-elles attribuables à la pénurie de médecins? De quelle façon cette pénurie se répercute-t-elle, par exemple, sur les soins d'urgence, les chirurgies et les traitements postopératoires?

La présidente: Qui veut commencer? Vous avez trois minutes.

Docteur Strasser.

Dr Roger Strasser: Je vais peut-être commencer. Au sujet des praticiens ruraux et des remplacements, il est vrai que l'Australie a un système très développé. Dans le cadre de ce système, les praticiens ruraux disposent, plus ou moins automatiquement, d'un financement leur permettant de participer à des programmes de perfectionnement. C'est la FMC, ou formation médicale continue. Bref, les Australiens ont bien organisé les remplacements, de sorte que les médecins peuvent quitter leur collectivité pour aller suivre des cours. Ils reçoivent du gouvernement fédéral des fonds couvrant le coût de cette formation. C'est donc un bon modèle dont vous pourriez vous inspirer.

Quant à la question de l'état de santé des Canadiens ruraux et de la répartition inégale des ressources humaines, l'accès est le vrai problème en milieu rural. Il en est de même dans le monde entier. Il n'y a pas de doute que l'accès réduit contribue au mauvais état de santé des ruraux, mais ce n'est qu'un facteur parmi d'autres. Les déterminants sociaux de la santé, dans leur ensemble, influent sur la santé des gens des régions rurales, comme partout ailleurs.

La présidente: Qui veut poursuivre?

Docteur Wootton.

Dr John Wootton: En ce qui concerne la licence de remplacement, la Société de la médecine rurale exerce depuis longtemps des pressions pour la création d'une telle licence. Pour un médecin rural, le meilleur remplaçant est un autre médecin rural, et il est faux de dire que toutes les collectivités du pays sont en crise en même temps. Pour un médecin, un changement est souvent aussi agréable que des vacances. Beaucoup seraient enchantés de voir d'autres régions du pays, mais s'ils doivent payer une licence pour une année entière... Pour moi, aller faire un remplacement à Renfrew, à 20 kilomètres de chez moi, serait un véritable cauchemar sur le plan logistique.

Il est à espérer que l'Accord sur le commerce intérieur réduira les barrières interprovinciales. Il serait intéressant d'envisager, dans le cadre de l'accord, un mécanisme permettant de délivrer des licences de remplacement ainsi qu'une organisation pouvant gérer le système.

•(1005)

La présidente: Il ne reste que 30 secondes. Avez-vous des observations à formuler à ce sujet, docteur Wells?

M. Peter Wells: Je voudrais appuyer les observations faites au sujet de la réduction des barrières interprovinciales, tant au niveau de l'enseignement qu'à celui des remplacements. Un enseignant efficace a besoin d'être remplacé pour pouvoir profiter de la FMC. Les stagiaires ont en outre besoin de flexibilité pour être en mesure de suivre des cours dans différentes régions du pays.

La présidente: Merci, docteur Wells.

C'est maintenant au tour de Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente. Je voudrais aussi remercier tous les témoins pour les précieux renseignements qu'ils nous ont présentés.

Je voudrais commencer par l'université et la formation de nos étudiants en médecine. Je crois qu'il y a 17 écoles de médecine. Vous en avez mentionné deux en Ontario. Je sais que nous avons l'Université du nord de la Colombie-Britannique. Il s'agit dans tous les cas de programmes relativement récents. Y a-t-il au Canada d'autres universités qui enseignent la médecine rurale?

Dr Roger Strasser: Le Canada compte 17 écoles de médecine. L'École de médecine du nord de l'Ontario est la dix-septième: c'est la seule nouvelle école de médecine établie au Canada depuis 30 ans. Cela étant dit, les écoles de médecine de toutes les provinces admettent maintenant plus d'étudiants et ont, dans beaucoup de cas, établi des campus secondaires.

Vous avez mentionné la Colombie-Britannique. Cette université nous a précédés d'un an. L'école de médecine est une collaboration entre l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université du nord de la Colombie-Britannique à Prince George et l'Université de Victoria. Par conséquent, ces étudiants appartiennent à l'Université de la Colombie-Britannique et suivent ses programmes d'études. Toutefois, la quasi-totalité des quatre années d'enseignement se donne dans le nord de la province ou dans l'île de Vancouver.

