



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 020 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 3 avril 2014

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 3 avril 2014

● (0845)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): La séance est ouverte. Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous souhaite la bienvenue. Merci de comparaître ce matin.

Nous poursuivons notre étude et nous accueillons quatre excellents témoins qui nous éclaireront sur le sujet de cette étude.

Je souhaite la bienvenue à M. Gravelle, qui est un nouveau membre du comité.

Bienvenue, monsieur. Vous pourrez faire valoir le point de vue du nord de l'Ontario

Nous entendrons d'abord Mme Moineau et nous ferons le tour de la table. Après les exposés, nous aurons les questions, un premier tour de sept minutes et un deuxième de cinq.

Le greffier ou l'analyste vous auront probablement dit que les exposés sont limités à une dizaine de minutes. Comme toujours, nous demandons aux témoins de ne pas parler trop vite pour que les interprètes puissent faire leur travail.

À vous, madame Moineau.

Dre Geneviève Moineau (présidente-directrice générale, Association des facultés de médecine du Canada): Merci beaucoup, monsieur le président. C'est un plaisir d'être parmi vous.

[Français]

Je m'appelle Geneviève Moineau et je représente l'Association des facultés de médecine du Canada.

[Traduction]

L'Association des facultés de médecine du Canada représente la médecine universitaire au Canada et regroupe 17 facultés de médecine. Elle appuie et facilite la collaboration de ces 17 facultés dans leurs mandats de recherche en santé, d'éducation médicale et de soins cliniques, sans jamais se détourner de la responsabilité sociale.

Nous estimons avoir une position unique pour aider à soutenir et à faciliter tout effort aux niveaux fédéral et pancanadien. Partenariat universitaire de facultés de médecine, nous apportons un leadership collectif, nos compétences et nos efforts de promotion, l'objectif étant l'excellence en éducation, en recherche et en soins de santé pour tous les Canadiens.

Nos objectifs stratégiques sont donc les suivants: appuyer les facultés de médecine, leur corps professoral, leur personnel et leurs apprenants, les étudiants en médecine et les résidents; devenir le promoteur principal et la première source d'information en médecine universitaire au Canada; soutenir des initiatives de collaboration visant l'excellence et l'innovation en médecine universitaire; intégrer tout cela en vue d'améliorer la santé de l'ensemble de la population.

Nous appuyons fermement le mandat universitaire du point de vue de la responsabilité sociale. C'est là un principe fondamental de notre association.

J'ai la chance d'exercer la médecine pédiatrique d'urgence.

[Français]

Je travaille dans la salle d'urgence du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario.

[Traduction]

J'ai donc l'honneur de travailler main dans la main avec tous les professionnels de la santé qui interviennent pour soigner les enfants les plus gravement malades. La notion de « champ d'activité » est une réalité que je vis au jour le jour dans ma pratique. Je peux vraiment l'appuyer aussi bien comme dirigeante de l'association que comme dispensatrice de soins.

Dans notre travail à l'association, nous comprenons vraiment, dans le cadre de notre mandat de soutien à la recherche en santé, que les facultés de médecine sont au centre de tous les lieux où se pratique et s'exécute cette recherche. Nous sommes une grande source de stimulation pour tous les aspects économiques de la recherche en santé. Notre association surveille l'agrément dans les facultés de médecine et dans l'éducation médicale continue avec un grand nombre des partenaires qui sont ici avec moi aujourd'hui, l'Association médicale canadienne et...

● (0850)

[Français]

le Collège des médecins du Québec.

[Traduction]

Il faut signaler que tout notre travail d'agrément se fait au niveau national. Il s'agit d'un ensemble de normes et de processus qui s'étendent à l'ensemble du pays. Voici un autre exemple d'entreprise vraiment nationale en matière de santé, bien que le soutien et le financement se situent au niveau provincial.

Sur le plan de l'éducation, vous êtes nombreux à être au courant des importants projets que l'AFMC a dirigés, de ses projets sur l'avenir de l'éducation médicale. Le premier est le projet MD, que vous pouvez voir dans les notes qui vous ont été remises. Dix recommandations importantes sont en voie d'être mises en oeuvre.

Je signale plus particulièrement la huitième recommandation sur la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle.

Le président: M. Wilks invoque le Règlement...

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Le témoin a dit que nous avons ses notes, mais nous ne les avons pas. Nous avons la documentation du HESA, et c'est tout.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPJ): J'ai un mémoire.

Le président: Un instant, monsieur Wilks.

M. David Wilks: Désolé.

Le président: On dirait que certains ont les notes et d'autres pas.

Qui ne les a pas? Tout le monde les a? Très bien.

Madame Fry, vous les avez?

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Oui, merci.

Le président: Très bien.

Poursuivez. Cette interruption ne réduira pas votre temps de parole, je le précise. Elle réduira celui de M. Wilks.

Ne vous inquiétez pas, je plaisante.

Dre Geneviève Moineau: Merci beaucoup

Je parlais de notre projet MD sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada, dont la huitième recommandation porte sur la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle. Nous mettons en oeuvre ces recommandations en ce qui concerne les facultés. C'est une entreprise suivie de notre association.

Le projet suivant porte sur l'avenir de l'éducation médicale et concerne l'éducation postdoctorale ou la formation en résidence. Grâce au généreux soutien de Santé Canada et avec la collaboration des facultés, nous avons formulé 10 recommandations dont voici la première: assurer une composition judicieuse de l'effectif, une répartition appropriée et un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins de la société. Nous voyons là encore une considération importante, celle des changements possibles dans les champs d'activité, toujours pour répondre aux besoins de la société. Un des principes directeurs du projet consiste à valoriser, incarner et intégrer l'interprofessionnalisme et l'intraprofessionnalisme à l'apprentissage et à la pratique des résidents. Nous estimons être en bonne voie d'intégrer ces notions à l'éducation médicale et en résidence.

Ce qui manque ici, cependant, c'est une stratégie pour le médecin en exercice. Nous envisageons de lancer notre projet de l'avenir de l'éducation médicale sous l'angle du perfectionnement continu. J'espère que nous pourrions collaborer sur cet aspect.

L'AFMC aborde de bien des façons la notion de champ d'activité et la formation des professionnels de la santé. Je voudrais souligner un point: nous avons été invités à coprésider le Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux, qui a été mis sur pied par le Comité sur les effectifs en santé à la demande de la Conférence des sous-ministres de la Santé.

Son mandat est triple: élaborer un processus de collaboration et de coordination pour s'attaquer au déséquilibre entre l'offre et la demande de médecins, élaborer un outil pancanadien de planification afin d'offrir plus de renseignements sur l'offre de médecins et la demande de la société, et enfin, créer des produits qui aideront à fournir des renseignements exacts pour permettre à ceux qui font des études de médecine, y compris ceux qui étudient à l'étranger, ou envisagent de le faire, de prendre des décisions éclairées sur leur résidence et leur pratique.

L'AFMC est en fait un chef de file dans la création de données d'orientation professionnelle propres à aider, nous l'espérons, ceux qui doivent prendre des décisions sur leur carrière en médecine et ceux qui les aident à prendre ces décisions.

Nous, de l'AFMC, avons vraiment un point de vue unique ici. Nous déterminons l'avenir de notre profession, car nous prenons des décisions sur les admissions et la formation des étudiants en médecine et des résidents. Nous perfectionnons aussi ceux qui exercent déjà la profession et ont peut-être besoin de se recycler à cause des besoins en remédiation ou d'un changement dans leur champ d'activité.

Bien sûr, l'objectif de tout cela est d'améliorer les soins. La recommandation de notre association est donc que, selon elle, le gouvernement fédéral est idéalement positionné pour prendre des mesures afin de devenir, de façon constante, celui qui facilite l'harmonisation des professions actuellement réglementées et tenter d'améliorer la réglementation des champs d'activité dans l'ensemble des provinces et territoires.

Le gouvernement fédéral devrait, sur la base des meilleures preuves possibles, car il nous faut le plus de données possible pour informer nos décisions, appuyer un élargissement du champ d'activité des professions de la santé réglementées, le cas échéant, pour divers milieux d'exercice, avec l'appui et la supervision d'autres membres de l'équipe soignante, notamment les médecins, dans le but d'offrir aux patients des soins efficaces et efficaces. Par soins efficaces, je veux dire que les bons soins sont assurés au bon patient par le bon praticien réglementé.

• (0855)

La dernière recommandation, c'est que le gouvernement fédéral appuie le développement d'une consultation nationale sur le développement professionnel continu des médecins en mettant l'accent sur la prestation de soins interprofessionnels axés sur les patients et prodigués en équipe.

Comme j'exerce la médecine, que j'ai la possibilité de pratiquer... Toute réorientation à l'urgence se fait sur le mode de la pratique interprofessionnelle. On ne saurait trop insister sur l'importance de l'infirmière, du paramédical, du travailleur social, du pharmacien, l'importance du travail en équipe pour dispenser des soins centrés sur le patient.

Je m'occupe des soins dispensés à ma mère âgée, qui est actuellement dans un établissement de soins de longue durée. Je comprends là aussi l'importance d'un champ d'activité approprié et peut-être de l'élargissement de la pratique des dispensateurs de soins qui ne sont pas médecins. Nos facultés sont parfaitement d'accord là-dessus, et nous espérons être une source d'information dans un dialogue suivi avec vous sur la question.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Merci, au nom du comité, de vous être déchargée de votre horaire chargé pour comparaître.

Nous entendrons maintenant Mme Lemire, qui aura 10 minutes. Je vous en prie.

Dre Francine Lemire (directrice exécutive et présidente-directrice générale, Collège des médecins de famille du Canada): Merci beaucoup, monsieur Lobb. Bonjour aux membres du Comité permanent de la santé.

Je suis médecin de famille. J'ai exercé la médecine à Corner Brook, à Terre-Neuve, pendant près d'un quart de siècle et j'ai travaillé au Collège de médecins de famille pendant 10 ans, avant de devenir directrice exécutive et PDG au début de l'an dernier.

C'est un honneur de comparaître et je vous remercie de votre invitation. Je vous proposerai une vue d'ensemble de nos pratiques exemplaires actuelles et expliquerai les contributions que le gouvernement fédéral peut apporter concernant le champ d'activité des médecins de famille au Canada.

Le Collège des médecins de famille du Canada, le CMFC, est le porte-parole de la médecine familiale au Canada. Il représente plus de 30 000 médecins de famille. Il défend les intérêts de ses membres pour assurer la prestation de soins de santé de grande qualité. Sur le plan de l'éducation, son mandat est d'établir des normes pour la formation, l'agrément et le maintien de l'agrément des médecins de famille et d'homologuer les programmes de formation postdoctorale en médecine de famille dans les 17 facultés de médecine au Canada.

Dans leur diversité et leur complexité, les services dispensés aux patients dans le champ de la médecine familiale sont essentiels au système de santé au Canada. Nous sommes le premier point de contact, la pièce maîtresse de la prestation des soins primaires et parfois secondaires. Tous les Canadiens devraient avoir un médecin de famille pour assurer des soins suivis, pendant toute la vie, dans la pratique familiale, les services d'urgence, les hôpitaux et chez les patients partout au Canada.

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour soutenir les modèles innovateurs de soins primaires. Il doit travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour améliorer la prestation de soins en équipe. Les équipes interprofessionnelles et les soins qu'elles offrent doivent être définis en fonction de la population desservie. Dans cette optique, les gouvernements peuvent favoriser le travail en collaboration des équipes par des structures de financement qui appuient le champ complet de la pratique de tous les dispensateurs de services, récompensent l'efficacité et l'efficience des équipes et renforcent la responsabilité des organisations à l'égard de l'accès et de la prestation de services axés sur les besoins.

Nous devons nous garder de morceler le rôle de ceux qui offrent les services. Pour qu'on ait l'impression d'être bien soigné... Je veux dire par là qu'il y a deux types d'expérience: une expérience des soins où, au bout du compte, on a l'impression que les soignants se sont vraiment occupés de soi, et une autre, où les bonnes décisions ont probablement été prises, mais où, en somme, on n'a pas vraiment l'impression qu'on s'est occupé de soi. Je parlerai du premier modèle.

Pour en arriver là, il faut que tous les soignants soient acceptés globalement. Le gouvernement fédéral doit s'efforcer d'assurer l'accès aux soins pour ceux qui habitent dans les coins reculés de notre pays et pour les collectivités autochtones. Nous avons conçu un nouveau modèle d'éducation fondé sur les compétences pour garantir que les résidents en médecine familiale acquièrent les expériences voulues de la prestation de soins complets, de la continuité des soins et des expériences d'éducation centrées sur la médecine familiale. Nous préparons les futurs médecins de famille à

être socialement responsables envers toutes les populations, y compris les populations vulnérables, rurales et éloignées.

Nous espérons que le gouvernement fédéral pourra appuyer la vision de centre de médecine de famille pour le patient du CMFC: d'ici 2022, tous les Canadiens auront non seulement leur propre médecin de famille, mais aussi un médecin de famille dont la pratique offre un centre médical pour le patient. C'est un modèle de soins en équipe, un modèle axé sur le patient dans lequel les soignants travaillent dans tout leur champ d'activité pour assurer l'excellence des soins et visent les meilleurs résultats pour le patient.

À mon sens, les besoins de la population et les champs d'activité évoluent dans les différentes spécialisations médicales et professions de la santé. La prestation des soins en équipe permet aux professionnels de la santé comme les infirmières praticiennes et les auxiliaires médicaux de travailler avec les médecins de famille et d'offrir un large éventail de service. Grâce au chevauchement des champs d'activité, les patients peuvent profiter des forces propres aux divers professionnels de l'équipe. Une conception claire des champs d'activité des membres de l'équipe peut orienter le choix des soignants qui offriront les services de façon à répondre au mieux aux besoins du patient en lui offrant des soins de qualité dans les meilleurs délais.

