



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 053



2^e SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 12 mars 2015

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 12 mars 2015

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Bonjour mesdames et messieurs. Merci de votre présence.

Nous poursuivons notre étude.

Nous avons quelques témoins qui comparaissent par vidéoconférence. Notre technologie devrait fonctionner, mais je crois que nous devrions écouter vos témoignages en premier.

Le premier est John Cline, du Cline Medical Centre.

Nous vous écoutons, monsieur.

Dr John C. Cline (directeur médical, Cline Medical Centre): Bonjour.

Je remercie le président du comité et mon député, M. James Lunney, de m'avoir invité à venir faire un exposé.

Comme vous le savez, il est urgent de réaliser une réforme des soins de santé au Canada. Je crois que la solution est d'intégrer la médecine fonctionnelle dans les programmes de formation et la pratique des professionnels de la santé dans l'ensemble du Canada.

La médecine fonctionnelle s'attaque aux causes sous-jacentes des maladies dans le cadre d'une approche axée sur les systèmes et engageant le patient et le praticien dans un partenariat thérapeutique.

Nous avez la page couverture de « 21st Century Medicine », un livre blanc qui a été publié il y a quelques années et qui expose la façon dont la médecine fonctionnelle pourrait faire progresser nos soins de santé.

La médecine fonctionnelle offre un nouveau système opérationnel et un modèle clinique efficace pour l'évaluation, le traitement et la prévention des maladies chroniques. Elle tire parti des plus récentes avancées en génétique et en biologie des systèmes et s'attarde à la compréhension du rôle joué par des facteurs liés à l'environnement et au mode de vie dans l'apparition et la progression des maladies. Elle permet aux médecins et aux autres professionnels de la santé de pratiquer une médecine proactive, prédictive et personnalisée.

La diapositive sur laquelle figure le tabouret à trois pattes illustre l'importance des trois éléments de la médecine fonctionnelle: les antécédents médicaux complets du patient, les facteurs modifiables liés au style de vie et la matrice de la biologie des systèmes.

La diapositive suivante énonce les sept systèmes d'organisation dans lesquels se développent les déséquilibres cliniques, notamment, l'assimilation, le système de défense, l'énergie et la biotransformation.

Sur la diapositive suivante, les trois principaux outils sont la matrice, le déroulement chronologique et les étapes à suivre. Cela donne au praticien un moyen de réfléchir dans une optique clinique à des cas complexes.

La diapositive suivante est la matrice de médecine fonctionnelle. On y trouve la colonne « L'histoire du patient racontée » à gauche, dans laquelle se trouvent les antécédents, les événements déclencheurs et les médiateurs. Au bas se trouvent les principaux facteurs liés au mode de vie et au centre, l'état mental, l'état émotionnel et l'état spirituel de la personne, lesquels sont entourés des principaux déséquilibres cliniques.

Sur la diapositive suivante, on se penche sur la chronologie, du moment précédant la conception à celui des préoccupations actuelles.

Il y a ensuite les étapes à suivre. Elles aident le médecin à consigner l'histoire, à l'organiser puis à la redire, et ensuite à établir un plan de soins.

Vous avez ensuite une jungle très dense. C'est ainsi que nous nous sentons, souvent, quand nous avons des cas complexes devant nous et que nous devons comprendre la situation.

Nous savons qu'il y a dans le monde de nombreux détectives de renom, comme le détective Adrian Monk, l'inspecteur Clouseau, Sherlock Holmes et le détective médical, le Dr Fxn L. MeD.

Je vais terminer ma présentation par l'étude du cas d'une femme qui avait d'intenses douleurs et une respiration haletante. J'ai rencontré cette femme il y a quelques années: une femme d'affaires de 45 ans venant de terminer un MBA. Elle avait depuis un an des épisodes de vomissements, de diarrhée, de douleurs abdominales, de maux de tête non pulsatiles, de sueurs nocturnes, de rougeur oculaire et de douleurs musculaires et articulaires intenses. Elle avait également le souffle court de manière intermittente, avec des épisodes de respiration haletante. C'est la jungle, comme vous pouvez le voir. Il faut s'y retrouver. Elle avait été admise plusieurs fois à l'urgence, et la plupart de ses symptômes sont disparus en quelques mois.

Lors d'une admission à l'urgence, elle faisait de l'oedème pulmonaire. Ses articulations étaient transitoirement enflées et la valeur de la protéine C-réactive était extrêmement élevée, à 211. C'est le meilleur marqueur que nous ayons d'une maladie inflammatoire.

• (1535)

Elle avait vu cinq spécialistes, dont un rhumatologue, qui pensait qu'elle souffrait d'arthrite inflammatoire. Elle avait aussi vu un ophtalmologiste et un allergologue, mais personne n'avait pu produire de diagnostic.

Quand je prenais des notes sur ses antécédents, je lui ai posé une question clé. Est-ce qu'il lui était arrivé quelque chose d'inhabituel juste avant de tomber malade, chaque fois? À cela, elle m'a répondu que, oui, un ou deux jours avant, elle avait vaporisé du malathion sur ses arbres et ses arbustes. Le malathion est un pesticide et herbicide puissant. À l'examen, j'ai constaté que sa tension artérielle était basse, que sa peau était sèche, qu'elle avait le bout des doigts craquelé, les membranes du nez très enflées et les poignets et les chevilles chauds au toucher.