Il y a eu des développements semblables au Québec. Ainsi, l'Université de Sherbrooke collabore avec l'Université du Québec à Chicoutimi. Au Nouveau-Brunswick, il y a Moncton et d'autres écoles du Québec. Il faut également citer Trois-Rivières qui collabore avec l'Université de Montréal, et ainsi de suite. Il est maintenant courant, un peu partout dans le pays, que les écoles de médecine créent des campus secondaires dans des régions rurales. Le programme d'études est cependant identique ou très proche du programme donné dans la région urbaine.

L'École de médecine du nord de l'Ontario est le seul nouvel établissement établi en milieu rural avec un programme d'études vraiment conçu en fonction de ce milieu.

Mme Cathy McLeod: Le fait pour un grand nombre d'étudiants en médecine de suivre des cours par satellite ou de recevoir de la formation dans le Nord est un phénomène relativement récent. Nous espérons donc être bientôt témoins de résultats concrets. J'ai l'impression que nous nous orientons vers des effets très positifs grâce aux choix que ces étudiants sont en train de faire.

Vous avez mentionné qu'à l'université dont vous êtes responsable, une proportion très élevée des étudiants ont grandi en milieu rural. Comme je sais que l'admission dans une école de médecine est un processus hautement compétitif, obtenez-vous ce résultat en accordant des points supplémentaires aux candidats venant de collectivités rurales? Comment avez-vous réussi à avoir un pourcentage aussi élevé d'étudiants qui ont grandi dans un milieu rural?

Dr Roger Strasser: Notre principe de base, c'est que le comportement futur dépend le plus souvent du comportement passé. Nous considérons donc la moyenne pondérée cumulative. Tous les candidats dont la moyenne est supérieure à 3,0 sur un barème de quatre points sont jugés admissibles. Nous recherchons un contexte universitaire équilibré. Si les étudiants ont un diplôme en sciences ou en mathématiques, nous leur faisons suivre des cours en sciences humaines et en art. S'ils ont fait des études en sciences humaines et en art, nous leur donnons des cours de sciences et de mathématiques. Nous n'exigeons aucun cours préalable. Nous ne nous servons pas de l'examen d'admission américain MCAT qu'administrent la plupart des écoles de médecine du Canada. Nous examinons plutôt les notes obtenues à l'université.

Les candidats remplissent un questionnaire qui nous permet de savoir où ils ont grandi, où ils sont allés à l'école et à quels endroits ils ont eu l'occasion de faire du travail communautaire, etc. Nous leur attribuons en outre ce que nous appelons une « note de contexte », qui constitue en fait une réponse directe à votre question. Ceux qui ont grandi dans le nord de l'Ontario obtiennent la note maximum, de même que les Autochtones, les francophones, etc.

Notre processus est lui aussi hautement compétitif. Nous recevons chaque année quelque 2 000 demandes pour les 56 places que nous avons. Le rapport est de l'ordre de 40 à 1. Nous choisissons 400 candidats que nous convoquons à une entrevue. En fait, nous avons fait des entrevues le week-end dernier à Sudbury et nous en ferons au cours du week-end qui suivra Pâques à Thunder Bay. Après avoir ajouté la note attribuée à l'entrevue aux autres notes, nous décidons des candidats à qui nous offrirons une place.

• (1010)

Mme Cathy McLeod: C'est peut-être une question de compétence provinciale, mais je l'adresserai au Dr Wootton.

Je sais que, dans certaines collectivités, on a récemment décidé de substituer au modèle de rémunération contractuelle le modèle du paiement à l'acte. Le changement a provoqué un grand bouleversement parce que les médecins sont en train de partir. J'aimerais savoir s'il existe, à l'échelle du Canada, des recherches générales sur les modes de rémunération à privilégier en milieu rural et urbain. Qu'avez-vous à nous dire à ce sujet?

La présidente: Très rapidement, s'il vous plaît, docteur Wootton, parce que nous allons manquer de temps.