Nous appuyons les modèles de pratique dans lesquels les professionnels autres que les médecins jouent un rôle accru pour améliorer l'accès aux soins. Nous devons veiller par contre à ce que l'élargissement des champs d'activité ne compromette pas la sécurité du patient ni la qualité des soins.

● (0900)

Par exemple, le droit de prescrire des médicaments doit aller de pair avec la capacité de faire un diagnostic, de tenir compte des diagnostics différentiels, des résultats des recherches et, surtout, du point de vue du patient sur la gestion des soins. Dans la plupart des cas, les professionnels qui obtiennent le droit de prescrire des médicaments ne doivent exercer ce droit que lorsqu'ils font partie d'équipes de collaboration qui comptent des médecins de famille.

Nous appuyons la collaboration et non la concurrence, car nous estimons que la collaboration aidera en fin de compte à assurer au patient de meilleurs soins dans de bons délais.

Pour le montrer, voici quelques exemples venus surtout de l'Ontario.

À London, une équipe de santé familiale déclare une réduction de 20 p. 100 environ, sur un an, de la proportion des patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique dont le mal a été exacerbé. En 2011, l'équipe de santé familiale de Petawawa a fait état d'une amélioration de 30 p. 100 en un an de la proportion des patients diabétiques dont il a été solidement établi qu'ils contrôlaient mieux leur taux de glycémie. En Ontario toujours, il y a eu d'excellents exemples récents de collaboration entre des médecins de famille et des psychiatres, dans un modèle de soins en collaboration: un psychiatre vient en pratique familiale pour offrir des consultations et un soutien aux soignants, ce qui améliore l'accès et la qualité des soins psychiatriques.

Quant à la formation continue chez les médecins de famille, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer, selon nous. Le collège offre une orientation et crée des normes pour les programmes de résidence, si bien que les médecins de famille peuvent commercer à exercer partout au Canada. Nous savons que le gouvernement fédéral a proposé un financement et des initiatives ciblées pour assurer les services dans les zones rurales et éloignées. Il a axé ses politiques sur la remise de prêts en contrepartie de l'exercice de la médecine dans les localités rurales. Nous sommes favorables à une mesure de l'impact de ces incitatifs sur le maintien en poste. Nous entendons dire que les localités rurales arrivent à recruter, mais qu'elles ont beaucoup de mal à retenir leurs médecins.

Il faut une approche pancanadienne pour aider à former les médecins non seulement dans le cadre hospitalier, mais aussi dans les collectivités, où est dispensée une si grande partie des soins que nous recevons tous.

Une fois qu'ils ont commencé à exercer, les médecins de famille ont besoin d'aide pour maintenir les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de leurs patients. Un problème émergent dont nous vous parlerons tous est le maintien et le renforcement des compétences et du rendement des médecins. Selon nous, le gouvernement fédéral peut faire comprendre l'importance de la question en appuyant les organismes d'agrément, et nous sommes l'un d'eux, en étudiant le problème de plus près et en adoptant les politiques propres à répondre au mieux aux besoins de tous les Canadiens.

Ceux, parmi d'autres, qui exercent la médecine en milieu rural ou éloigné, sont aux prises avec une situation particulièrement difficile. Leurs patients ont besoin qu'ils aient des connaissances et des compétences dans un éventail très large de la pratique médicale et qu'ils enrichissent et renforcent leurs acquis. Cela peut être plus difficile quand on exerce en milieu rural. La formation généraliste que les médecins de famille reçoivent aide à faire de la médecine familiale l'une des professions médicales les plus agiles. Nous sommes formés pour vous soigner dès les premiers stades de la vie jusqu'à sa fin.

Je dirai pour conclure que nous sommes déterminés à travailler avec vous et le gouvernement fédéral pour faire en sorte que les médecins de famille continuent d'offrir les soins primaires optimaux et parfois des soins secondaires, lorsqu'il y a lieu, à tous les Canadiens.

Merci encore de nous avoir invités à comparaître.

● (0905)

Le président: Merci, madame Lemire.

Nous entendrons maintenant Mme Lefebvre. Vous avez 10 minutes. Je vous en prie.

Mme Fleur-Ange Lefebvre (directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada): Merci beaucoup.

Monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité, merci de nous offrir la possibilité de vous entretenir aujourd'hui de la question des champs de la pratique et de la formation des professionnels de la santé.

Il faut féliciter le comité de s'être attaqué à cette question complexe et difficile. Certains de ceux qui comparaissent aujourd'hui travaillent à ce dossier depuis 20 ans, et ce genre de discussion a cours depuis 20 ans.

Je m'appelle Fleur-Ange Lefebvre. Je suis directrice générale et chef de la direction de la Fédération des ordres des médecins au

Canada, la FOMC. Je signale aux traducteurs que c'est l'une des rares organisations dont le nom soit plus court en français qu'en anglais.

[Français]

Il s'agit de la Fédération des ordres des médecins du Canada.

[Traduction]

À la différence des Drs Moineau et Lemire, je ne suis pas médecin.

Notre organisation représente les 13 ordres provinciaux et territoriaux de médecins sur les scènes nationale et internationale. Il importe de signaler que la FOMC n'a aucun pouvoir de réglementation. Je dois ajouter que les ordres sont créés par voie législative. Le terme « pouvoir » n'est pas un vain mot. Les ordres font leur devoir dans l'intérêt supérieur du public. Leur rôle est d'inscrire et d'autoriser des médecins compétents et d'exercer une surveillance pour qu'ils tiennent leurs compétences à jour.

Concernant les chevauchements entre champs d'activité, les ordres sont conscients qu'ils existent non seulement entre les divers professionnels de la santé, mais aussi en médecine. Il y a beaucoup de spécialisations et de sous-spécialisations. Ainsi, comme la Dre Lemire l'a dit, les médecins de famille soignent des diabétiques, mais ils savent et doivent savoir quand tel patient a besoin des services d'un autre spécialiste.

Les chevauchements sont probablement inévitables et très probablement souhaitables, pourvu que l'objectif ultime soit de donner au patient des soins de qualité dans les meilleurs délais. La coordination des soins est indispensable si on veut éliminer les doubles emplois, et chacun doit connaître ses propres limites. L'essentiel, c'est que chaque professionnel de la santé qui a pris la formation voulue travaille dans toute l'étendue de son champ d'activité en fonction de ses connaissances, de ses compétences et de son jugement.

Quant aux normes pancanadiennes, il y en a beaucoup, et elles contribuent toutes à une plus grande mobilité des médecins dans tout le Canada. Elles sont le fondement de cette mobilité. Les études supérieures et la réglementation des professions relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux. Néanmoins, le Canada a une tradition à la fois longue et respectable, voire enviable, en matière d'élaboration, d'adoption et d'application de normes nationales ou pancanadiennes.

Pour ce qui est de la formation et de l'agrément, nous conviendrons tous qu'il faut s'intéresser davantage à la souplesse dans la formation en ce moment, surtout lorsqu'il s'agit de programmes pluriannuels comme ceux des études médicales postdoctorales ou des résidences en médecine. Nous sommes tous au courant des statistiques plutôt déconcertantes du chômage, ces dernières années, dans les cohortes des médecins qui sortent de l'université.

D'autres témoins présents ce matin sont mieux placés que moi pour aborder ces questions. Les normes d'inscription au tableau des ordres et de permis relèvent cependant des membres de la Fédération des ordres des médecins du Canada. Les ordres comptent sur une formation rigoureuse ou les processus d'autorisation de l'Association des facultés de médecine du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et il ne faut surtout pas oublier...

● (0910)

[Français]

le Collège des médecins du Québec.

[Traduction]

Les ordres des médecins comptent aussi sur les sociétés nationales de médecins spécialistes pour établir et promulguer des normes de pratique dans leurs disciplines respectives. C'est néanmoins le rôle des ordres de veiller à ce que le permis de pratique ne soit accordé que pour des compétences éprouvées dans une discipline médicale donnée. Si le médecin choisit la discipline qu'il étudie, un contrôle rigoureux est exercé sur ce qu'il peut faire et auprès de quelle population.

Comme la Dre Moineau l'a déjà dit, un médecin en exercice ne peut pas choisir de changer de discipline sans faire la preuve de ses compétences dans la nouvelle discipline. Il faut souvent une nouvelle formation. Il ne peut pas revenir non plus à sa discipline initiale, au bout de trois ans, sans devoir faire de nouveau la preuve de ses compétences. L'époque où on obtenait son permis pour la vie est révolue. Les médecins sont maintenant tenus de produire une preuve satisfaisante de leur engagement à maintenir leurs compétences dans leur pratique.

Autrement dit, les médecins doivent confirmer dans un cadre de responsabilité professionnelle que leur compétence et leur rendement demeurent à la hauteur des normes. Voilà l'énoncé de notre position sur la revalidation.

Un mot maintenant de nos normes de pratiques médicales et de l'inscription des médecins au Canada. Nous avons élaboré des normes pancanadiennes pour le permis complet et provisoire d'exercice. Dans les deux cas, il faut exercer la médecine comme principal médecin responsable. Ce travail a été accompli en partie pour faire en sorte que nos membres se conforment à l'Accord fédéral-provincial-territorial sur le commerce intérieur. Cet accord prévoit la mobilité des médecins qui ont un plein permis d'exercice, mais aussi l'étude de la mobilité des médecins qui travaillent avec un permis provisoire si l'administration d'accueil peut adapter aux restrictions et aux exigences de surveillance prévues au permis. Il n'est jamais possible de discuter de normes sans parler des diplômés étrangers en médecine. La plupart d'entre eux, s'ils arrivent avec un permis, recevront un permis provisoire.

La norme canadienne est décrite comme l'ensemble de titres universitaires qui rendent un candidat automatiquement admissible à un permis sans restriction dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens. On trouvera les détails dans mes notes d'allocation. Je ne les ai remises que ce matin, mais elles sont disponibles. Le terme « admissible » est utilisé de propos délibéré. D'autres éléments influencent la décision d'accorder un permis. Nous devons vérifier un certificat de déontologie, vérifier l'aptitude à exercer la médecine, c'est-à-dire l'état de santé du médecin. Nous avons aussi défini de façon très détaillée les critères de sélection et les normes du permis provisoire. Il suffit d'en faire la demande.

On m'a dit que le comité s'intéressait notamment à la télémédecine. La question présente des défis particuliers, car tous les ordres de médecins ne situent pas le lieu de la responsabilité de la même manière. Certains estiment que c'est l'ou le médecin se trouve lorsque les services sont dispensés. Je veux parler ici des services accordés d'une administration à l'autre. Pour d'autres, le lieu de la responsabilité est l'endroit où le patient reçoit les services. Nous avons élaboré une politique, qui se trouve également avec mes notes, qui règle ces problèmes, nous l'espérons, mais nous croyons qu'une importante administration qui avait une position différente de celle des autres songe à la modifier. Voilà le genre d'échange que nous avons dans l'espoir de finir par arriver à une norme commune.

Vous voudrez peut-être savoir que nous définissons la télémédecine ainsi: l'utilisation de compétences médicales pour poser un diagnostic ou soigner un patient par intermédiaire de technologies de télécommunication et d'information, le patient et le soignant étant séparés par la distance. La télémédecine peut comprendre, sans s'y limiter, la prestation de services de pathologie, l'imagerie médicale et la consultation par le patient.

Je voudrais dire un mot des évaluations de préparation à la pratique. Le Conseil médical du Canada n'est pas représenté ici, mais au moyen de sa collaboration en matière d'évaluation nationale, il prépare des normes pancanadiennes pour l'évaluation de diplômés en médecine étrangers qui pourraient être admissibles à l'exercice de la médecine au Canada sans complément de formation, dans le cas de ceux qui ne cherchent pas à suivre une formation postdoctorale ou en résidence. Comme l'Accord sur le commerce intérieur prévoit la mobilité pour certains médecins ayant un permis provisoire, comme je l'ai déjà dit, il est impérieux d'établir des normes pour que chaque administration puisse compter sur la rigueur de l'évaluation effectuée ailleurs. En effet, une fois que les médecins ont obtenu un permis provisoire dans une administration, ils pourront très probablement demander leur permis ailleurs.

Un autre point intéressera peut-être le comité: notre toute nouvelle politique sur la communication des renseignements professionnels. Elle décrit les renseignements qui seront communiqués à d'autres ordres de médecins lorsque médecin va travailler dans une autre administration, voire dans un autre pays, puisque nous nous intéressons aussi à la scène internationale. Le but visé est de faire en sorte que les renseignements voulus soient transmis à l'ordre de médecins d'accueil pour qu'il puisse prendre une bonne décision sur le médecin en cause. Parmi les renseignements transmis, on trouve de l'information sur le champ de la pratique du médecin.

Pour faire suite à notre travail sur la revalidation, et la Dre Moineau a déjà abordé la question en partie, nous travaillons avec plusieurs protagonistes à l'élaboration d'un système de renforcement du rendement du médecin. Il s'agira d'une amélioration de la qualité pendant toute la vie et d'un système d'assurance qui a un impact constructif et démontrable sur la qualité des soins au patient et qui est à la fois réalisable et durable.

●(0915)

Le système de renforcement aidera les médecins à cerner leurs propres besoins pertinents en apprentissage, besoins qu'on peut combler par l'éducation. Cela peut contribuer à améliorer la qualité des soins et la sécurité. Il portera sur tous les rôles et compétences du médecin — pour ceux qui se fient au Collège des médecins de famille et au Collège royal —, et sur toutes les dimensions de la pratique du médecin: clinique, administration, éducation et recherche.