Selon les résultats de laboratoire, elle souffrait d'une anémie ferriprive, la protéine C-réactive, un marqueur de l'inflammation, était à 38 — et elle devrait être à moins de 5 —, et son niveau de vitamine D était très faible. J'ai aussi demandé des études génomiques afin de déterminer comment sa détoxification se faisait, et j'ai constaté que dans ses voies de détoxification de phase I, deux voies comportaient des mutations génétiques. Puis dans ses voies de détoxification de phase II, il manquait complètement la voie la plus importante pour éliminer de son système les métaux et les produits chimiques, celle qu'on appelle glutathion. Le glutathion se rapporte spécifiquement au foie et aux reins.

J'ai consulté en ligne l'Agency for Toxic Substances and Disease Registry et j'ai trouvé le profil toxicologique du malathion. J'ai découvert qu'il est métabolisé par le glutathion, la voie qui lui manquait. Elle avait tous les symptômes décrits dans ce profil.

L'intervention thérapeutique a donc été de modifier son régime alimentaire et de lui faire consommer des produits alimentaires médicaux capables de soutenir sa détoxification: des probiotiques, des huiles de poisson de catégorie pharmaceutique, une bonne dose de vitamine D, de fortes doses de curcumine, que l'on trouve dans le curcuma — le composé anti-inflammatoire le plus puissant sur terre — et du glutathion par voie orale. Et je lui ai dit d'éviter de s'exposer à des produits chimiques.

Le suivi après quatre semaines a révélé que les douleurs et l'oedème aux poignets et aux chevilles avaient diminué de 95 %. Les muscles de ses bras avaient repris de la force. Ses sueurs nocturnes et ses symptômes gastro-intestinaux avaient disparu. Ses sinus étaient plus dégagés qu'ils ne l'étaient depuis des années. Elle n'avait plus que des maux de tête occasionnels et était de retour au travail.

L'avant-dernière page est une comparaison des coûts. Du côté de la médecine conventionnelle, il y a eu de nombreuses visites à l'urgence, huit jours à l'hôpital, cinq consultations de spécialistes, de nombreuses analyses sanguines et de nombreux examens par imagerie, de nombreux médicaments, aucun diagnostic et une incapacité de longue durée. Du côté de la médecine fonctionnelle, il n'y a pas eu de visite à l'urgence, il n'y a eu que deux consultations en cabinet, aucune consultation de spécialiste et quelques analyses sanguines. J'ai demandé l'étude génomique sur la détoxification et l'examen complet des selles, et je suis arrivé au bon diagnostic. Sa récupération a été rapide, elle est retournée au travail au bout d'un mois et elle a retrouvé le bien-être.

Je pense fermement que la réponse à notre problème de soins de santé au Canada est d'intégrer la médecine fonctionnelle dans les programmes de formation et la pratique des professionnels de la santé dans l'ensemble du Canada.

Je vous remercie beaucoup.

• (1540)

Le président: Merci beaucoup.

Notre témoin suivant est Janice Wright, médecin-chef des services cliniques d'InspireHealth.

Dre Janice Wright (médecin chef, Services cliniques, InspireHealth): Je vous remercie de l'occasion que vous me donnez.

Comme on l'a dit, je suis Janice Wright. Je suis docteure en médecine, et je suis la médecin-chef d'InspireHealth, un organisme sans but lucratif situé à Vancouver, en Colombie-Britannique.

Pour parler de la santé au coeur des soins de santé, je vais me servir de notre modèle de soins en oncologie. Pour nous, l'élément le plus novateur que nous pourrions intégrer dans notre système de soins de santé, c'est le soutien à la santé.

Je vais vous parler un peu d'InspireHealth. C'est un organisme sans but lucratif qui a été créé il y a 18 ans par deux médecins. Encore aujourd'hui, l'organisme est dirigé par des médecins. Nous avons, en oncologie, une approche de soins en équipe. Nous sommes heureux d'être financés en partie par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Nous travaillons avec des fondations locales et nationales de lutte contre le cancer et nous serions ravis de pouvoir participer encore plus à la stratégie nationale de lutte contre le cancer. Je vais maintenant vous parler de la situation actuelle des soins de santé.

Nous estimons qu'en ce moment, ce que nous avons est davantage un système de traitement de la maladie qu'un système de soins de santé. C'est en partie parce que nous, médecins, avons été presque exclusivement formés pour diagnostiquer et traiter la maladie. À l'école de médecine, on consacre très peu de temps à apprendre à cultiver notre propre santé et celle des patients.

Comme nous le savons tous, l'argent ne suffira pas à sauver le système de soins de santé. Le système actuel est axé sur le diagnostic et le traitement de la maladie, et peu de ressources sont consacrées à la prévention. En fait, ce sont les médecins et l'équipe de professionnels de la santé qui doivent nettoyer les dégâts quand les patients développent des maladies graves ou chroniques, n'ayant peut-être pas appris à prendre soin d'eux-mêmes de manière convenable ou optimale.

Est-ce que nous nous sommes demandé, en tant que médecins, patients, décideurs, comment fermer le robinet et travailler davantage à la prévention?