Dr John Wootton: Pour vous répondre très rapidement, je dirai qu'on favorise actuellement un modèle de rémunération par tête parce qu'il est évident qu'en milieu rural, les volumes sont imprévisibles. Les salles d'urgence, par exemple peuvent être très calmes un jour et être complètement débordées le lendemain.

Je voudrais ajouter quelques mots au sujet des points d'enseignement répartis. Nous sommes actuellement au milieu d'une expérience menée au Canada. L'augmentation des inscriptions dans les écoles de médecine n'est pas due à une reconnaissance du problème rural. On reconnaissait plutôt — finalement — que les conclusions du rapport Barer-Stoddart étaient erronées et que le Canada avait donc besoin d'un plus grand nombre de médecins. Toutefois, comme les universités manquaient de places, il y a eu un regain d'intérêt pour l'enseignement réparti. Il est vraiment important de tirer parti de cette situation.

L'une des choses que le gouvernement fédéral pourrait faire, c'est trouver un moyen d'appuyer les régions qui font de l'enseignement réparti. Elles sont extérieures aux campus universitaires traditionnels, qui sont bien développés, mais elles sont en train de prouver qu'elles peuvent donner des résultats que personne d'autre ne peut égalier quand il s'agit de régler le problème rural. Voilà un domaine dans lequel le gouvernement fédéral pourrait intervenir.

La présidente: Merci, docteur Wootton.

C'est maintenant au tour de M. Dufour.

[Français]

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

Je remercie nos témoins d'être présents aujourd'hui.

Je sais que plusieurs de mes collègues sont peut-être beaucoup plus intéressés par les initiatives provinciales que par les vôtres. Quant à moi, ce sont vraiment les vôtres qui m'intéressent et, principalement, celles relatives à l'École de médecine du Nord de l'Ontario. Je pense que le gouvernement du Québec a beaucoup à apprendre de la manière de gérer l'école et des initiatives que vous avez prises. Comme vous nous le disiez tout à l'heure, monsieur Strasser, je pense qu'il y a des choses qui sont en branle au Québec, par exemple le département à Chicoutimi et plusieurs autres écoles

du Québec qui sont, en quelque sorte, en train de reprendre l'initiative que vous avez prise.

Pour faire un lien avec ce que disait M. Malo tout à l'heure, nous avons effectivement rencontré hier les gens de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada. Ils vous ont cité en exemple avec une grande admiration.

Je voudrais connaître le taux de rétention des médecins en milieu urbain par rapport à celui des médecins en milieu rural. Il doit y avoir une différence majeure qui n'est pas uniquement liée à l'endroit où on va chercher le médecin et à l'endroit où le médecin a étudié. Avez-vous des statistiques et des données que vous pouvez nous fournir sur la différence entre les taux de rétention relatifs à chacun des deux types de médecine?

[Traduction]

La présidente: Qui veut répondre à cette question?

Dr Roger Strasser: Quand vous parlez des deux types de médecine, vous entendez la pratique urbaine par rapport à la pratique rurale?

[Français]

M. Nicolas Dufour: Exactement. Est-ce que les médecins des régions rurales vont rester à la fois dans les régions rurales et dans le domaine de la médecine par rapport aux médecins qui ont étudié dans les milieux urbains?

[Traduction]

Dr Roger Strasser: D'accord. Au sujet de la première question, vous devez vous rendre compte que, jusqu'à très récemment, les étudiants en médecine venaient en très grande majorité de grandes villes. En général, seuls 10 ou 11 p. 100 des étudiants étaient d'origine rurale, de sorte que la plupart avaient une vision urbaine du pays dans laquelle les régions rurales constituaient des endroits agréables à visiter, mais non des endroits où on voudrait vivre. Par conséquent, la plupart des étudiants en médecine ne songeaient même pas à établir une pratique rurale. D'ailleurs, les principaux enseignants dans les écoles de médecine avaient tendance à encourager cette façon de voir les choses car ils étaient eux-mêmes sous-spécialistes dans un hôpital universitaire de la ville. Pour ces enseignants, le meilleur médecin est quelqu'un comme eux, c'est-à-dire un sous-spécialiste travaillant pour un hôpital universitaire.