J'en arrive à nos recommandations. La FOMC estime que, au coeur des discussions sur la pratique, se trouve la question des ressources humaines en santé. Nous devons considérer les professionnels de la santé, médecins compris, comme une ressource nationale. Les cadres de la formation et de la réglementation des médecins et autres professionnels appuient cette conception des choses, tandis qu'on élabore, adopte et appuie des normes pancanadiennes pour ces processus.

Le rôle du gouvernement fédéral devrait être de faciliter les échanges et de réunir les divers protagonistes pour examiner la question très complexe et mouvante de la planification des ressources humaines en santé au Canada et pour le Canada.

Le gouvernement fédéral, probablement par l'entremise de Santé Canada, et avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait assurer le leadership de la façon suivante: a) en étant le convocateur, le facilitateur et le coordonnateur; b) en réunissant les données pertinentes d'une manière exhaustive et intelligible; c) en encourageant tous les protagonistes à s'engager dans le processus, car ce n'est le mandat principal d'aucun d'entre nous; d) en cernant les facteurs de réussite et en établissant une grille d'évaluation constante.

Je sais que cela commence à devenir répétitif. Cela ne vous étonnerait pas que nous sachions tous ce que chacun de nous dirait avant même de nous présenter ce matin.

Pour conclure, au nom de la FOMC et de ses membres, les 13 ordres provinciaux et territoriaux au Canada, je remercie le comité et le gouvernement du Canada de leur intérêt pour la question.

Merci. Je serai heureux de répondre aux questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant Mme Fréchette.

Je vous en prie.

● (0920)

Mme Danielle Fréchette (directrice exécutive, bureau de l'innovation des systèmes de santé et des relations externes, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada): Monsieur le président, membres du comité, merci de ces travaux du comité sur une question très importante et de votre invitation à comparaître.

Le Collège royal, comme Marc Lalonde l'a dit il y a des années, et l'un des secrets les mieux gardés au Canada. Nous essayons de nous ouvrir et de faire profiter aux autres de nos points de vue et des compétences de nos membres, qui sont plus de 40 000. Nous appuyons leur perfectionnement professionnel constant et établissons des normes pour leur formation dans 65 disciplines médicales et chirurgicales.

Le Collège a été créé par une loi fédérale en 1929 et depuis, il surveille l'agrément des médecins spécialistes au Canada. Il appuie aussi l'innovation dans le système de santé partout au Canada et participe à un certain nombre d'initiatives pancanadiennes. Par exemple, il est membre du consortium AEMC EMPr, dont la Dre Moineau a parlé.

À peu près comme le Collège des médecins de famille, nous nous sommes lancés dans une transformation majeure des modalités de formation des médecins au Canada. Nous parlons de « La compétence par la conception ». Nous nous écartons d'un système fondé sur la durée pour adopter un système fondé sur les compétences, assorti d'étapes, qui portera sur l'éducation médicale depuis la résidence jusqu'à la retraite. Nous avons bon espoir que ce

système rendra les spécialistes de demain plus souples pour répondre aux besoins des patients et s'adapter au contexte en constante mutation des soins de santé, question à laquelle le comité s'intéresse maintenant.

Nous savons que les champs d'activité des professionnels de la santé changent constamment, y compris ceux des médecins, à cause de nombreux facteurs comme les pénuries d'effectifs en santé, des besoins croissants des patients et des découvertes scientifiques et technologiques. Les rôles changent sans cesse. Ce n'est pas avant les années 1950 que les infirmières à ce qu'on appelait alors l'Hôpital Civic d'Ottawa, tout près d'ici, ont pu se charger de tâches comme la prise de la tension, les injections intramusculaires ou même l'administration d'antibiotiques par intraveineuse. Seul un médecin pouvait faire ces choses-là.

Parce que l'approche de la prestation des soins évolue sans cesse, de nouvelles professions émergent, comme celle des auxiliaires médicaux, et des modèles de soins interprofessionnels apparaissent. Tandis que le champ d'activité des professionnels de la santé non médecins s'élargit pour englober de nombreux rôles à divers niveaux du jugement clinique dans le diagnostic et le traitement des patients, le Collège royal est d'accord et croit que ces professionnels jouent un rôle important dans le soin des patients et aident à améliorer l'accès.

Nous bénéficions tous de ces nouvelles façons de faire, mais nous reconnaissons aussi que des précautions s'imposent si nous voulons assurer la sécurité et le bien-être des patients. C'est d'autant plus important qu'il y a tant de définitions différentes, parmi les professionnels de la santé au Canada, du champ d'activité, de l'admission, des exigences en matière d'éducation et de la surveillance réglementaire.

Il y a beaucoup de normes pancanadiennes en médecine, comme mes collègues viennent de l'expliquer, mais ce n'est pas la même chose dans le cas de beaucoup d'autres professions dans le domaine de la santé. En Alberta et au Manitoba, par exemple, les pharmaciens peuvent commander et interpréter des tests de laboratoire, mais ce n'est pas le cas en Colombie-Britannique ni en Saskatchewan. Ils peuvent donner une pharmacothérapie en Ontario et au Nouveau-Brunswick, mais pas en Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Édouard ni à Terre-Neuve.

Même dans la profession émergente d'auxiliaire médical, où on fait des efforts honnêtes pour établir des normes pancanadiennes, l'Université du Manitoba offre un diplôme de deuxième cycle alors que l'Université McMaster offre un diplôme de premier cycle. Cette profession est réglementée au Manitoba, mais pas en Ontario.

Une approche mieux coordonnée de la réglementation des professions du domaine de la santé aide à assurer non seulement des normes pancanadiennes pour l'éducation et la pratique, mais aussi, peut-on espérer, des soins plus sûrs et de grande qualité. Le fait même de réglementer une profession favorise aussi la collecte de données qui peuvent guider l'amélioration de la qualité et la planification.

● (0925)

Le champ d'activité de tout professionnel de la santé doit toujours correspondre à une formation et à une éducation de qualité pendant toute la pratique. Il ne faut donc pas négliger d'évaluer la qualité des programmes d'éducation qui permettent de commencer à exercer et du perfectionnement professionnel continu.

Le champ d'activité de tous les professionnels de la santé devrait certes faire l'objet de normes d'éducation exigeantes, mais il nous faut aussi une surveillance réglementaire, ce qui est d'autant plus important que ces professionnels peuvent se déplacer partout au Canada. Nous ne voulons pas qu'un professionnel de la santé formé dans une administration arrive dans une autre avec des compétences légèrement différentes. Ce n'est pas dans l'intérêt des patients. Et le système est plus facile à contrôler.

Comprendre la nature des champs d'activité aidera non seulement à assurer la sécurité des patients, mais aussi à mieux comprendre l'impact sur les soins, les résultats obtenus et la façon de planifier les effectifs du système de santé. Nous avons fait des recherches qui montrent que les modèles de pratique interprofessionnelle et l'évolution des champs d'activité ont un impact direct non seulement sur la prestation des soins, mais aussi sur le nombre de médecins dont le Canada a besoin. À l'inverse, il y a probablement des répercussions sur d'autres professions du domaine de la santé. Tandis qu'évoluaient différents rôles dans les soins de santé, quelque chose de plus déconcertant s'est produit. Nous avons constaté, et continuons de constater, car les recherches se poursuivent, que le chômage et le sous-emploi sont à la hausse chez les médecins. Ce n'est pas nécessairement mauvais, si nous pouvons mieux veiller à former les bonnes personnes pour faire les bonnes choses.

Voici un exemple. Avec l'arrivée des auxiliaires en anesthésie, qui sont de plus en plus en demande chez les anesthésistes, nous voyons que le nombre d'anesthésistes dont nous avons besoin au Canada pourrait diminuer de moitié. Une étude a été réalisée en 2010 sur les auxiliaires médicaux qui travaillent avec des chirurgiens orthopédistes dans une clinique d'arthroplastie ou de remplacement d'articulations à Winnipeg. Les auxiliaires ont aidé à réduire les temps d'attente et à faire augmenter le nombre d'opérations que les chirurgiens peuvent faire. Mais nous n'avons pas utilisé ces faits pour élaborer une approche plus cohérente de la planification de nos services et du nombre de travailleurs nécessaires.

De nouveaux rôles ont aussi émergé chez les infirmières en pratique avancée, qui se substituent aux médecins ou font un travail complémentaire de leur. Les infirmières praticiennes non seulement jouent divers rôles dans les soins primaires, mais pratiquent aussi aux soins intensifs dans les hôpitaux et assument de très nombreux rôles, assurant des soins, par exemple, à des patients gravement malades qui ont des problèmes complexes. Les infirmières en pratique avancée peuvent aussi se spécialiser dans le traitement d'une maladie donnée ou dans une sous-spécialité médicale, comme la néonatalogie, la cardiologie, la psychiatrie et les soins palliatifs.

L'évaluation des champs d'activité devrait figurer dans la réglementation territoriale et provinciale, car il faut s'assurer que ces changements ont les effets souhaités, comme l'amélioration des soins, une prestation plus efficiente et rentable des services et de bons résultats pour la santé des patients. Mais nous ne savons pas. Il est indispensable de mettre en commun nos connaissances et nos recherches sur ces mesures de rendement et d'autres, si nous voulons continuer à faire progresser la qualité dans le système de santé du Canada et si nous voulons utiliser judicieusement les ressources humaines et financières. Ici, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle.

S'appuyant sur ses recherches sur les défis de l'emploi des médecins, le Collège royal a commencé à planifier avec les organisations d'autres professionnels de la santé et avec des chercheurs d'autres travaux de recherche sur les champs d'activité en médecine et dans d'autres professions de la santé, notamment les soins infirmiers. C'est là une vaste entreprise, et ce n'est qu'avec un

soutien financier correct qu'il sera possible de contribuer ainsi à la constitution d'un corpus de faits et de renseignements pour guider la politique d'intérêt public et la planification du système de santé.

● (0930)

Si nous songeons à ce qui nous attend, j'entrevois du chômage chez les médecins, comme nos recherches l'ont montré récemment. Cela est symptomatique des lacunes qui existent toujours dans la planification de l'effectif dans le domaine de la santé au Canada, ce qui comprend à la fois la planification et la bonne formation de chacun selon ses tâches. Bien qu'il y ait beaucoup d'efforts constructifs pour améliorer nos approches de la planification et de la régulation de l'effectif au Canada, des lacunes subsistent. Nos recherches, parmi d'autres, ont montré qu'une planification isolée pour chacune des professions ne fera que perpétuer les problèmes actuels qui entravent l'accès rapide à des soins sûrs et de haute qualité pour les Canadiens. Comme je l'ai déjà dit, cela empêche aussi les travailleurs d'exploiter leur plein potentiel.

Nous ne devons pas nous limiter au nombre de professionnels de la santé et aux besoins de la population en matière de santé, soit les éléments prédominants, d'habitude, dans notre planification des services de santé et de leurs effectifs. Nous avons appris que, dans cette planification, il était tout aussi important de comprendre et de prendre en compte les effets des modèles de prestation interprofessionnelle des soins et de la disponibilité de ressources comme les heures en salle d'opération et aussi l'évolution des champs d'activité, de l'éducation des professionnels et de la réglementation qui régit toute leur vie professionnelle.

Nous avons un certain nombre d'éléments d'excellence, comme ceux que le Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux commence à produire. Nous avons un corpus croissant de données et d'éléments probants, ainsi qu'un vif intérêt pour la collaboration chez beaucoup. Le Collège royal et tant d'autres, si vous revenez sur tous les mémoires soumis à votre comité et à d'autres, espèrent depuis longtemps une stratégie nationale des ressources humaines en santé et un leadership fédéral pour susciter, faciliter et soutenir la collecte et l'analyse de données au niveau pancanadien afin de soutenir les entreprises provinciales et territoriales en santé et en planification et développement de l'effectif. Un institut ou une agence pancanadiens ou nationaux depuis longtemps réclamés serviraient à mobiliser les avantages et les forces des apprentissages, des éléments probants et des expériences des provinces, des territoires, des organismes professionnels et des chercheurs.

L'intérêt du Comité permanent de la santé pour les champs d'activité des professionnels de la santé est réconfortant. Nous sommes vraiment reconnaissants de pouvoir faire état des résultats de nos recherches et nos recommandations sur la voie à suivre.

Merci beaucoup.

Le président: Merci, madame Fréchette.

Au premier tour, chacun aura sept minutes pour ses questions.

À vous, madame Davies, je vous en prie.

Mme Libby Davies: Merci beaucoup, monsieur le président.

D'abord, merci aux témoins d'être là. Comme nous amorçons tout juste cette étude, les témoins d'aujourd'hui sont les premiers que nous entendons, en dehors des fonctionnaires. Nous abordons tout juste le sujet et commençons à y réfléchir, c'est du moins mon cas.

Pour commencer, il est magnifique de voir un groupe aussi estimé de femmes qui représentent de grandes organisations au Canada. Merci beaucoup de vos exposés.

Je vais me faire un peu l'avocat du diable. Une petite partie ou une grande partie de ce que vous dites, ou peut-être beaucoup, est difficile à transposer dans la réalité quotidienne du patient. Voilà la préoccupation que je voudrais exprimer.

Nous avons cette énorme question du champ d'activité, de la pratique en équipe, des soins centrés sur le patient, et je ne comprends pas qu'on n'aille pas beaucoup plus vite. Vous représentez quatre grandes entités qui sont au centre de cette discussion. Vous avez souligné la nécessité que le gouvernement fédéral joue un rôle, et je suis tout à fait d'accord, comme catalyseur, collaborateur, convocateur, etc. Dites-nous ce que serait l'approche idéale du travail en équipe, par exemple en milieu urbain. Quelle serait-elle dans une localité éloignée? Pourriez-vous la décrire? Dites-nous comment les liens s'établissent en pratique familiale et aussi dans un établissement de soins actifs.