Notre système de soins de santé n'enseigne pas efficacement la santé et n'en offre pas de modèle. Comme je l'ai dit, les étudiants et résidents en médecine n'apprennent pas à cultiver leur propre santé et encore moins celle de leurs patients. Nous apprenons à diagnostiquer et à traiter la maladie. De nombreux médecins, comme nous le savons, sont stressés et épuisés, et ils ne sont pas en mesure d'offrir un modèle à leurs patients.

Je vous invite à regarder les diapositives. Dans le modèle de traitement de la maladie, nous utilisons le cancer comme exemple. Vous voyez la tumeur dans le cadre de la thérapie habituelle, notamment la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie qui ciblent la tumeur. Le médecin est l'expert qui conseille le patient sur ce qu'il doit faire pour sa santé.

Dans le modèle plus complet de soins de santé présenté sur la diapositive suivante, les thérapies habituelles sont aussi importantes. La chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie continuent de cibler la T, pour tumeur. Cependant, vous voyez toutes les autres façons dont le patient... Il y a aussi l'équipe de professionnels de la santé, y compris les médecins, qui peuvent aider le patient à se sentir bien et, même, à obtenir un meilleur résultat qu'avec les thérapies habituelles seulement.

J'aimerais aussi signaler — du côté droit de la diapositive — que c'est le patient qui mène. En réalité, à InspireHealth, il nous arrive de l'appeler « participant ». Le patient discute avec son médecin et avec l'équipe de professionnels de la santé. Nous discutons tous les uns avec les autres.

Il est absolument essentiel que le patient soit responsabilisé et qu'il s'engage envers sa propre santé. L'engagement du médecin est également important. Encore là, il est essentiel que les médecins apprennent à prendre soin d'eux-mêmes, de sorte qu'ils puissent offrir un modèle à leurs patients et les soutenir en cours de route, leur servir de guides, d'éducateurs, qu'ils les soutiennent, en plus de produire des diagnostics et de traiter la maladie. Il s'établit alors une relation très puissante — un partenariat qui réunit le médecin et le patient et qui les amène à travailler ensemble à prendre des décisions et à soutenir la santé du patient.

Vous trouverez peut-être surprenant d'entendre que bon nombre de nos patients atteints du cancer, une maladie qui menace leur vie, nous disent qu'ils ne se sont jamais sentis aussi bien de toute leur vie.

J'aimerais aussi parler de deux suppositions sur les soins de santé qui, je crois, sont généralisées.

Selon une des suppositions, la santé est l'absence de maladie pouvant être diagnostiquée. Le message que notre système actuel transmet aux patients, c'est qu'ils doivent souffrir d'une maladie diagnostiquée pour pouvoir aller parler de leur santé à un fournisseur de soins de santé.

Il y a en ce moment une publicité télévisée très convaincante — je suis sûre qu'il y en a déjà eu bien d'autres avant et qu'il y en aura encore. Je ne dirai pas le nom du produit. Dans cette publicité, un homme qui semble avoir de 20 à 25 livres en trop se précipite allégrement dans sa maison pour aller consommer des aliments hautement transformés, très riches en matières grasses, qui sont étalés sur la table de la salle à manger. Ce qui importe, dans cette publicité, c'est qu'il a une pilule à prendre pour enrayer ses brûlures d'estomac. Il n'a peut-être pas de maladie pouvant être diagnostiquée. Il considère peut-être qu'il est en santé, et il n'a qu'à se rendre en vitesse à la pharmacie pour sa dose de médicament qui va enrayer ses reflux. Cependant, cet homme qui a 24 livres en trop risque davantage, comme nous le savons tous, de développer le diabète, la maladie cardiovasculaire, l'hypertension artérielle et d'autres maladies.

La santé, c'est bien plus que l'absence d'une maladie pouvant être diagnostiquée.

● (1545)

L'autre supposition dont j'aimerais vous parler, c'est que les gens savent déjà comment prendre soin de leur santé. Je ne pense pas que ce soit vrai dans bien des cas. En réalité, comme je l'ai dit, en tant que médecins, nous ne savons pas nécessairement comment prendre soin de notre propre santé de manière optimale ni de celle de nos patients.

J'aimerais vous montrer le diagramme de la diapositive intitulée « Décès à la suite des maladies cardiaques ». Je vais vous donner un exemple de maladie cardiovasculaire.

Avant les années 1970 et avant que les programmes axés sur la santé du cœur soient de rigueur, les patients se présentaient à l'urgence à la suite d'un accident vasculaire cérébral et les médecins leur disaient qu'il n'y avait rien à faire pour eux. En fait, on leur conseillait de ne pas faire d'exercice, car ils augmentaient leurs risques d'endommager leur muscle cardiaque, ce qui mènerait à un autre événement cardiaque ou à la mort. On disait d'eux qu'ils étaient

« pris du cœur ». Et on leur disait que leur alimentation n'y changeait rien.

Grâce à la recherche, laquelle a surtout été réalisée aux États-Unis, le changement qui s'est produit est tel que les programmes axés sur la santé du cœur sont recommandés pour chaque patient ayant vécu un événement cardiaque. Les patients se lèvent, marchent et font de l'exercice dès le lendemain de leur chirurgie cardiaque ou de leur angioplastie. C'est une médecine extrêmement efficace. Cela nous montre que jusque-là, nous, les médecins, ne savions même pas ce qui était préférable pour la santé de nos patients. Il est important de reconnaître que nous ne savons pas tous nécessairement comment prendre soin de notre santé et que nous avons beaucoup à apprendre, outre le diagnostic des maladies.