Les étudiants en médecine sont partout des gens ambitieux et très performants. Ils veulent être aussi bons que possible et aspirent donc à devenir des sous-spécialistes dans un hôpital universitaire. C'était en quelque sorte un cercle vicieux dans lequel les étudiants en médecine, qu'ils viennent de régions urbaines ou rurales, étaient encouragés à s'orienter vers une carrière à exercer en ville.

L'École de médecine du nord de l'Ontario est encore un nouvel établissement. Il y a d'autres exemples d'écoles de médecine axées sur la pratique rurale dans d'autres pays. Leur taux de succès en matière de recrutement et de maintien de leurs diplômés en région rurale est vraiment impressionnant. Il y a aux Philippines deux écoles de médecine dont plus de 90 p. 100 des diplômés exercent dans des régions rurales isolées du pays où les populations ne disposant général que de services très limités, comme l'électricité, l'eau et d'autres services du même genre. Les Philippines sont un pays que la plupart des diplômés en médecine quittent le jour même où ils reçoivent leur diplôme pour aller s'établir aux États-Unis.

Je crois bien, comme je l'ai dit, que pour recruter et garder des médecins dans les régions rurales, il faut, d'après la plupart des résultats de recherche, prendre des étudiants ayant grandi en milieu rural, leur donner de la formation dans un tel milieu, appuyer la formation au stade de la résidence et prévoir d'autres appuis sous forme d'éducation continue et d'autres encouragements que j'ai mentionnés. Avant l'établissement de l'École de médecine du nord de l'Ontario dans notre région, il y avait depuis le début des années 1990 des programmes de résidence en médecine familiale dans le nord-ouest et le nord-est. Plus de 60 p. 100 des médecins qui ont suivi ces programmes depuis le début des années 1990 exercent encore dans le nord de l'Ontario.

• (1015)

La présidente: Merci, docteur Strasser.

Nous passons maintenant à Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être venus au comité aujourd'hui. Vos témoignages ont été aussi utiles qu'intéressants.

J'aimerais demander à chacun d'entre vous de me donner sa définition du qualificatif « rural » et de préciser les caractéristiques qui déterminent le caractère rural. Je voudrais également connaître votre point de vue sur les avantages que le Canada rural peut tirer des échanges interprofessionnels entre médecins, infirmières praticiennes, auxiliaires médicaux, techniciens de laboratoire, techniciens en imagerie, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc. Y a-t-il des moyens d'en tirer parti dans les régions rurales isolées du Canada? Je vais commencer par ces deux questions.

La présidente: Docteur Wootton, voulez-vous commencer?

Dr John Wootton: Pour ce qui est de la définition du rural, je vous encouragerais à éviter de chercher une définition particulière, car c'est une cible mouvante. Un chercheur aurait besoin d'une définition semblable à celle de Statistique Canada. Un planificateur de services de santé voudrait une définition fondée davantage sur le mode de pratique. Pour un géographe, la façon la plus simple...

À la Société de la médecine rurale, lorsque nous avons commencé à distribuer notre bulletin, nous l'avons envoyé à toutes les adresses dont le code postal contenait un zéro. Certaines de ces adresses correspondaient à des chalets appartenant à des Torontois. La définition la plus utile, qui est aussi la plus difficile à obtenir, est liée, comme je l'ai dit plus tôt, à des médecins ayant des niveaux de responsabilité comparables. C'est une chose qu'il est très difficile de déduire à partir de caractéristiques géographiques ou démographiques.

À mesure que l'effectif des médecins diminue, la plupart des collectivités s'aperçoivent que leurs praticiens assument de plus en plus de responsabilités, devenant en un sens des « ruraux », même si rien ne change autour d'eux. Je crois cependant que les principes sur lesquels se fonde la définition de la Société de la médecine rurale sont ceux qui marchent le mieux. Certains médecins sont clairement ruraux par suite de leur situation géographique. Par ailleurs, un médecin qui travaille à Whitehorse et qui ne fait que de la physiothérapie à son cabinet n'a pas les mêmes responsabilités qu'un médecin de la même collectivité qui fait de l'obstétrique et qui travaille en salle d'urgence.