J'ai l'impression que nous ne pouvons pas nous faire une idée de ce que serait. Vous avez donné des exemples, mais si nous avions une approche idéale des soins en équipe axés sur le patient, supposons à Ottawa, quelle serait mon impression si je me présentais comme patiente? J'ai souvent l'impression que les gens se font renvoyer d'un endroit à l'autre. On va chez le médecin de famille, puis chez le spécialiste et chacun ne s'occupe que d'une petite chose. Il faut encore aller ailleurs pour telle autre chose. Puis, le généraliste a l'impression de ne pas avoir la compétence voulue, mais qui s'occupe de vous, globalement? J'ai l'impression que quelque chose manque.

Je suis un peu négative et je vous soumetts le problème. Le système devrait être meilleur qu'il n'est. Tout le monde parle de la même chose, mais il ne se passe rien, ou alors de façon très fragmentaire. Si vous pouviez nous livrer vos réactions et nous donner des exemples concrets, ce serait vraiment utile.

• (0935)

Dre Francine Lemire: Vous nous demandez de vous dire en trois minutes ou moins comment régler les problèmes du système de santé. Je ne prétends pas y arriver, et je ne veux pas être négative non plus, mais comme médecin de famille, j'ai remarqué une augmentation incroyable de la complexité des cas des patients que j'ai examinés en 30 ans de carrière. Nous ne voyons plus de patients qui ont une seule maladie diagnostiquée. Nous recevons souvent des patients atteints de deux ou trois maladies simultanément, exigeant chacune une gamme de services. À cause de cette complexité, j'ai fini par me dire que je ne pouvais pas m'occuper de tous ces problèmes moi-même. Voilà un premier facteur.

On me lancera peut-être des tomates, pas nécessairement ici, mais le deuxième facteur est le mode de rémunération des médecins. Dans ce qui est pour l'essentiel un système de rémunération à l'acte, qui, avec le temps, n'a pas favorisé la collaboration, il y a eu une certaine innovation: on a examiné des modes de rechange, comme la capitation. Cela permet de reconnaître l'importance du patient qui est accueilli. Mais ceux qui participent à cette pratique, mes collègues et moi, les infirmières, le travailleur social qui vient nous prêter main-forte, nous avons tous la responsabilité de savoir de qui nous nous occupons et de voir ce qui se passe du point de vue de la population.

Le troisième facteur a été la grande lenteur de l'implantation du dossier médical électronique. On ne peut pas travailler efficacement avec d'autres soignants si on n'a pas ce dossier. On peut se débrouiller avec le papier, mais je peux vous dire que dans ce milieu,

nous avons besoin de systèmes d'information efficaces qui permettent d'établir le lien entre la pratique, l'hôpital et d'autres ressources. Cela ne veut pas dire que nous ne sommes pas responsables, mais j'essaie d'expliquer pourquoi les choses ne se font pas, et je voudrais qu'elles se fassent.

Mme Libby Davies: Très utile.

Dre Francine Lemire: Le patient diabétique qui vient me voir ne souffre probablement pas que du diabète. Il peut être hypertendu ou présenter un risque d'insuffisance coronaire, de crise cardiaque, ou il en a peut-être déjà eu une. Le patient a donc des besoins complexes et il prend probablement une dizaine de médicaments. La pharmacie intervient donc. Il y a des interactions entre les médicaments, et le patient n'a peut-être pas les moyens de payer tous ces médicaments. Il faut donc faire appel au travailleur social. Je ne peux pas tout faire en une visite de 15 minutes. Voilà des faits, et certaines de ces choses-là empêchent l'implantation de services intégrés.

Il y a eu des innovations très importantes. Je n'ai pas parlé des équipes de santé familiale. Ce n'est pas l'invention du siècle, mais c'est une façon de s'attaquer au problème et d'assurer l'accès aux services pour les patients — sinon ceux d'un médecin de famille le lendemain, au moins ceux d'une infirmière praticienne, ou le surlendemain, et sinon ceux de telle personne, au moins ceux de quelqu'un d'autre de la même pratique. Il y a d'excellents exemples d'innovation, et il faut en étendre l'application. Si nous avons les outils dont je viens de parler, tous les dispensateurs de soins doivent pouvoir travailler ensemble afin d'aider ce diabétique qui a trois maladies chroniques pour coordonner la réponse aux besoins des points de vue social et pharmaceutique.

Je vais m'arrêter là, puisque je ne suis pas seule ici, mais ce sont là quelques facteurs qui jouent.

Le président: D'accord, merci. Excellente explication. Malheureusement, il n'y a plus de temps. Peut-être pourrions-nous approfondir la question au prochain tour.

Monsieur Young, vous avez sept minutes.

• (0940)

M. Terence Young (Oakville, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à vous toutes de votre présence.

Docteure Lemire, pourquoi à notre époque, après des discussions qui ont duré des décennies, manquons-nous encore de médecins dans bien des régions du Canada?

Dre Francine Lemire: Encore une fois, vous me demandez de résoudre ce problème...

M. Terence Young: Effectivement. Nous cherchons des réponses.

Dre Francine Lemire: ... en trois minutes ou moins.

M. Terence Young: C'est exact.

Dre Francine Lemire: C'est au « quoi » que nous commençons à répondre...

M. Terence Young: Que devons-nous faire?

Dre Francine Lemire: Nous devons collectivement renforcer notre mandat autour de la responsabilité sociale.

M. Terence Young: Pour un profane, cela veut dire quoi, s'il vous plaît?

Dre Francine Lemire: Un exemple est ce qui se passe au Québec... Là-bas, il a été décidé qu'il fallait s'attaquer au problème de la répartition des médecins. Il y a donc une planification régionale des ressources humaines dans le domaine de la santé.

Si je suis une résidente en médecine familiale, au début de ma résidence, je considère tous les plans régionaux des ressources humaines pour voir où on a besoin d'un médecin de famille. Je commence à négocier avec les autorités régionales en matière de santé, car je sais que les besoins se situent dans certains secteurs, et pas forcément au centre-ville de Montréal.

M. Terence Young: Les médecins qui acceptent d'aller dans les localités où personne ne veut aller sont payés plus cher?

Dre Francine Lemire: Sauf erreur, il y a des encouragements financiers, mais le gouvernement du Québec a dit clairement que les médecins devaient aller là où on a besoin d'eux.

M. Terence Young: Ils y vont parfois et, au bout de quelques années, ils reviennent là où ils ont toujours voulu habiter, par exemple une ville où il y a plus d'activité, où leur famille habite, n'est-ce pas?

Que pourrions-nous y faire?

Dre Francine Lemire: Voilà qui montre à quel point il est important que les collectivités se mobilisent pour garder leurs médecins.

M. Terence Young: Cela donne-t-il des résultats?

Dre Francine Lemire: Un peu. Je ne pense pas qu'on puisse forcément s'attendre à ce qu'un médecin s'en aille dans une localité rurale sur la foi d'un plan régional de ressources humaines dans la santé et y reste 25 ans.

M. Terence Young: J'habite à Oakville, en Ontario. C'est une ville riche, une banlieue située à une quarantaine de minutes de Toronto. La ville manque de médecins. Personne ne semble comprendre pourquoi.

Pourriez-vous nous éclairer?

Dre Francine Lemire: Je ne pense pas pouvoir vous éclairer sur ce cas précis. Je dirai que nous avons jusqu'à un certain point la responsabilité de faire adopter par les praticiens cette idée d'offrir des services complets. Mais je comprends aussi que d'autres dispensateurs de soins, comme ceux dont Danielle a parlé... Nous devons mieux comprendre la composition de l'effectif et les moyens d'amener ces gens à travailler ensemble.

M. Terence Young: D'accord. Bien des gens diront que le modèle de la rémunération à l'acte est un échec. Le cabinet de certains médecins devient une usine. On s'y présente et il s'y trouve 15 personnes qui ont la grippe ou le rhume, et le médecin essaie de les voir toutes. Il peut en passer 70 en une journée. Ce ne sont pas là de bons soins de santé.

Comment devrions-nous payer les médecins pour obtenir des soins de la meilleure qualité?

Dre Francine Lemire: Il y a d'autres modèles de rémunération qui...

M. Terence Young: Pourriez-vous donner des exemples, s'il vous plaît?

Dre Francine Lemire: On recevrait un versement annuel par patient, c'est-à-dire le groupe. L'ensemble de l'équipe, et pas le seul médecin de famille, aurait la responsabilité de s'occuper de la population.

M. Terence Young: Cela marche-t-il à bien des endroits?

Dre Francine Lemire: Je viens de donner des exemples d'équipes de santé familiale où il y a eu des améliorations. Au Royaume-Uni...

Voulez-vous en parler?

M. Terence Young: Oui, allez-y, je vous en prie.

Dre Geneviève Moineau: C'est le système appliqué au Royaume-Uni. Tous les systèmes ont leurs risques et leurs avantages, mais celui-là pourrait être intéressant.

M. Terence Young: Voici une histoire strictement personnelle. Je serai très bref.

Depuis deux ans, je me fais suivre par un naturopathe, et mon état s'améliore. J'obtiens de meilleurs résultats du naturopathe, mais je dois le payer de ma poche. Je vois aussi un chiropraticien à l'occasion, et je le paie de ma poche. Je suppose que notre régime de soins de santé doit en rembourser une partie, de toute façon

Je reçois donc de meilleurs soins de praticiens qui ne sont pas pleinement respectés par le système de santé, et cela me préoccupe. Pourquoi les patients n'ont-ils pas plus de choix? Pourquoi faut-il toujours passer par la filière allopathique, pourquoi tout est-il dirigé et contrôlé par des allopathes?

Dre Geneviève Moineau: Puis-je répondre?

• (0945)

M. Terence Young: Oui, s'il vous plaît.

Dre Geneviève Moineau: C'est d'accord, et nos recommandations reconnaissent tout à fait que les médecins ne sont pas la seule réponse. Ils doivent participer à la prestation des soins de santé. Il serait utile que tous ceux qui dispensent des soins soient assujettis à une réglementation. Certains sont réglementés dans certaines provinces, mais pas dans d'autres.

Là encore, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer. Il peut voir quels dispensateurs de soins de santé sont réglementés ou pas. Si votre naturopathe ou un autre praticien est réglementé, il obtiendra le respect. Quand il n'y a pas de réglementation, la qualité des soins fluctue beaucoup.

M. Terence Young: Pourquoi choisissez-vous le gouvernement fédéral? Je vais vous le dire.

Le pouvoir principal que le gouvernement fédéral possède en matière de réglementation des soins de santé — le pouvoir pénal, si vous revenez à la Constitution — a été interprété assez largement, mais il est très limité.

Qu'est-ce qui empêche les provinces d'agir? Elles ont le Conseil de la fédération. Elles ont traité avec les pharmaceutiques; elles disent que les médicaments génériques coûteront moins cher. Elles peuvent faire certaines choses.

Qu'est-ce qui empêche les provinces de dépêcher chacune une ou deux personnes à Winnipeg et d'accomplir certaines choses elles-mêmes?

Pourquoi venez-vous toujours nous dire que le gouvernement fédéral devrait faire telle ou telle chose? Il dispose de pouvoirs très limités. Rien n'empêche les provinces de se réunir et de régler le problème, pour peu qu'elles décident de le faire.

Dre Geneviève Moineau: L'avantage d'une intervention du gouvernement fédéral, c'est qu'elle aide à faciliter la réunion des provinces. C'est justement l'exemple du Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux. Il faut comprendre que les ressources en médecins ne sont qu'un élément du tout plus vaste qu'est la planification des ressources des soins de santé. C'est un débat qu'il faudra finir par tenir, mais il faut commencer quelque part. Nous sommes heureux d'y participer.

Encore là, c'est une entreprise fédérale-provinciale-territoriale et c'est pourquoi elle réussira, croyons-nous. Cela aide les provinces à se réunir pour faire ce travail.

Si je pouvais revenir à ce que Mme Davies a demandé tout à l'heure à propos de...

Le président: Non, je suis désolé.

Par souci d'équité pour tous les députés, nous ne pouvons pas dépasser le temps prévu. MM. Wilks ou Lunney pourront revenir au même courant de réflexion lorsque leur tour viendra.

La prochaine sera Mme Fry. Sept minutes, s'il vous plaît.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous les témoins de leur présence. Je répéterai que ce groupe de témoins est formé de quatre femmes très influentes. Extraordinaire.

L'idée des équipes multidisciplinaires dont nous avons parlé n'est pas nouvelle. L'accord sur la santé de 2004 prévoyait de l'argent pour cela, et l'idée a été acceptée par le gouvernement fédéral et les premiers ministres de toutes les provinces. Il s'agissait de mobiliser le rôle de leadership du gouvernement fédéral et tout le reste pour transformer et réformer la pratique des soins primaires, tenir compte de l'équipe, voir ses liens avec les soins actifs — ce qui était la question de Libby —, de voir comment, si on travaille à l'hôpital, on sait amener les patients, dès qu'ils le peuvent, dans un nouveau système.

Qu'est-il advenu de cet effort? C'est la première question. Pourquoi cela s'est-il enrayé en 2007 environ et n'y a-t-il eu rien d'autre depuis? Le gouvernement fédéral a versé de l'argent pour que ce travail se fasse.

Deuxièmement, j'ai remarqué que certaines provinces ont fait quelques petites choses. Il y a d'excellents exemples sur le terrain. Calgary a une excellente clinique. L'Ontario a fait beaucoup de bon travail. La Nouvelle-Écosse aussi, je crois. Mais elles n'ont pas les moyens d'aller plus loin.