J'aimerais vous parler un peu du modèle de soins d'InspireHealth. Je le répète, selon le mandat du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, nous travaillons exclusivement avec des personnes atteintes de cancer, des adultes qui vivent avec le cancer et leur famille. Je vais en parler un peu plus tard.

Nous croyons que notre programme est novateur. Notre travail est fondé sur la recherche. Nous soutenons la santé des patients atteints de cancer, mais nous soutenons aussi la santé de leur famille. Les membres de la famille viennent nous voir et apprennent comment manger sainement grâce à nos cours de cuisine et d'autres programmes. Ils apprennent comment diminuer le stress, et pas seulement le stress aigu, mais le stress à long terme. Ils travaillent à atteindre un sommeil réparateur et une alimentation saine. Ils apprennent à faire de l'exercice. Ils suivent les programmes à la maison ou participent à nos classes d'exercice ou de mouvement. Ils reçoivent du soutien émotionnel et spirituel.

Le climat de soutien est l'un des effets les plus importants de ces programmes de groupes. Les gens en viennent à se soutenir les uns les autres. Nous offrons des soins axés sur le patient, nous faisons équipe avec les professionnels paramédicaux comme les nutritionnistes, les thérapeutes et les spécialistes de la rééducation par l'exercice. Nous offrons non seulement des programmes en personne, mais aussi des programmes virtuels, et ce, à l'échelle du Canada maintenant.

J'ai mentionné que notre travail est fondé sur la recherche. Je veux vous donner deux exemples. Je ne vais pas entrer dans les détails, mais je me ferai un plaisir de vous donner des références si cela vous intéresse. L'un des exemples démontre que l'activité physique peut réellement aider à prévenir certains cancers particuliers, et l'autre démontre que l'activité physique peut en fait aider les patientes atteintes du cancer du sein à y survivre.

J'en arrive à mes conclusions. Nous croyons, à InspireHealth, que la plus grande innovation est de placer la santé au cœur des soins de santé. L'une des solutions — très importante à nos yeux — est d'éduquer les médecins grâce à des modules formels sur la façon de prendre soin de leur propre santé et de soutenir la santé d'autres personnes. Ils deviennent alors des éducateurs; ils offrent conseils et soutien, en plus d'être des diagnosticiens. Ils donnent des soins axés sur le patient, lequel est aux commandes, et cette relation d'une grande efficacité entre le médecin et le patient, ou entre un autre professionnel de la santé et le patient est d'un grand soutien pour la santé.

Je ne pourrais jamais en dire assez sur les programmes de groupe. Certains sont appliqués à l'échelle du Canada. Je me demande, en réalité, si c'est nous qui soutenons le plus nos patients, ou si c'est eux qui se soutiennent le mieux les uns les autres. Ils sont là, et ils peuvent se soutenir les uns les autres dans les changements de style de vie qu'ils font pour se sentir bien et pour potentiellement agir sur la progression de la maladie. Le travail d'équipe est très important. Les médecins ne font pas que travailler dans un contexte multidisciplinaire tout en demeurant derrière des portes closes, mais ils travaillent côte à côte pour assurer à tous la meilleure santé possible.

Notre modèle de soins peut s'appliquer à l'ensemble du Canada. Nous le faisons virtuellement en ce moment. Nous serions ravis d'offrir nos conseils à ce sujet, afin de contribuer au soutien du spectre entier des soins de santé au Canada, ce qui comprend la prévention, et non seulement au soutien des soins liés aux maladies chroniques.

Nos programmes virtuels, comme je l'ai dit, viennent en aide aux patients des régions moins bien desservies et aux patients qui n'ont pas accès à nos services en personne. Nous établissons des partenariats stratégiques à l'échelle du Canada avec les fondations et les sociétés de lutte contre le cancer et, je le répète, nous serions ravis de travailler de plus près avec la stratégie nationale de lutte contre le cancer.

• (1550)

Nous sommes très honorés de faire actuellement l'objet d'une étude de la part d'un institut de recherche international. Il s'agit d'une étude de quatre ans. L'institut a reçu une subvention substantielle pour étudier notre modèle de soins. Il effectue une étude d'observation afin d'examiner les résultats de survie et la qualité de vie. Une analyse économique pourrait également être réalisée par la suite.

Je répondrai à vos questions avec plaisir. Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant la Pure North S'Energy Foundation.

M. Allan Markin (fondateur, Pure North S'Energy Foundation): Monsieur le président, honorables membres du comité, je m'appelle Allan Markin et j'ai comme vision des soins de santé préventifs pour tous.

Je suis fondateur et gestionnaire en chef de la Pure North S'Energy Foundation, la plus importante organisation sans but lucratif principalement axée sur la prévention du Canada. Je suis accompagné de M. Mark Atkinson, médecin et directeur, Assurance de la qualité, et de Mme Samantha Kimball, directrice à la recherche, à la Pure North S'Energy Foundation.

Pure North permet aux Canadiens de se sentir mieux et de vivre plus longtemps grâce à des interventions cliniques simples et efficaces axées sur la prévention. Ces interventions incluent notamment la prise de vitamine D3 et de multivitamines et suppléments minéraux de grande qualité, l'éducation en matière de santé et le retrait sécuritaire des amalgames dentaires au mercure. Notre programme préventif appuie l'avancement de la médecine moderne. Notre équipe multidisciplinaire de plus de 100 personnes comprend des médecins, des naturopathes, des infirmières praticiennes, des dentistes, des pharmaciens, des infirmières et d'autres professionnels des soins de santé.