Dr Roger Strasser: J'ai été le premier directeur de la santé rurale en Australie, ce qui fait qu'on m'a souvent posé cette question un peu partout dans le monde. Je dirais que le rural, c'est un peu comme la beauté ou la pornographie: tout dépend de la personne qui porte le

jugement. C'est plus ou moins un état d'esprit, comme l'a dit John. Il faut donc concevoir des définitions à différentes fins, selon ce qu'on cherche à faire. Je conviens avec le docteur Wootton que les praticiens ruraux sont des généralistes polyvalents qui dispensent une vaste gamme de services et qui assument un niveau élevé de responsabilité clinique dans un isolement professionnel relatif. Cela est vrai qu'on parle d'omnipraticiens, de chirurgiens, d'internistes, de pharmaciens, d'infirmières, d'infirmières praticiennes ou de physiothérapeutes. Je crois que c'est là une définition de travail utile dans le contexte des ressources humaines en santé.

Pour ce qui est de l'enseignement et des soins interprofessionnels, je note qu'on parle beaucoup dans les villes de travail d'équipe et de collaboration interprofessionnelle. Dans les régions rurales, et surtout dans les petites collectivités, cette collaboration est en fait beaucoup plus fréquente par nécessité, parce qu'il n'y a pas suffisamment de fournisseurs de services de santé. Les praticiens ruraux vivent dans la collectivité qu'ils desservent. Ils en font donc partie et collaborent très bien ensemble pour répondre à ses besoins.

• (1020)

M. Peter Wells: Je suis d'accord sur ce qui vient d'être dit. Il existe autant de définitions folles du rural qu'on trouve de succursales Tim Horton. Je crois cependant que c'est une cible mouvante et qu'il ne vaut probablement pas la peine d'essayer de trouver une définition définitive.

Pour ce qui est du travail d'équipe, je crois qu'on en trouve plusieurs modèles en Ontario. La réforme des soins primaires a été réalisée depuis plusieurs années dans la province. Elle offre un modèle de rémunération mixte tenant compte à la fois des honoraires à l'acte et de la population à desservir, ce qui semble bien marcher. Les médecins doivent faire un choix parmi différents modèles, selon leur mode de pratique. Il est également possible d'avoir des équipes de santé familiale, ce qui permet de former des partenariats avec d'autres professionnels de la santé afin de dispenser des services. Je suis d'accord avec le Dr Strasser que, par nécessité, la collaboration est beaucoup plus fréquente en milieu rural. En réalité, les travailleurs responsables des soins primaires, qui ont accès aux équipes de santé familiale, doivent faire face à une énorme demande. Ils ne peuvent pas renvoyer des patients à de multiples spécialistes. Par conséquent, l'équipe de santé familiale les aide à donner des soins très complets à des patients très divers et très nombreux.

La présidente: Merci, docteur Wells.

Mme Duncan va maintenant poser la dernière question.

Mme Kirsty Duncan: Merci, madame la présidente.

J'aimerais revenir sur la question que j'ai posée tout à l'heure, mais je voudrais aborder quelques autres points en premier.

À votre avis, quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer pour ajouter une optique rurale aux questions liées aux soins de santé? Que demandez-vous à cet égard? Que voudriez-vous obtenir dans ce domaine?

La présidente: Qui veut répondre?

Docteur Wootton.

Dr John Wootton: Comme on l'a déjà dit plus tôt, nous avons besoin d'un mécanisme permettant de réunir tous les intervenants, aussi bien de la collectivité que des diverses professions, pour formuler des recommandations représentant le consensus le plus large possible à l'intention des ordres de gouvernement compétents. Je ne crois pas qu'il soit possible de résoudre le problème à un seul niveau. Il faudrait s'y attaquer de tous les côtés à la fois.

Dr Roger Strasser: J'ajouterais qu'il serait très utile d'élaborer aussi une stratégie nationale de la santé rurale. J'ai pu constater en Australie que le leadership du gouvernement fédéral dans ce domaine a vraiment amélioré la qualité des soins et l'accès aux services dans les régions rurales et isolées. Je peux très bien imaginer les mêmes résultats au Canada.