Quant à l'idée de champ d'activité, chaque fois que je me déplace au Canada et rencontre des ministres de la Santé, peu importe de quelle allégeance politique, ils me disent tous la même chose. Il y a trois domaines où le Conseil de la fédération ne peut pas agir seul: les ressources humaines dans le domaine de la santé, les produits pharmaceutiques et enfin la réforme des soins primaires.

En somme, étant donné que le Conseil de la fédération a avoué ne pas pouvoir prendre les mesures qui s'imposent, avez-vous un plan en tête pour faire en sorte que nous ayons des effectifs de la bonne composition et qu'on n'y retrouve pas que des professionnels de la santé, mais aussi, en lien avec les équipes, des défenseurs de la cause du logement, des travailleurs sociaux, voire des conseillers scolaires?

Si le gouvernement fédéral ne s'engage pas, que prévoyez-vous pour faire avancer le dossier? Si nous ne faisons rien, nous n'aurons pas des soins efficaces et efficaces, dispensés dans les meilleurs délais, et nous gaspillerons beaucoup d'argent dans les services de soins actifs. Que prévoyez-vous faire?

D'abord, qu'est-il advenu du plan de 2004 au sujet de la réforme des soins primaires et des ressources humaines dans le domaine de la santé?

• (0950)

Mme Danielle Fréchette: Encore une fois, seulement quelques minutes pour parler d'une question qui exigerait des échanges de plusieurs jours.

Nous avons fait de grands progrès et vous admettez qu'il y a beaucoup de lieux d'excellence. Je dirai que nous retirons souvent le gâteau du four avant qu'il ne soit tout à fait cuit. Nous travaillons avec ce que nous avons d'énergie et de ressources, sans le pouvoir rassembleur et l'endurance voulus pour changer le cap de ce navire difficile à manoeuvrer qu'est le système de santé. Nous ne recevons pas le soutien nécessaire pour étendre systématiquement et adapter des idées et expériences excellentes comme celles qui surgissent maintenant au Canada.

L'hon. Hedy Fry: Pourquoi pas?

Mme Danielle Fréchette: C'est une chose qui exige un effort soutenu, et nous n'avons personne qui ait accepté de prendre cet engagement envers les Canadiens. Nous qui sommes ici ce matin, nous avançons petit à petit. Nous finançons nous-mêmes les recherches sur le chômage chez les médecins. J'y travaille beaucoup pendant mes congés et mes week-ends, parce que ces recherches me tiennent à coeur. Ma fille, qui achève son baccalauréat spécialisé, a lu mon mémoire et elle a été déconcertée de voir à quel point c'est le désordre dans l'éducation et la réglementation. Elle m'a dit: « Maman, c'est un vrai gâchis. Comment est-ce possible? J'espère que tu pourras convaincre ces gens-là que notre gouvernement, que mon gouvernement doit faire quelque chose pour moi. » Nous travaillons tous de notre mieux, mais il nous faut quelqu'un qui fera converger nos efforts.

Pour en revenir à la foule de gens grippés qui s'entassent au cabinet du médecin de famille, qui les fait défiler rapidement, peut-être que si nous avions des équipes interprofessionnelles et un solide système de dossiers médicaux informatisés, le médecin de famille ne ferait pas que s'occuper de cas de grippe courante. Il s'occuperait de problèmes plus complexes.

L'hon. Hedy Fry: Francine.

Dre Francine Lemire: Il n'y a pas d'explication magique à ce qui s'est passé. Je suis d'accord sur ce que Danielle a expliqué. Les fonds ont aidé à apporter des innovations, et je crois que vous y avez fait allusion. Il y a eu des exemples incroyables d'innovation au Canada, mais nous devons soutenir le mouvement et l'étendre. Je dirai qu'il y a place pour un leadership fédéral à cet égard.

J'ai longtemps vécu à Terre-Neuve. J'ai une jambe artificielle. Il m'a toujours paru intéressant que, lorsque j'habitais au Québec, tous les coûts liés à cette jambe étaient couverts. À Terre-Neuve, la couverture était inexistante, et elle est partielle en Ontario. Pourtant, si je n'ai pas cette jambe artificielle, je ne peux pas apporter ma propre contribution à la société.

Comment se fait-il qu'il y ait des écarts semblables dans un pays comme le Canada, qui est riche, dans l'ensemble? Nous avons besoin de normes, et nous devons essayer de soutenir l'innovation. Il est probable que nous tous qui prodiguons des soins, comme les médecins et les infirmières, nous devons céder un peu de terrain et mettre les collectivités au centre de nos efforts, essayer d'axer les services sur la collectivité et de répondre à ses besoins.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer. Depuis quatre ans, nous entretenons des attentes de deux ordres. D'abord, l'Accord sur le commerce intérieur. Les changements au chapitre de la mobilité de la main-d'oeuvre sont entrés en vigueur il y a cinq ans, le 1^{er} avril 2009. C'est un accord fédéral-provincial-territorial. Ces dispositions n'ont pas été préconisées par domaine de la santé, mais par les syndicats et l'industrie. Nous avons donc cet Accord sur le commerce intérieur et son chapitre sur la mobilité des travailleurs, y compris celle des professionnels réglementés, dont ceux de la santé.

L'autre élément, c'est le cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des diplômes obtenus à l'étranger. Ces éléments ont été à l'origine d'un gros travail que nous avons fait sur des normes nationales, mais nous avons maintenant les conséquences de cet accord et de ce cadre. Le gouvernement fédéral a coordonné les discussions. Cela doit continuer. Il faut un effort soutenu si nous voulons éviter que cet accord et ce cadre n'aient des conséquences inattendues et non voulues. Parallèlement, si nous cernons d'autres possibilités, la discussion doit se poursuivre.

• (0955)

Le président: Monsieur Lunney, vous avez sept minutes. S'il vous plaît...

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci beaucoup.

D'autres ont signalé que nous accueillons quatre femmes très influentes. Lorsque je vous ai vues arriver, je me suis dit qu'on nous avait envoyé l'équipe d'intervention d'urgence. Ce que je veux dire en fait, après avoir entendu vos exposés, c'est que nous sommes en présence de personnes d'un très grand professionnalisme, hautement qualifiées et qui communiquent très bien. Vos exposés étaient tous très bien structurés et traduisaient une profonde réflexion. Je vous en félicite donc.

Combien y a-t-il de médecins au Canada. Francine, je crois, a parlé de 30 000 médecins de famille. Quel est le nombre total de médecins? Je dirais 88 000 environ.

Dre Francine Lemire: C'est à peu près cela. Mais ce ne sont pas tous forcément des cliniciens à temps plein. Voilà pourquoi il est difficile de comprendre clairement ce qu'est un équivalent temps plein au Canada.

M. James Lunney: Excellente observation. Est-ce parce que beaucoup approchent de la retraite? Ou d'autres facteurs démographiques influencent-ils la proportion de travail à temps partiel ou à temps plein?

Dre Francine Lemire: Je vais commencer à répondre. J'espère qu'on ne me demande pas une solution en quelques minutes. Une cohorte importante de la génération du baby-boom est à la fin de sa carrière professionnelle. Chose curieuse, ces médecins restent très engagés dans la pratique clinique, mais une certaine proportion d'entre eux ralentissent un peu et ne travaillent pas nécessairement à temps plein. Voilà un facteur.

Un certain nombre de médecins ont une tâche importante enseignent ou de recherche en milieu universitaire. Ils ne sont donc pas des cliniciens à temps plein, évidemment. Il y a aussi la

féminalisation de la profession; cela n'a rien de péjoratif, mais nous devons être réalistes. Il arrive souvent que les nouvelles femmes médecins qui entament leur pratique dans toutes les spécialisations le fassent au moment le plus propice pour avoir des enfants.

La notion d'équivalent temps plein évolue. En réfléchissant au renouvellement des effectifs, il faut prendre acte de ces facteurs et non pas les déplorer et en être malheureux, mais se préparer en conséquence.

Par exemple, si un médecin de famille qui a travaillé pendant 30 ans à Corner Brook et part à la retraite est remplacé par une femme qui est médecin de famille pendant les meilleures années pour avoir des enfants... Il est donc possible qu'il faille plus d'un médecin pour remplacer celui qui part à la retraite. Et il ne suffit peut-être pas d'un plus grand nombre de médecins. Nous avons peut-être besoin d'une infirmière en pratique familiale ou d'une infirmière praticienne qui peut faire une partie du travail de ce médecin.

Nous devons, et je crois que c'est notre responsabilité, préparer nos membres lorsqu'ils commencent à exercer leur profession, s'il s'agit de femmes qui ont l'âge d'avoir des enfants: si vous voulez exercer la médecine et vous occuper d'une population, il y a quelques éléments à réunir. Nous avons du travail à faire. Voilà quelques-uns des facteurs. Mes collègues voudront peut-être ajouter quelque chose.

M. James Lunney: Eh bien, merci. Je veux aborder quelques sujets différents, mais je vous remercie de vos explications sur ce sujet particulier. Je pense qu'il est très profitable pour nous de reconnaître ces éléments. Les femmes, bien sûr, doivent pouvoir évidemment réaliser cette possibilité d'avoir des enfants et remplir leurs obligations familiales par exemple, et tous les autres éléments que l'on vient de mentionner.

Lorsque vous avez parlé de l'approche fondée sur le travail d'équipe, vous avez fait mention des naturopathes, des chiropraticiens, et la question de la réglementation s'est posée. Je pense qu'une réglementation s'applique aux chiropraticiens dans chaque province de ce pays depuis de nombreuses années. On dénombre environ 9 000 chiropraticiens, et près de 40 % des problèmes à traiter dans un bureau de médecin sont caractérisés par une atteinte musculo-squelettique, un domaine dans lequel les chiropraticiens ont des compétences pointues.

En ce qui concerne les obstacles à la coopération interprofessionnelle, y a-t-il ici des représentants des collèges? Une forme d'interaction est-elle encouragée dans les collèges ou présente là où les chiropraticiens, par exemple, et les naturopathes... je ne veux pas qu'ils soient sous-représentés. Il y a entre 1 400 et 1 600 naturopathes dans la communauté.

Je veux aborder brièvement un autre aspect, et le temps file. Pourriez-vous nous dire s'il y a des exemples prometteurs de collaboration? Y a-t-il une collaboration, à tout le moins dans le milieu de l'enseignement, entre médecins et chiropraticiens?

Par souci de transparence, je ne suis pas ici pour représenter la profession, mais j'ai pratiqué la chiropraxie pendant 24 ans dans deux provinces.

• (1000)

Mme Danielle Fréchette: Merci.

Nous observons une collaboration beaucoup plus grande entre le monde médical traditionnel et celui de médecines complémentaires et alternatives, surtout lorsqu'on travaille auprès des populations autochtones ou qui vivent dans des collectivités rurales éloignées.

Nous avons fouillé quelque peu la documentation, et nous avons constaté que bon nombre de patients de ces collectivités rurales et éloignées, en particulier les femmes, se tournent vers les naturopathes pour soigner des maladies chroniques, parce qu'ils n'ont pas accès à un fournisseur de soins primaires. C'est une partie des effectifs que nous n'avons pas pris en compte dans notre planification des effectifs médicaux.

Il y a des modèles où, en orthopédie, par exemple, on travaille en partenariat avec un chiropraticien, un ergothérapeute et un physiothérapeute, et cela a toujours une incidence sur le niveau de soins assurés et sur la rapidité des soins offerts aux patients. C'est pourquoi le travail du comité est très important, et nous espérons arriver à rassembler toutes les ressources afin d'avoir vraiment un portrait plus complet. De cette façon, si des obstacles empêchent l'accès à un fournisseur de soins pleinement qualifié pour offrir des services dans son champ spécifique, nous pourrions tenter de les éliminer.

M. James Lunney: Merci pour ces explications, Danielle.

Je veux vous poser la même question, Geneviève, parce que vous représentez les collèges. Pour avoir été clinicien pendant 24 ans, je n'ai jamais vu, en fait, un médecin local s'amener dans mon cabinet et qui, après avoir observé mon travail, la façon dont je communiquais avec mes patients et ce que nous faisons, ne m'avait pas envoyé de patients par la suite, mais il y a souvent cette déconnexion.

Est-ce que des échanges ont lieu dans les collèges?

Dre Geneviève Moineau: Par souci de clarté, je dois préciser que je représente les facultés de médecine du Canada, donc celles qui enseignent aux étudiants en médecine.

En fait, absolument. C'est là où, lorsque j'ai parlé de notre initiative L'avenir de l'éducation médicale au Canada, il était très clair que l'une des recommandations très importantes était de promouvoir la pratique interprofessionnelle et intra-professionnelle. Chacune de nos facultés de médecine a vraiment progressé de façon importante dans l'application de cette recommandation. Dans chaque école, il y a des exemples très intéressants d'étudiants qui explorent en détail diverses professions de la santé et qui côtoient des praticiens durant leur formation. Le plus grand nombre de formations se donnent dans des milieux décentralisés, comme c'est le cas maintenant...

L'enseignement ne se fait pas que dans les grandes villes, dans les hôpitaux de soins tertiaires, mais beaucoup plus dans les collectivités, des milieux d'enseignement médical décentralisés. Les milieux sont liés à des campus qui ont été mis sur pied dans des petites collectivités, de même que dans le réseau incroyablement d'expériences formatives qui existe dans les régions rurales et éloignées. Cela permet à nos étudiants de côtoyer une diversité de soignants.

Je ne peux pas parler de la profession de chiropraticien spécifiquement, mais, en tant que concept, elle est parfaitement acceptée par toutes nos écoles.

M. James Lunney: Merci de votre intervention.

Le président: Très bien, merci.

M. James Lunney: Ah! J'allais vous demander combien de temps il me reste.

Le président: Cela me mettrait mal à l'aise de vous dire combien de temps il vous reste.

Des voix: Oh, oh!

Le président: Vous m'êtes redevable.