Sur une période de 8 à 10 ans, 40 000 Canadiens, dont 25 000 aînés, sans-abri et Autochtones vulnérables, ont eu accès à notre programme de santé préventif et ont régulièrement un bilan

sanguin. Les personnes qui ont participé à notre programme jouissent d'une augmentation notable de leur qualité de vie et d'une amélioration de 20 % de leur santé physique et mentale. Quarante-huit pour cent des personnes prédiabétiques ont vu leur état changer du tout au tout. Des preuves récentes font état d'une réduction de 17 % du syndrome métabolique par 25 nanomoles de vitamine D3 par litre.

Nous demandons au gouvernement du Canada de s'attaquer de façon proactive à ce que nous appelons les quatre injustices et d'informer tous les médecins, étudiants en médecine, dentistes et professionnels alliés de la santé canadiens de ces injustices.

La première injustice, c'est que Santé Canada a statué qu'aucun supplément ne peut contenir plus de 1 000 UI de vitamine D3. Toute teneur supérieure à cette limite doit être prescrite par un médecin et est considérée comme un médicament. Aux États-Unis, un pays où l'apport quotidien recommandé en vitamine D3 est exactement le même qu'au Canada, les gens ont accès à des suppléments de vitamine D3 contenant 7 000 UI par comprimé, et ce, sans prescription, d'après ce que nous savons. La FDA n'impose pas de limite à la quantité de vitamine D3 dans un comprimé, mais Santé Canada le fait. Les Canadiens devraient avoir accès à une dose de vitamine D3 identique ou supérieure à celle des Américains.

La deuxième injustice, c'est que l'apport quotidien recommandé en vitamine D3 devrait être modifié pour être établi entre 7 000 et 9 000 UI. Il est prouvé que Santé Canada a commis une erreur mathématique importante en calculant l'apport quotidien recommandé en vitamine D3. Selon Santé Canada, cet apport est de 600 UI par jour pour la plupart des adultes. Or, en utilisant les données de Santé Canada et en employant la méthode statistique adéquate, le professeur Paul Veugelers de l'Université de l'Alberta a montré que l'apport recommandé en vitamine D3 de l'IOM aurait été de 9 000 UI par jour si l'IOM n'avait pas fait d'erreur de mathématique. Un autre groupe, dirigé par M. Heaney, un expert en vitamine D3 de l'Université Creighton, au Nebraska, en est arrivé à un chiffre similaire de 7 000 UI en analysant un ensemble de données sur 3 600 sujets. Mme Kimball a publié de nombreux écrits sur la vitamine D3, notamment un document sur la mise à l'essai d'un apport quotidien de 14 000 UI chez des patients atteints de sclérose en plaque. La preuve est claire: la vitamine D3 est sécuritaire, et son apport quotidien recommandé devrait être de 10 à 15 fois supérieur à ce que recommande actuellement Santé Canada.

La troisième injustice, c'est que le Canada doit exiger une interdiction complète de l'utilisation d'amalgames au mercure pour tous les Canadiens, et pas seulement les enfants, les femmes enceintes et les personnes atteintes d'une altération de la fonction rénale. Dans son rapport intitulé *L'innocuité des amalgames dentaires*, Santé Canada reconnaît que ces amalgames nuisent à la fonction rénale. Les recherches de Pure North ont montré que le retrait sécuritaire des amalgames se traduit par une amélioration notable des fonctions des reins et du foie, et des symptômes relatifs à la santé physique et mentale signalés par les intéressés, comme la colère, la dépression et l'anxiété. L'Organisation mondiale de la Santé admet que le mercure est toxique, peu importe la dose. L'utilisation d'amalgames au mercure est déjà complètement interdite en Norvège et en Suède; elle le sera bientôt au Brésil et elle est partiellement interdite au Danemark. Le Canada doit faire de même. Les amalgames doivent être retirés de façon sécuritaire.

La quatrième injustice, ce sont les lignes et les délais d'attente inutilement longs dans les urgences du Canada. L'Alliance sur les temps d'attente indique dans son rapport annuel que 27 % des Canadiens ont dit avoir attendu plus de quatre heures à l'urgence, alors que ce pourcentage est de 1 % aux Pays-Bas, par exemple.

• (1555)

Une analyse récente des données sur 6 600 personnes ayant participé à notre programme réalisée par l'école de politique publique de l'Université de Calgary a montré que les programmes de santé préventifs comme celui de Pure North évitent les hospitalisations. Au cours d'une année passée au sein du programme de Pure North, les participants passent 45 % moins de nuits à l'hôpital et se rendent 28 % moins de fois à l'urgence que les sujets témoins. Cela se produit en moins d'un an.

La vérité qui dérange, c'est que des millions de Canadiens sont malades et souffrent inutilement parce que notre système de soins de santé n'accorde pas encore la priorité à la prévention.

En 1943, l'Association médicale canadienne a demandé à ce que la médecine préventive devienne une priorité fédérale.

Dans son rapport sur l'impact des maladies chroniques au Canada, l'Organisation mondiale de la Santé a prédit qu'en moyenne, plus de deux millions de Canadiens, soit 400 000 personnes par année, mourraient de maladie chronique entre 2005 et 2015.