Comme première étape de l'élaboration d'une telle stratégie nationale, je crois qu'il serait avantageux d'organiser une conférence nationale sur la santé rurale. C'est ainsi que l'initiative a commencé en Australie. La première conférence nationale organisée en Australie a permis de réunir des intervenants venant de tous les coins du pays en vue de l'élaboration de la première stratégie nationale de santé rurale. Depuis, les choses ont beaucoup évolué à partir de là. Je recommande donc de tenir une conférence nationale sur la santé rurale en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale dans ce domaine.

Mme Kirsty Duncan: Je voudrais vous demander encore une fois de nous parler des répercussions de la pénurie de professionnels de la santé sur les services de médecine d'urgence et de chirurgie, par exemple, compte tenu du fait qu'il s'agit d'un phénomène mondial et compte tenu aussi des déterminants sociaux de la santé. Quelles sont en pratique les effets sur les régions rurales?

• (1025)

Dr Roger Strasser: D'après les recherches que j'ai faites pendant un certain nombre d'années, je dirais que les gens — où qu'ils soient, en ville, à la campagne, n'importe où — ont besoin de sécurité. Ils veulent être sûrs que, s'ils ont la malchance de tomber malades ou d'avoir un accident grave, le système de santé sera en mesure de les sauver.

En milieu urbain, cela va de soi. Il y a des salles d'urgence, des ambulances et ainsi de suite. C'est ailleurs qu'on s'inquiète. Dans les régions rurales et isolées, les gens savent qu'ils ne peuvent pas tenir pour acquis qu'un hôpital, une salle d'urgence et différents services sont à leur disposition. C'est donc un important sujet de préoccupation.

Les recherches que nous avons faites montrent que, pour garantir aux gens les services dont ils ont besoin, il faut concentrer les efforts

sur ce filet de sécurité et sur la façon de l'établir dans chaque collectivité. Il y a différentes façons de procéder.

Nous avons réalisé en Australie une grande étude portant sur l'organisation des services de santé de 22 localités isolées très différentes les unes des autres. L'étude a mis en lumière un certain nombre d'éléments clés. L'un d'entre eux — la participation de la collectivité — pourrait être surprenant. Là où les services marchaient le mieux, il y avait en général une organisation communautaire chargée du développement continu des services de santé, du recrutement des praticiens, de leur soutien, etc. Il y avait aussi toutes les mesures de soutien de leur famille. Bref, la participation active de la collectivité constitue un élément essentiel.

Mme Kirsty Duncan: Je comprends.

Quels sont, par exemple, les effets sur les régions rurales de Terre-Neuve où on a fermé un hôpital, de sorte qu'une ambulance doit faire un trajet d'une heure et demie pour aller à l'hôpital le plus proche et que l'interniste de service doit s'occuper de tout, depuis l'hématologie et l'oncologie jusqu'à la chirurgie générale?

Dr Roger Strasser: C'est une très bonne question.

Certains progrès des communications et des transports ont amélioré la situation. Ainsi, le recours aux services de télésanté et de télé-médecine ainsi qu'aux vidéoconférences en temps réel permet d'améliorer l'accès aux soins dans les régions isolées. Toutefois, il y a bien sûr des situations où la vie des gens est en jeu. Il importe alors avoir dans la collectivité des praticiens qui ont la formation, les compétences et les appuis nécessaires pour sauver des vies. Ils peuvent aussi bénéficier du soutien du système et recourir aux services de télésanté, etc. avant d'évacuer les patients vers un grand centre.

Je comprends que l'exemple que vous avez donné puisse susciter de graves préoccupations. C'est vraiment difficile pour une collectivité de perdre la possibilité de recourir à des services d'urgence quand elle se trouve à plus d'une heure et demie de route de l'hôpital le plus proche.

La présidente: Merci, docteur Strasser.

Je voudrais remercier tous nos témoins de leur présence aujourd'hui. Leur contribution a été très utile au comité. Vos judicieuses observations, votre connaissance du domaine et votre expérience constituent pour nous une aide inappréciable. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Je vais maintenant suspendre la séance pour que nous puissions examiner les travaux du comité à huis clos.

[La séance se poursuit à huis clos.]

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les
Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and
Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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