M. James Lunney: Permettez-moi de faire une dernière remarque, monsieur le président.

Le président: Non, non, monsieur Lunney...

M. James Lunney: À l'hôpital St. Michael, ils travaillent ensemble depuis de nombreuses années.

J'ai vraiment une autre bonne question...

Le président: Je n'en doute pas.

M. James Lunney: ...et j'espère avoir de nouveau la parole.

Le président: La parole est maintenant à M. Gravelle.

Vous voulez être le suivant, monsieur Morin? Très bien.

Allez-y, monsieur Morin.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'ai beaucoup de questions à poser aux témoins, mais je veux d'abord formuler un bref commentaire.

Si vous le pouvez, je vous suggère à l'avenir de faire vos présentations en français. En effet, il y a si peu de présentations qui sont faites en français devant ce comité. On parle de moins de 10 %. Je constate qu'il y a des francophones qui font leur présentation en anglais. Même si ce sont de bonnes présentations, il faudrait s'assurer que le français est bien représenté lors des rencontres des comités de la Chambre des communes. Je vous demande, s'il vous plaît, de le prendre en note pour la prochaine fois.

J'aimerais d'abord savoir comment se passe l'intégration des infirmières praticiennes au Canada. C'est un phénomène nouveau qui prend de l'expansion. Vous êtes probablement le mieux placées pour faire une mise à jour à ce sujet.

J'aimerais aussi que vous me disiez ce qu'il en est des adjoints au médecin. Ce phénomène prend beaucoup d'ampleur aux États-Unis, mais je ne crois pas que ce soit le cas au Canada.

Pourriez-vous nous donner un aperçu de la situation?

● (1005)

Mme Danielle Fréchette: J'ai fait allusion à l'élargissement du champ de pratique des infirmières dans plusieurs domaines, au-delà de la médecine de première ligne. En effet, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada reconnaît maintenant plus de 20 domaines de spécialisation.

Comment peut-on ne pas arrimer l'effet de cet élargissement à la planification des effectifs en santé? Ce sont toutes de bonnes choses, c'est un curriculum très étoffé et il y a l'agrément des programmes de formation. Toutefois, on n'a pas fait de portrait d'ensemble. C'est pourquoi on espère que le gouvernement fédéral pourra nous aider à mettre ensemble tous les morceaux du casse-tête.

En ce qui a trait à la mise en place des postes d'adjoints au médecin, il existe des programmes au Manitoba depuis les années 1990. Leur formation est du niveau de la maîtrise. En Ontario, les programmes existent depuis quelques années. Cette discipline évolue partout au Canada. Il y en a maintenant environ 300. Je me disais que ce serait l'occasion parfaite de bien faire les choses parce qu'on a une nouvelle discipline, mais non, tout le monde le fait à sa façon.

On parle de respect mutuel. Si des médecins pensent que ces collègues sont aussi bien formés qu'eux et que la réglementation à laquelle ces collègues sont soumis est aussi bonne que celle à laquelle il sont eux-mêmes soumis, ils vont travailler avec eux de bon gré. À priori, les médecins se préoccupent de la santé et de la sécurité de leurs patients. Toutefois, si quelqu'un dans leur équipe a des compétences ou joue des rôles qui ne sont pas clairs, les choses vont aller moins bien.

Dre Geneviève Moineau: J'appuie ce que vient de dire Mme Fréchette. En théorie, une nouvelle profession pourrait résoudre certains des problèmes vécus dans le cas des soins nécessaires. Cela va nous aider à nous occuper du manque perçu de certains types de médecins. Cependant, il faut que ce soit réglementé.

Dans un monde idéal, ce serait réglementé de façon très semblable d'une province à l'autre. Le gouvernement fédéral pourrait donc jouer un rôle pancanadien à cet égard et nous aider.

Revenons à la question posée par Mme Davies. Pourquoi cette affaire est-elle tellement compliquée? Le problème provient des rivalités de clocher. Pour que tout le monde travaille ensemble, il faut que quelqu'un, en haut, oblige les gens à se rassembler et à travailler ensemble. Malheureusement, même au sein du monde médical, chez les médecins, il y a des rivalités de clocher. Aujourd'hui, on s'entend bien et ça va très bien. En général, ça va bien. Alors, il faut nous aider à cet égard.

Dre Francine Lemire: Je ne vais pas répéter tout ce qui a été dit, mais j'aimerais mentionner que le Collège des médecins de famille du Canada a conclu un partenariat avec les adjoints au médecin pour leur permettre d'utiliser notre plateforme. Nous l'utilisons pour le maintien de leurs compétences.

Nous avons une entente pour essayer de développer de bonnes relations afin de mieux comprendre ce que font les adjoints au médecin. En fait, l'Association canadienne des adjoints au médecin utilise notre plateforme.

Il y a des exemples prometteurs. Cela ne s'accélère pas de façon exponentielle, mais je crois qu'on doit quand même apprendre de certaines initiatives qui constituent de bons exemples pour le futur.

M. Dany Morin: Je suppose que vos organisations voient d'un bon oeil les rôles accrus des pharmaciens ou des infirmières praticiennes, qui ont l'autorisation de prescrire certaines catégories de médicaments. Voyez-vous ce genre de choses d'un bon oeil ou avez-vous des réticences à cet égard?

•(1010)

[Traduction]

Le président: Nous avons dépassé le temps alloué, comme c'était le cas avec M. Lunney, donc nous pourrions le reprendre sur le temps de parole de M. Gravelle.

Vous m'excuserez, mais j'essaie d'être juste envers tout le monde.

L'hon. Hedy Fry: Il doit s'agir d'un trait caractéristique des chiropraticiens.

Des voix: Oh, oh!

Le président: Oui, c'est possible.

C'est au tour de M. Lizon.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci aux témoins d'être venus ce matin.

Je vais poursuivre avec le sujet sur lequel mon collègue, Terence Young, vous a interrogé.

J'ai vérifié quelques statistiques. Nous disons qu'il y a une pénurie de médecins au Canada. Je représente une circonscription à Mississauga. C'est dans la région du Grand Toronto. Il est difficile pour les gens en ce moment de trouver un médecin de famille. Il y en a qui prennent leur retraite. Certains médecins vendent leur entreprise et, dans ce cas, il y a une continuation, mais dans d'autres cas, il n'y en a pas. Les gens doivent donc se mettre à chercher un médecin de famille.

Les statistiques nous apprennent que, l'année dernière, nous comptons le plus grand nombre de médecins de toute l'histoire du pays. Comment expliquer alors notre problème de pénurie de médecins pour servir la population?

Dre Francine Lemire: D'après ce que nous savons, nous rattrapons le retard quant au nombre. Là où nous connaissons des ratés, c'est dans la répartition. C'est ce que je perçois comme un problème majeur aujourd'hui et pour les années à venir et comme une situation qu'il faut évidemment redresser collectivement.

Nous préparons les médecins collectivement, et nous avons des conversations avec eux au sujet de leur responsabilité sociale. Je crois que certains règlements devront probablement s'appliquer, en utilisant certains éléments de réglementation, pour faire comprendre aux médecins qu'il y a des endroits où on a besoin d'eux, au lieu de leur faire croire qu'ils ont l'entière liberté d'accrocher leur enseigne où ils veulent.

M. Wladyslaw Lizon: Oui, mais, en fin de compte, les médecins sont employés par la province ou des organismes provinciaux. En Ontario, la plupart d'entre eux le sont — par l'hôpital ou, s'ils ont leur propre cabinet, ils facturent l'OHIP. Comment faire pour qu'ils aillent là où on a besoin d'eux? On ne peut pas forcer les gens à le faire. Il y a des régions éloignées mal desservies et il existe des mesures incitatives pour les médecins.

Je connais des cas où de jeunes médecins ont profité des mesures incitatives et sont revenus par la suite parce qu'il n'y avait pas d'écoles pour les enfants comme celles qu'on trouve dans les grands centres.

Il y a d'autres problèmes. Les mesures incitatives sont là, mais cela ne veut pas nécessairement dire que les gens vont accepter cette offre les yeux fermés et se rendre dans ces régions et y demeurer.

Dre Francine Lemire: C'est multifactoriel, et cela dépend non seulement de la pratique du médecin, mais aussi du travail du conjoint et des autres facteurs que vous avez évoqués. Ce n'est pas une situation facile et, à vrai dire, je crois que personne parmi nous autour de cette table ne peut imposer quoi que ce soit à nos fournisseurs de soins. Nous pouvons les former en fonction des meilleurs critères, nous pouvons proposer, encourager, mais nous ne pouvons certainement pas les forcer.

C'est un domaine dans lequel il doit y avoir des politiques gouvernementales qui influencent ces choix, il doit y avoir une mobilisation communautaire qui permette de travailler au maintien en poste des médecins, et il doit y avoir une forme d'adhésion de la part des fournisseurs eux-mêmes.

Dre Geneviève Moineau: Je vous remercie d'avoir posé cette question importante.

Nous croyons, et cela fait partie du travail que nous faisons dans le Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux, que les étudiants en médecine devraient comprendre dès le départ qu'ils ont une responsabilité sociale et qu'ils seront appelés à travailler là où les besoins sont les plus criants.

Nous croyons également que le problème n'est pas tant le nombre insuffisant de médecins, mais qu'il serait plutôt un problème de répartition. À mon avis, le modèle qui existe déjà dans la province de Québec, dans lequel les nouveaux médecins diplômés ne peuvent travailler que là où le gouvernement prévoit qu'il y aura un poste, en est un qu'il serait bon de regarder. C'est un modèle qui, je peux vous le dire, aide réellement dans cette province.

Simplement pour rectifier une chose, je dois souligner que la vaste majorité des médecins sont en fait des travailleurs autonomes, et nous facturons la province pour les services qu'ils offrent. Cela a fait partie de la conversation initiale au sujet de ce qui constitue le cœur du problème. À l'heure actuelle, un médecin peut choisir de travailler deux demi-journées par semaine ou six jours par semaine.

• (1015)

Le président: Nous avons encore dépassé le temps qui était prévu, mais nous aurons probablement assez de temps, à la fin de ce tour, pour poser d'autres questions, ce qui permettra à nos invités de pousser un peu plus loin leur réflexion.

M. Gravelle.

M. Claude Gravelle (Nickel Belt, NPD): Merci, monsieur le président. C'est vraiment un plaisir pour moi de faire partie du comité de la santé et d'assister à ma première réunion avec ce comité. J'espère que tout se passera bien.

Monsieur le président, j'ai deux questions très importantes, alors je vous demanderais de me le signaler quand il me restera deux minutes.

Ma circonscription se trouve dans le Nord de l'Ontario, et nous avons toujours beaucoup de difficulté à attirer des médecins dans cette région. Nous avons maintenant, depuis les 10 dernières années peut-être, l'École de médecine du Nord de l'Ontario, qui aide énormément. Nous aimerions évidemment qu'il en soit ainsi dans l'ensemble du Nord canadien.

[Français]

Ma question va porter sur les centres de santé communautaire.

Avant de devenir député, je siégeais à un comité au sein d'un centre de santé communautaire. Il était difficile d'attirer des médecins dans des centres de santé communautaire parce qu'ils n'étaient pas habitués à travailler en équipe. Les médecins plus âgés n'ont pas été encouragés à travailler en équipe. Pour les médecins plus jeunes, il est plus facile de travailler de cette façon.

Dans les autres provinces, y a-t-il des centres de santé communautaire comme ceux qu'il y a dans mon comté? Si c'est le cas, sont-ils réglementés?

Dre Geneviève Moineau: Différents modèles ont été établis. Ils existent dans d'autres provinces, mais ils ont été créés de façon différente.

Vous avez dit que les médecins plus âgés n'étaient pas habitués à fonctionner de cette façon. C'est justement l'un des aspects que l'on trouve important. Il faut offrir de l'éducation continue aux médecins. Il serait important d'étudier cet aspect afin de venir en aide à ces médecins en leur offrant la formation nécessaire pour qu'ils se sentent à l'aise de travailler en équipe.

Dre Francine Lemire: J'ajouterais que l'éducation de nos médecins actuels et futurs est très axée sur l'importance de travailler en groupe. Ils vivent des expériences durant leur éducation formelle afin de pouvoir travailler en équipe à l'avenir.

Il ne fait aucun doute que le modèle du centre de santé communautaire est philosophiquement pertinent pour répondre aux besoins de la communauté. Il y a eu d'autres modèles. Les CLSC au Québec sont vraiment un équivalent du centre de santé communautaire. Toutefois, là où ça accrochait, c'était sur le plan de la productivité.

M. Claude Gravelle: Merci beaucoup.

[Traduction]

Merci beaucoup.

On vient de me dire qu'il me reste deux minutes.

J'ai travaillé avec un médecin d'Angleterre qui voulait venir pratiquer au Canada. Il m'a fallu plusieurs mois pour le faire venir. Le mois dernier, je travaillais avec une médecin du Brésil qui voulait également devenir citoyenne canadienne et pratiquer dans le Nord de l'Ontario. Elle a réussi le mois dernier à obtenir sa citoyenneté canadienne. La semaine dernière, j'ai commencé à travailler avec un médecin de Russie.

Il est difficile d'obtenir les documents officiels de citoyenneté canadienne, entre autres. Si nous pouvions amener le ministre de l'Immigration à accélérer l'entrée au Canada de ces médecins semi-qualifiés, les facultés de médecines pourraient-elles accélérer leur entrée en poste? Je sais que les qualifications diffèrent d'un pays à l'autre, mais si nous étions capables d'avoir des médecins étrangers qualifiés, les facultés de médecines pourraient-elles aider à accélérer les études qu'ils doivent poursuivre pour devenir des médecins canadiens qualifiés?