Des études ont montré que si les Canadiens optimisaient leur apport en vitamine D3, 37 000 décès prématurés seraient prévenus chaque année et le fardeau économique diminuerait de 20 milliards de dollars par année.

En résumé, l'intégration d'un programme de santé préventif éprouvé comme celui de Pure North prévient les décès prématurés et permet au gouvernement d'économiser de l'argent. Selon une évaluation de l'impact économique du programme de Pure North, chaque dollar investi dans ce programme offre un rendement de 13:1 à 25:1.

Le résultat, c'est que la courbe de coût en matière de santé diminue, et on pourrait réellement faire des économies de coûts d'au moins 420 millions de dollars par année si ce programme était offert à 600 000 Canadiens. Par exemple, si l'Alberta mettait en oeuvre le programme de Pure North à l'échelle de la province, elle pourrait libérer l'équivalent de 1 600 lits d'hôpitaux chaque année. C'est environ la même chose que de construire deux hôpitaux flambant neufs.

Malheureusement, les gouvernements provinciaux sont convaincus qu'il est préférable d'économiser de l'argent dans les soins de santé aujourd'hui que d'éviter des coûts dans l'avenir. En prévenant [Note de la direction: difficultés techniques] des maladies chroniques dans l'avenir, nous aurions des augmentations de budget moindres que celles qui nous attendent autrement. En ne faisant pas de prévention parce que cela ne réduit pas la taille du budget de la santé aujourd'hui, on adopte une logique bancale qui peut avoir des conséquences dramatiques, puisque la population sera plus malade et qu'il en coûtera toujours plus cher de la soigner.

Nous espérons que le Comité permanent de la santé attachera une grande importance à ces questions et prendra des mesures pour les résoudre.

Le président: Merci beaucoup.

Notre dernier témoin de la journée est ici en personne. Voici Emmanuelle Hébert, de l'Association canadienne des sages-femmes.

[Français]

Mme Emmanuelle Hébert (présidente, Association canadienne des sages-femmes): Monsieur le président, membres du comité, je vous remercie de nous donner l'occasion de témoigner aujourd'hui dans le cadre de l'étude sur les pratiques exemplaires et obstacles fédéraux : profession et formation des professionnels de la santé.

Je suis Emmanuelle Hébert, présidente de l'Association canadienne des sages-femmes. Je suis une sage-femme inscrite et aussi professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'Association canadienne des sages-femmes est l'organisme national qui représente les sages-femmes et la profession de sage-femme au Canada. La mission de l'association est de fournir leadership et plaidoyer pour la pratique sage-femme en tant que profession réglementée, financée par l'État, et qui joue un rôle essentiel au sein du système de soins de maternité primaires dans l'ensemble des autorités législatives canadiennes.

L'Association canadienne des sages-femmes travaille également à soutenir les intérêts et les objectifs de 13 associations de sages-femmes provinciales et territoriales, ainsi que le National Aboriginal Council of Midwives. Actuellement, un peu plus de 1 300 femmes exercent le métier de sage-femme au Canada.

Les sages-femmes sont des professionnelles de la santé qui offrent des soins primaires aux femmes et à leurs bébés pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Elles sont souvent le premier point d'entrée aux services de maternité et sont entièrement responsables des décisions cliniques et de la gestion des soins au sein de leur champ de pratique. Les modèles de soins varient un peu d'un bout à l'autre du pays, mais tous sont basés sur des principes de continuité professionnelle, de choix éclairés et de choix du lieu de naissance qui comprend les centres hospitaliers, bien sûr, mais les maisons de naissance où il y en a et le domicile.

Les sages-femmes interagissent régulièrement avec une variété de professionnels de la santé ainsi que des travailleurs en services sociaux pour offrir des soins optimaux à leur clientèle. Cela inclut des obstétriciens et gynécologues, des médecins de famille, des pédiatres, des infirmières, des radiologistes, des psychiatres, des ambulanciers, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des diététistes et plusieurs autres.

La collaboration et la consultation avec les autres professionnels de la santé est une composante intégrale de la pratique sage-femme. Les sages-femmes, les médecins et les infirmières explorent activement des modèles de pratique collaboratifs et des pratiques multidisciplinaires pour aider à pallier les pénuries de fournisseurs de soins et pour assurer l'accès aux services de soins maternels, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées.

Parlons de la formation en pratique sage-femme. Le programme d'études en pratique sage-femme est un baccalauréat de quatre ans avec entrée directe. Le programme est offert dans sept universités canadiennes situées dans cinq provinces. Il existe aussi trois programmes d'études en pratique sage-femme communautaire dans certaines collectivités des Premières Nations et des Inuits qui répondent plus précisément aux besoins des peuples autochtones.

Au Canada, il y a aussi trois programmes d'appoint pour les sages-femmes formées à l'étranger. Ces programmes sont donnés en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec. À la fin de leur baccalauréat en pratique sage-femme, les diplômées passent l'examen canadien de reconnaissance visant l'inscription des sages-femmes pour démontrer qu'elles ont les compétences de base et qu'elles respectent les normes communes pour travailler partout au Canada. Tous les programmes d'études en pratique sage-femme sont basés sur les mêmes normes dans le but de former des sages-femmes qui sont des professionnelles de la santé en soins primaires autonomes et outillées pour travailler dans toutes les provinces et tous les territoires.