• (1020)

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Vous avez employé le mot « semi-qualifié » qui, pour moi, sonne l'alarme dans toute la salle.

Des voix: Oh, oh!

M. Claude Gravelle: Ils sont pleinement qualifiés dans leur pays, mais probablement pas qualifiés au Canada. Il peut leur manquer des choses...

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Ces personnes qui, d'après vous, doivent recevoir une formation additionnelle, ne pourraient-elles pas obtenir un permis avec ce qu'elles ont déjà comme bagage?

M. Claude Gravelle: ... parce qu'ils n'ont pas été formés au Canada. Ils n'ont pas fait leurs études au Canada.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Mais certains médecins formés à l'étranger seraient admissibles à un permis d'exercice provisoire.

M. Claude Gravelle: À titre d'exemple, un médecin d'Angleterre était admissible, mais la médecin du Brésil et le médecin de Russie...

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Vous savez, nous avons au Canada des lois très solides en matière de droits de la personne, et celles-ci ne nous permettent pas de faire une distinction entre les différentes cohortes. Nous devons regarder chaque personne individuellement. Nous avons des normes en place et nous avons ce qu'on appelle des critères de sélection, qui peuvent être mis à la disposition du comité. Parmi ces critères, nous disons qu'en premier lieu ils doivent démontrer qu'ils possèdent une connaissance de base de la langue. À défaut de respecter ce critère, Citoyenneté et Immigration Canada n'accorde pas de permis et nous non plus. Ils doivent intervenir auprès des patients dans la langue appropriée. Ils doivent démontrer qu'ils ont une bonne réputation. Ils doivent démontrer qu'ils ont une bonne force morale. Ils doivent démontrer qu'ils sont en bonne santé. Ils doivent passer des examens qui ne sont obligatoires qu'aux diplômés de l'étranger. Ensuite, lorsqu'ils arrivent ici, nous ne permettrons pas à un individu de pratiquer la médecine avec un permis provisoire sans qu'il ait vécu une période de pratique supervisée en mode d'évaluation.

Nous avons un nombre limité de places. C'est complexe, mais tout le monde doit passer par le même système.

M. Claude Gravelle: Je pense que vous avez visé juste en disant que les places sont limitées, parce que la médecin du Brésil, qui est maintenant citoyenne canadienne, doit attendre l'an prochain pour pratiquer parce qu'il n'y a pas de place qui lui permettrait de pratiquer.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Il y a des places pour pratiquer et il y en a d'autres pour entrer en résidence. Ce sont deux cohortes différentes de médecins.

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Wilks.

M. David Wilks: Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui. Je partagerai mon temps de parole avec M. Lunney. J'aimerais seulement faire quelques remarques.

Certains d'entre vous, à mon avis, ont visé juste sur quelques sujets. Premièrement, je pense qu'il y a une occasion de travailler avec les professions médicales à évaluer le modèle de rémunération à l'acte par rapport au modèle de soins primaires. Dans ma petite localité de la Colombie-Britannique, Sparwood, nous avons adopté le modèle de soins de santé primaires qui, croyons-nous, fonctionne beaucoup mieux que celui de la rémunération à l'acte. Nous avons trois médecins, alors qu'à 20 minutes de route de chez nous, à Fernie, une localité de 4 000 habitants, il y a 18 médecins qui, pour la plupart, travaillent à temps partiel parce qu'ils sont là pour faire du ski. Ils ne sont pas là en fait pour exercer leur profession, mais ils gagnent suffisamment d'argent pour y demeurer toute l'année. Quelqu'un a parlé de la légitimité sociale, et je pense qu'il s'agit d'un élément important dans certaines régions.

Enfin, je pense que l'une des choses qu'il a été intéressant de suivre au fil des ans en Colombie-Britannique a été la mise en oeuvre des autorités sanitaires par la province, un projet qui a échoué, à mon avis. Pour ma part, c'est une forme de protection entre les municipalités et la province, et il est devenu très difficile, même pour la profession médicale, d'avoir accès aux effectifs dont on a besoin au moment opportun.

Je ne fais que ces quelques remarques pour permettre à M. Lunney de parler de nouveau.

Allez-y, monsieur Lunney.

M. James Lunney: Merci beaucoup, Dave.

Je vous suis reconnaissant d'avoir tous réfléchi à cette question, et vous avez donné des exemples: adjoints au médecin, adjoints en anesthésie, adjoints en arthroplastie et infirmières praticiennes. Les gens essaient des modèles plus efficaces et des approches fondées sur le travail d'équipe. Vous avez fait un bon travail de réflexion en la matière, et j'apprécie le fait que ce soit l'AFMC qui parle du rôle important que pourrait jouer le gouvernement fédéral en supervisant, en fait, différents modèles et en encourageant les essais, mais surtout en supervisant et en rendant compte des meilleurs modèles parce que certains fonctionneraient mieux que d'autres, évidemment, en particulier dans les régions rurales.

À propos des régions urbaines et rurales, je m'inquiète un peu, car 80 % de notre population est urbaine. Toutes les ressources sont urbaines et, bien sûr, nous devons malgré cela trouver le moyen de desservir les régions du Canada situées en-dehors de nos grandes villes.

Par exemple, et cela cadre bien avec la télésanté, il y a en Colombie-Britannique un centre anticancéreux novateur, à Vancouver, où l'on traite des patients. L'oncologue administre des traitements, et il y a quatre médecins généralistes, bientôt six. Ils mènent des travaux novateurs qui donnent de bons résultats, notamment par l'augmentation des taux de vitamine D, le soutien psychologique et les conseils, la gestion du stress, l'alimentation saine, l'exercice, etc. La province a élargi ce programme. Grâce à la télésanté, ils atteignent les régions rurales où des patients ont des besoins élevés et se mettent en ligne avec eux de façon à ce qu'ils aient toujours accès à quelqu'un pour expliquer ce qui se passe dans leur corps. Il s'agit d'un modèle novateur.

Nous aimerions appliquer ce genre de modèle à plus grande échelle, mais c'est en quelque sorte de la médecine intégrée.

J'aimerais vous interroger brièvement au sujet des médecins qui offrent une thérapie orthomoléculaire, parce qu'il y a des permis et certains problèmes de réglementation avec les médecins qui pratiquent de façon non conventionnelle, et quelqu'un qui recommande un supplément à base de réglisse. Il y a un grand intérêt de la part du public pour la nutrition clinique qui, par des soins peu coûteux et peu risqués, peut vraiment améliorer l'état des patients. Les gens s'y intéressent, mais nous avons des problèmes avec les organismes de réglementation.

L'une de vous accepterait-elle de nous faire part de ses commentaires à ce sujet? Je sais que certains collègues sont intéressés à mettre sur pied des facultés de médecine intégrée, car la population le souhaite. Pourquoi avons-nous des problèmes avec les organismes de réglementation?

• (1025)

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Il n'y a pas de problèmes avec les organismes de réglementation.

Des voix: Oh, oh!

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Vous voulez parler des organismes de réglementation qui doivent statuer sur les substances non conventionnelles, nous pourrions, bien sûr, parler de la marijuana médicale, mais laissons de côté ce sujet pour l'instant.

M. James Lunney: Je suis heureux de la position adoptée récemment par l'AMC.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Les organismes de réglementation n'élaborent pas les normes de pratique en général. Ils se réfèrent aux sociétés spécialisées. Les personnes qui font ce travail, c'est leur domaine d'expertise, mais l'organisme de réglementation dira à ces médecins qu'ils doivent garder à l'esprit que les normes de pratique sont x . S'ils dérogent aux normes de pratique x , ils devront probablement nous dire pourquoi.

Il ne faut pas oublier que ce sont les médecins qui sont tenus responsables de prodiguer les soins appropriés à chaque patient au moment opportun. C'est une situation complexe. Je ne connais pas le nombre de sous-spécialités qu'il y a en ce moment, mais il y en a beaucoup. Il faut donc se rappeler que ces patients ne font pas partie des groupes expérimentaux.

M. James Lunney: Je vois que d'autres personnes veulent commenter.

Dre Geneviève Moineau: Encore une fois, l'éducation médicale au Canada est probablement l'une des meilleures au monde, si l'on se fie aux forces de bon nombre d'organisations représentées ici aujourd'hui. Ces forces tiennent en partie au fait que nous pratiquons une médecine fondée sur des données probantes. Par conséquent, les soins prodigués à nos patients doivent être les meilleurs et doivent prendre en compte la sécurité du patient.

Dans cette optique, avant que nous ne proposons des thérapies ou des traitements, les données probantes doivent être suffisantes pour démontrer leur parfaite innocuité.

Il arrive parfois que des traitements n'aient pas d'effets indésirables, mais, encore une fois, ils ne devraient pas être préconisés si la preuve n'a pas été faite qu'ils sont vraiment bénéfiques.

Le président: Merci.

M. James Lunney: Mon temps de parole est-il terminé?

Le président: Oui, désolé. Merci.

C'est au tour de Mme Davies.

Mme Libby Davies: Merci.

J'espère que vous n'avez pas trop l'impression d'être placées dans une position inconfortable. Vous avez fourni des réponses très complètes. Je pense qu'effectivement nous reconnaissons l'existence des querelles de clocher, entre autres, et de territoire, mais vous faites également partie des solutions.

Je voulais simplement reprendre la question de mon collègue, M. Morin, au sujet des infirmières praticiennes et des adjoints au médecin. Je ne comprends pas pourquoi leur nombre n'est pas plus élevé au Canada. C'est mieux en Ontario qu'en Colombie-Britannique. C'est très difficile en Colombie-Britannique.

J'aimerais vous raconter une expérience récente. Je me trouvais aux États-Unis lorsque j'ai attrapé une bronchite. Je suis allée consulter un médecin et je dois vous dire que j'ai été très impressionnée. Je ne prêche pas en faveur de leur système médical, mais en ce qui a trait au bureau du médecin... D'abord, je n'ai pas vu de médecin, j'ai vu une infirmière praticienne. On a relevé tous mes antécédents médicaux et on les a enregistrés à l'ordinateur pendant que j'étais en consultation avec un adjoint médical. Donc, j'ai vu deux personnes.

De plus, on ne m'a jamais remis d'ordonnance. Celle-ci a été envoyée directement à la pharmacie par courrier électronique. Donc, en ce qui concerne les abus, je n'ai jamais reçu d'ordonnance en main propre. Je me suis rendue directement à la pharmacie, et un dossier électronique avait été créé. Je me suis dit: wow!, c'est tellement simple.

Je suis surprise de voir qu'au Canada, parce que la plupart des médecins ont leur pratique individuelle ou avec d'autres médecins, ce sont eux qui décident s'ils engageront une infirmière praticienne, et la plupart ne le font pas. Donc, comment faire pour les inciter à éviter le problème qu'a soulevé M. Young dans son exemple éloquent d'un bureau de médecin rempli de personnes qui n'étaient là en réalité que pour faire soigner une grippe? Une infirmière praticienne pourrait faire le travail.

Cela nous apparaît tellement évident, mais cela ne se produit pas. Donc, que pouvons-nous faire pour que cela se produise?

● (1030)

Mme Danielle Fréchette: Si je peux me permettre, il faut comprendre qu'il y a différents types de milieux de pratique, n'est-ce pas? La moitié des médecins au pays misent souvent sur les grandes infrastructures, comme les hôpitaux.

Toutefois, je sais que le Collège royal, comme le Collège des médecins de famille, est très favorable aux adjoints au médecin. En ce qui regarde les modèles de rémunération et le fait que les médecins sont en réalité des travailleurs autonomes, nous parlons du montant de leurs revenus, mais une partie de ces revenus sert souvent à payer l'infirmière praticienne ou l'adjoint au médecin.

Mme Libby Davies: Alors, que pouvons-nous faire pour changer cela?

Dre Francine Lemire: Nous devons simplement appliquer plus largement certaines des innovations qui existent déjà dans ce pays et certains nouveaux modèles de soins. Je crois que certains modèles de soins de l'Ontario...

Mme Libby Davies: Il nous faut cependant considérer le modèle de rémunération, car la plupart des médecins choisissent de ne pas engager quelqu'un parce que cela a une incidence sur leur propre salaire. Serait-il préférable d'avoir des médecins salariés?

Mme Danielle Fréchette: Encore une fois, dans le cas des médecins qui n'exercent pas de façon indépendante, mais qui travaillent en milieu hospitalier... Certains de nos propres membres du conseil du Collège royal qui oeuvrent en milieu institutionnel seraient très heureux de travailler avec un adjoint au médecin, mais cela ne se fait pas, parce qu'il faut faire partie d'une plus grande infrastructure.

Dre Geneviève Moineau: En fait, dans les organisations où les médecins sont remboursés selon un autre mode de paiement, donc où il n'y a pas de services rémunérés à l'acte — tous nos hôpitaux à Ottawa fonctionnent de cette façon, et les médecins travaillant en milieu hospitalier adhèrent à un régime prévoyant un autre mode de paiement — dans ces milieux, ils ont la possibilité de travailler avec des adjoints au médecin et des infirmières praticiennes.

Au service d'urgence pédiatrique, je travaille de concert avec des infirmières praticiennes, et elles prodiguent des soins extraordinaires à un coût beaucoup moindre.

Mme Libby Davies: Je parle en fait du modèle traditionnel. On va consulter son médecin de famille. Ils sont leur propre patron et, vraiment, c'est comme un problème criant que personne ne veut regarder en face. Nous ne parlons jamais de cela.

Dre Geneviève Moineau: Il n'y a pas d'incitatif financier dans ce modèle.

Mme Libby Davies: Nous ne parlons jamais de cela. Je peux vous dire que nous parlons de tout le reste, mais jamais du mode de rémunération au Canada. C'est comme si personne ne voulait aborder cette question, du moins sur le plan politique, et j'ai le sentiment que nous devons l'aborder si nous voulons réellement adopter ce modèle fondé sur le travail d'équipe axé sur les patients dont nous parlons tous.