Dans les autorités législatives où les sages-femmes travaillent dans leur champ de pratique complet, la pratique sage-femme comprend la surveillance de la péridurale, le déclenchement, pour une grossesse prolongée, par exemple, et la stimulation du travail à l'aide de médicaments, la prescription et la pose de contraceptifs, l'examen périodique de routine des femmes en santé et des soins pour les bébés au-delà de la période de six semaines post-partum, ainsi que d'autres aspects de soins primaires.

Une révision des champs de pratique a été complétée pour modifier l'annexe des médicaments et réviser les actes obstétricaux qu'une sage-femme peut poser. L'objectif est d'harmoniser les normes élevées de la pratique sage-femme partout au Canada, de réduire les obstacles à la collaboration interprofessionnelle tout en suivant le rythme du changement de notre environnement de soins maternels et infantiles.

Dans les provinces et les territoires où la profession est réglementée, les ordres professionnels sont responsables de l'inscription des sages-femmes qualifiées et compétentes et d'établir, de surveiller et de faire respecter les normes de pratique.

• (1600)

Le Consortium canadien des ordres de sages-femmes est un organisme qui regroupe les ordres professionnels provinciaux et territoriaux. Le consortium a identifié les compétences communes dans tout le pays en ce qui concerne la prestation des soins prénataux, postnataux et pendant l'accouchement, les soins du nouveau-né, l'allaitement maternel et les soins reproductifs, ainsi que les questions professionnelles, interprofessionnelles et juridiques.

Les ordres professionnels précisent aussi les compétences avancées qu'une sage-femme ayant la formation ou la certification nécessaire peut exercer dans certaines situations ou milieux précis. Dans les communautés rurales et éloignées par exemple, les sages-femmes ont un champ de pratique élargi et fournissent une large gamme de services pour répondre aux besoins de la population. La définition du champ de pratique élargi versus le champ de pratique de base varie selon le cadre réglementaire de chaque province ou territoire.

En juin 2017, à Toronto, le Canada sera l'hôte du congrès triennal de la Confédération internationale des sages-femmes. Plus de 4 000 sages-femmes et professionnels en soins de maternité du monde entier seront au Canada. Ce sera une occasion unique pour nous de démontrer au monde les contributions du Canada et de faire connaître ce qu'il fait à l'intérieur de ses propres frontières pour assurer des soins de maternité justes et équitables à toute sa population.

Afin de maximiser cette visibilité au Canada, l'Association canadienne des sages-femmes croit qu'il faudrait s'assurer que des mécanismes fédéraux sont mis en place pour permettre aux collectivités d'embaucher des sages-femmes pour fournir des soins

maternels et infantiles. La profession de sage-femme n'est pas reconnue dans la structure des groupes professionnels sous les services de santé du Conseil du Trésor du Canada. Cette absence de classification dans la structure des groupes professionnels a été identifiée plusieurs fois comme un obstacle à la prestation de services de sage-femme dans une communauté relevant de la compétence fédérale.

Les statistiques démontrent que l'état de la santé maternelle et infantile dans les communautés autochtones se situe bien en-dessous de celui du reste du Canada. Pendant que les taux de fécondité dans le reste du Canada sont en déclin, ceux dans les populations des Premières Nations et des Inuits augmentent. Cette tendance se poursuit dans un environnement où il y a une grave pénurie de fournisseurs de soins maternels et infantiles.

Ces collectivités sont déjà desservies et elles seront les premières à sentir les effets de cette crise de manière disproportionnée dans les années à venir. Il est donc essentiel que les soins entourant la naissance soient retournés aux communautés et que les services de soins de sage-femme dans les communautés autochtones soient accessibles.

Depuis avril 2013, le gouvernement du Canada exonère du remboursement de leurs prêts d'études canadiens les médecins de famille, les résidents en médecine familiale, les infirmiers et le personnel infirmier admissibles qui travaillent dans des collectivités rurales ou éloignées. L'inclusion des sages-femmes dans ce programme serait un incitatif qui pourrait augmenter le nombre de professionnels en soins maternels et infantiles dans les collectivités rurales et éloignées de ce pays.

Au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve-et-Labrador et au Yukon, la profession de sage-femme n'est toujours pas réglementée. L'Association canadienne des sages-femmes travaille avec les parties prenantes et ses partenaires provinciaux et territoriaux pour appuyer la réglementation de la profession dans toutes les instances.

Tel qu'il a été mentionné dans la publication prestigieuse *The Lancet* en juin 2014, la pratique de sage-femme joue un rôle essentiel et unique dans la prestation de soins sécuritaires de qualité et rentables aux femmes et aux bébés ici et partout dans le monde.

Je vous remercie de cette occasion de venir témoigner devant le comité. Je suis disposée à répondre à toutes vos questions.

Merci beaucoup.

• (1605)

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant effectuer des tours de questions. Habituellement, je me montre assez souple à ce chapitre, mais pour réussir à faire nos tours, j'interromprai les membres après sept minutes exactement.

Cela étant dit, Mme Moore posera ses questions en français. Elle vous donnera un petit tour de pratique pour s'assurer que vous pouvez tous l'entendre et que l'interprétation fonctionne. Si c'est le cas, son temps commencera.