Dre Geneviève Moineau: Il y a un autre aspect intéressant dans ce que vous venez de décrire au sujet de votre expérience personnelle. Imaginez un instant si, moi, en tant que patiente, j'avais accès à mes renseignements médicaux quand je suis en voyage, si j'avais — peut-être pas la micropuce sous-cutanée — mais peut-être une carte de crédit contenant tous mes renseignements médicaux et, chaque fois que je recevrais des soins, cela s'inscrirait sur cette carte. Peu importe où je suis, peu importe qui je consulte, tous mes renseignements médicaux, ma médication, mes fournisseurs de soins, tout cela serait à ma disposition. C'est complètement le contraire de ce qui se produit actuellement. En ce moment, mes renseignements personnels sont inscrits sur papier et se trouvent dans les bureaux de différentes personnes.

Le président: Merci.

Monsieur Young.

M. Terence Young: Merci.

Madame Moineau, nous parlons de cela depuis au moins 20 ans. On l'a fait en Israël il y a 15 ans. On a empêché que cela se fasse, et c'est dû en partie à l'inertie. La profession médicale ne veut pas changer. Il y a des questions relatives à la vie privée. Nous ne faisons que parler, et parler encore.

J'aimerais vous demander, à vous quatre, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, une réponse d'une minute à une question. Il me reste cinq minutes. Si vous pouvez le faire en langage clair, ce sera enregistré ici, parce que vous avez votre propre jargon, et je comprends que...

Voici ma question, si vous pouvez répondre brièvement. Quels sont les principaux obstacles que vous pouvez identifier dans les champs d'exercice qui empêchent de mieux servir les patients? Une réponse d'une minute de chacune de vous serait très appréciée. Merci.

• (1035)

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Je pourrais commencer en vous disant qu'il n'existe rien de tel qu'une définition juridique d'une équipe, la dernière que j'ai entendue était de l'Association canadienne de protection médicale, ce qui signifie que lorsqu'on doit tenir ces professionnels responsables d'un événement indésirable, c'est compliqué. Nous commençons à travailler avec l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie et le Canadian Council of Registered Nurse Regulators à la mise en oeuvre de certains éléments du groupe de travail deux, qui est un cadre de réglementation interprofessionnelle.

Ce n'est qu'un début.

Le président: Vous avez pris 30 secondes, c'est très bien.

Mme Danielle Fréchette: Nous devons faire en sorte que les gens connaissent les rôles de chacun, parce que si vous ignorez ce que je fais, c'est assez difficile pour vous de travailler avec moi. Vous devez avoir confiance en mes compétences, en ma capacité de faire ce que vous pensez qu'il est de mon devoir de faire, peu importe où j'ai été formée ou j'ai travaillé au pays.

Dre Francine Lemire: Nous devons être capables de gérer les chevauchements dans les champs d'activité à l'échelle régionale. C'est là que les choses fonctionnent le mieux, et nous avons beaucoup à apprendre des milieux ruraux. Si on ne le fait pas là, c'est peine perdue.

Dre Geneviève Moineau: Je rappellerais le fait que, si nous voulons réussir cette entreprise, il faut qu'il y ait une surveillance qui facilite les choses pour que tous les acteurs soient réunis dans une pièce, assis autour d'une table, et que l'on ferme la porte à clé et qu'on ne laisse personne sortir tant et aussi longtemps qu'un terrain d'entente n'a pas été trouvé.

Ça, ce sont les querelles de clocher. L'autre problème, c'est qu'il faut des incitatifs financiers pour aller de l'avant. Actuellement, l'un des problèmes, c'est que certains spécialistes font beaucoup d'argent et que des médecins de famille, qui sont des spécialistes à part entière, sont relativement sous-payés pour ce travail des plus importants. L'autre problème d'ordre financier est que, comme nous l'avons décrit, il n'y a pas d'incitatifs financiers pouvant amener les médecins même à penser engager d'autres professionnels de la santé pour offrir des soins qui pourraient même être meilleurs pour un patient particulier.

M. Terence Young: Diriez-vous qu'il y a dans le système des incitatifs pervers à la prestation de meilleurs soins à nos patients, de soins plus efficaces?

Pourriez-vous en nommer quelques-uns?

Dre Francine Lemire: Qui ne favorisent pas ces soins?

M. Terence Young: Qui compromettent ces soins.

Dre Francine Lemire: Oui.

M. Terence Young: Je pense que vous êtes la personne qui peut le mieux le faire, parce que je ne veux pas que quelqu'un s'en prenne aux médecins. Vous êtes médecin, donc ce serait très pertinent que cela vienne de vous, docteur Lemire.

Dre Francine Lemire: J'ai l'impression d'avoir servi de cible depuis une heure, mais ça va, je peux le prendre.

Des voix: Oh, oh!

Dre Francine Lemire: Je vous dirai ce que j'ai déjà dit ailleurs. Certainement que, pour les médecins de famille, en essayant de susciter de l'intérêt pour cette discipline, avons-nous dit, ils ont plus ou moins la possibilité d'exercer la médecine familiale, ils peuvent poursuivre dans des domaines qui présentent un intérêt particulier, ils peuvent bénéficier d'une certaine souplesse dans la profession. Tout ceci est vrai, sauf que, maintenant, nous devons agir sur certaines de ces conséquences, c'est-à-dire qu'en tant que médecins de famille payés par la société, qui se voient conférés ce privilège par la société, ils ont une responsabilité envers la société.

Pour moi, en tant que médecin de famille, c'est être capable de voir tous les hommes et toutes les femmes de tout âge qui présentent tous des problèmes. Je ne veux pas dire par là que, si vous avez des douleurs à la poitrine, je vous enverrai voir un cardiologue.

Offrir un suivi remarquable, veiller à la santé d'une population définie et le faire dans plus d'un milieu de pratique. C'est une responsabilité sociale que nous avons en tant que médecins de famille et, cela, nous devons le faire valoir. Ce n'est pas un choix arbitraire. On ne peut pas séparer ces cinq principes. Ils font partie des fondements de cette profession.

Le président: Merci.

M. Terence Young: Ai-je encore du temps, monsieur le président?

Le président: Votre temps est écoulé, et il nous reste environ six minutes. Si vous êtes d'accord, j'accorderai trois minutes à la Dre Fry et trois minutes à M. Lizon, et ensuite nous allons conclure.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup, monsieur le président, de m'accorder ce temps.

Pour avoir été médecin de famille, je peux vous dire qu'il est difficile d'engager quelqu'un lorsque, en milieu urbain, 55 % de votre revenu est consacré aux frais généraux. Vous n'avez pas une grande marge de manoeuvre.

Je reviens sur le mélange. Actuellement, nous avons un déséquilibre. À titre d'exemple, il y a trop peu de médecins de famille, et beaucoup de personnes vont consulter directement les obstétriciens, les pédiatres, les spécialistes pour ce qui entre en réalité dans les soins primaires. C'est une façon coûteuse d'utiliser le système.

Vous avez mentionné, Dre Lemire, la nécessité pour les médecins de famille ou les personnes qui prodiguent des soins de santé primaires d'être mieux rémunérés afin qu'ils puissent faire ce travail. Regarder les modèles de capitation, de médecins salariés, etc., c'est une façon d'envisager la question. Mais comment envisagez-vous un plan de 10 ans, par exemple, avec tous ces gens travaillant ensemble en disant: voici le nombre de pédiatres dont nous aurons besoin dans 10 ans? Vous empêchez donc des gens d'obtenir un diplôme, et tout le monde veut choisir une spécialité. Ils ne peuvent pas. On n'a pas besoin d'eux. Ils sont trop nombreux. Allons vers ceci et établissons cela.

Les seules personnes, à mon avis, qui peuvent établir ce mélange, sont celles des collègues d'infirmières, de médecins, de pharmaciens, etc., qui travaillent ensemble à envisager le mélange approprié. Selon vous, comment cela peut-il se produire? Cela peut-il se produire sans la présence du gouvernement fédéral à la table?

•(1040)

Dre Geneviève Moineau: Nous venons tout juste de soulever cette question. Je vais répondre. C'est exactement le mandat du Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux qui a été mis sur pied par le Comité sur les effectifs en santé. Cela s'appuyait sur la première recommandation de l'initiative L'avenir de l'éducation médicale au Canada: assurer un mélange judicieux, un nombre suffisant et une répartition appropriée.

Toutes nos organisations autour de la table prennent part au groupe de travail ou au comité de direction technique qui se penche sur cette question. En bout de ligne, nous voulons être capables de guider l'intervention des provinces et, rappelez-vous, il s'agit d'une activité fédérale, provinciale et territoriale.

D'après nos données, il semble que nous aurons besoin d'eux en moins grand nombre, donc il revient aux provinces d'attribuer le nombre suffisant de postes à résidents et, au Québec, c'est le gouvernement provincial qui détermine le nombre de Plans régionaux d'effectifs médicaux, comme on les appelle, pour dire: voici le nombre de médecins en activité que nous accepterons dans notre province.

Nous espérons que ce type de planification fondé sur des données factuelles découlera des travaux du groupe de travail.

Le président: Très bien, par souci d'équité...

Mme Danielle Fréchette: Mais le travail du gouvernement fédéral n'a pas été fait, car vous avez reconnu tout à l'heure que nous avons des infirmières en pratique avancée. Nous avons donc une pénurie de psychiatres au pays, ou à tout le moins un problème de répartition. Mais les infirmières en pratique avancée en psychiatrie

sont là. Même si nous aurons le nombre adéquat de médecins, nous aurons besoin du gouvernement fédéral pour aider à rallier tout le monde de façon à pouvoir mieux assigner le nombre de psychiatres, comme nous savons combien d'infirmières en pratique avancée en psychiatrie sont formées.

Le président: Très bien, M. Lizon.

M. Wladyslaw Lizon: Merci. Je poserai deux questions brèves, et nous verrons de combien de temps nous disposons.

L'une concerne le modèle de rémunération des médecins de famille par visite par rapport au modèle de médecins salariés. Je pense que les deux présentent des avantages et des inconvénients. Dans le modèle de médecin salarié, je pense que vous serez peut-être confronté à un problème: il faudra attendre six ou sept mois pour avoir un rendez-vous parce que le médecin aura décidé qu'il voit deux patients par jour.

Ma deuxième question, je la pose à Mme Fréchette. Vous savez probablement que le comité vient de terminer son étude portant sur l'abus et le mésusage des médicaments sur ordonnance. De nombreux témoins ont comparu et ont déclaré que l'un des problèmes des prescriptions abusives, de l'abus et du mésusage de médicaments, est le manque de formation appropriée des médecins.

Vous pourriez peut-être répondre aux deux questions.

Dre Geneviève Moineau: En ce qui regarde les différents modèles de rémunération, absolument, mais c'est une question qui devrait faire l'objet d'une étude. Je dirais que notre modèle actuel de rémunération n'est pas idéal et que nous devons envisager des façons d'améliorer ce modèle.

Sur le plan de la formation sur les médicaments, en particulier certaines substances d'usage restreint, je pense que cette question a été examinée dans nos écoles de médecine. Je pense que ce qui doit arriver, c'est que, encore une fois, c'est là l'importance de la formation continue des médecins. Étant donné que les choses évoluent si rapidement en médecine, il doit y avoir en permanence de la formation professionnelle continue des médecins en exercice. Assurément, l'un des outils très utiles qui a été conçu dans ce domaine a été élaboré, en fait, grâce au soutien de la Fédération des ordres de médecins du Canada.

Je ne sais pas si Fleur-Ange souhaite répondre à cette question.

•(1045)

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Eh bien, je peux. Il est tellement important de se rappeler que les médecins obtiennent leur diplôme avec un éventail de compétences et que, dans les cinq années qui suivent, nous savons que leurs chances de passer leur examen de sortie ne sont pas très bonnes parce qu'ils ont adapté leur pratique. Ils doivent donc démontrer aux organismes de réglementation, sur une base annuelle, qu'ils restent au fait des dernières nouvelles, qu'ils obtiennent le nombre minimal de crédits de formation médicale continue et de formation professionnelle continue qu'ils sont obligés d'obtenir, lesquels sont établis par les deux établissements certificateurs. Mais nous leur demandons d'aller plus loin. Tout ce qu'ils font doit être adapté au travail qu'ils font réellement auprès de la population qu'ils desservent chaque jour.

Mme Danielle Fréchette: Donc, pour donner suite aux points qui ont été soulignés, un dossier médical électronique complet aiderait également les cliniciens à connaître la panoplie de médicaments administrés à leurs patients. Cela aiderait à résoudre certains problèmes d'abus de médicaments, parce que si j'obtiens des opioïdes de trois médecins différents, il est possible que le médecin ne le sache pas. Donc, cela aiderait.

Deuxièmement, il y a également l'introduction de nouvelles substances au menu des médecins, comme la marijuana médicale, et je pense que nous nous accordons tous dans notre requête pour dire que nous devons avoir un plus grand nombre de preuves systématiques pour s'assurer que les membres de nos organisations puissent prescrire ce produit de façon sécuritaire. Le conseil que nous leur donnons, d'après ce que l'Association canadienne de protection médicale nous a recommandé de faire, c'est que, si vous n'êtes pas à l'aise avec cette substance, ne la prescrivez pas. C'est

comme un pilote qui ne devrait pas piloter un avion qu'il ne se sent pas à l'aise de piloter.

Le président: Vous avez bien fait les choses. Nous n'avons dépassé notre temps que de 30 secondes environ.

Encore une fois, je vous remercie pour votre excellente présentation. Des membres doivent quitter pour se rendre à la réunion d'un autre comité.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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