Vous avez la parole.

• (1610)

[Français]

Mme Christine Moore (Abitibi—Témiscamingue, NPD): Merci, monsieur le président.

Lorsque j'ai fait mes études, il était question de l'évaluation clinique. On disait que 70 % de cette évaluation était assurée en posant des questions. Il fallait prendre le temps de bien évaluer le patient et cela se faisait uniquement oralement. L'examen physique et visuel, c'est-à-dire le toucher du patient, comptait pour 20 % de l'évaluation. Les examens complémentaires comme les prises de sang ou les radiographies représentaient les 10 % restants.

On a souvent l'impression que c'est un peu le contraire qui se passe lorsqu'on se rend à l'urgence d'un hôpital pour consulter un médecin. On nous pose des questions pendant une ou deux minutes, on nous examine pendant une ou deux minutes, puis on nous envoie faire de multiples prises de sang, examens de laboratoire, radiographies, et ainsi de suite.

Docteur Cline, pouvez-vous me dire ce que vous en pensez? C'est peut-être le même problème qui existe en médecine traditionnelle, où les médecins prennent de moins en moins le temps de poser des questions afin d'approfondir l'examen clinique. Si un médecin prenait le temps de poser des questions à une patiente, il pourrait davantage savoir ce qu'il en est.

[Traduction]

Dr John C. Cline: Merci de la question,

C'est absolument vrai. Sir William Osler, le célèbre médecin canadien, a dit à ses étudiants en médecine, il y a un siècle, que s'ils écoutent leurs patients avec suffisamment d'attention, ces derniers leur diront quel est le problème. Pour le cas que j'ai présenté, il m'a fallu une heure et demie pour faire l'anamnèse et réaliser un examen physique attentif.

Quand j'enseigne à des résidents en médecine fonctionnelle, je suis surpris par le peu de compétences qu'ils possèdent pour réaliser l'examen physique. Une bonne partie de mon enseignement consiste à les aider à aiguiser leurs compétences pour faire l'anamnèse et l'examen physique.

La force de la matrice de médecine fonctionnelle, c'est qu'elle oblige les gens à s'éloigner de leur zone de confort et à faire une réflexion critique exhaustive sur ces cas complexes. Elle aide aussi à porter attention à ce que le patient considère comme étant le plus important. Nous enseignons à nos résidents en médecine fonctionnelle à répéter leurs propos à leurs patients, ce qui donne lieu à une rencontre thérapeutique formidable.

L'anamnèse et l'examen physique constituent encore la pierre angulaire et la fondation sur laquelle il faut s'appuyer pour faire d'autres tests.

[Français]

Mme Christine Moore: Madame Hébert, ma question à votre intention va un peu dans le même sens que celle que je viens de poser.

Selon vous, le succès de l'approche d'une sage-femme auprès des patientes est-il attribuable au fait qu'elle prend beaucoup plus de temps pour discuter avec elles et de les évaluer comme il se doit afin de cibler leurs besoins? C'est peut-être pour cette raison que plusieurs patientes ont préféré leur expérience avec une sage-femme à celle qu'elles ont eue avec la médecine traditionnelle.

Mme Emmanuelle Hébert: Il est tout à fait vrai que le temps alloué à chacune des femmes est très important. En fait, la relation est au cœur de la profession de sage-femme. Pour bien accompagner une femme dans son travail lors de son accouchement, il est très important que la sage-femme crée une relation avec elle. Il faut aussi placer la femme au centre des décisions qui sont prises. Il y

a donc vraiment une relation de partenaires qui se développe, ce qui est très important.

Mme Christine Moore: La façon de bâtir une telle relation est-elle enseignée dans la formation qui est donnée aux sages-femmes? Se limite-t-on à enseigner aux sages-femmes l'aspect biologique de la santé maternelle ou se concentre-t-on aussi sur la relation avec la patiente et sur l'évaluation de ses besoins? La formation permet-elle aux sages-femmes d'acquérir des aptitudes en communication et en relation d'aide, ou se concentre-t-elle plutôt sur l'aspect biologique?

Mme Emmanuelle Hébert: Une grande partie de la formation est axée sur la relation, la relation d'aide, la communication. Les étudiantes qui font un baccalauréat en pratique sage-femme sont en stage pendant plusieurs semestres et sont formées de façon individuelle par des sages-femmes. Entre la sage-femme et l'étudiante, un modèle de rôle s'établit. Cela fait partie de façon tout à fait intrinsèque des programmes de pratique sage-femme. C'est vraiment très important pour nous.

Mme Christine Moore: Ma question s'adresse aux deux témoins qui ne se sont pas exprimés.

Trouvez-vous que le succès de votre approche préventive est dû au temps supplémentaire que vous consacrez aux patients et au fait que, par rapport à des systèmes plus traditionnels, vous êtes beaucoup plus à l'écoute de leurs besoins?

• (1615)

[Traduction]

Dr Mark Atkinson: Je serais heureux d'avoir l'occasion de traiter de cette question.

Un certain nombre de facteurs entrent en jeu ici. Tout d'abord, quand les gens adhèrent à un programme de santé préventif, un certain nombre de professionnels de la santé travaillent avec eux, qu'il s'agisse de la réceptionniste, du phlébotomiste, de l'infirmière ou du médecin. Nous entourons les patients pour qu'ils sachent que nous sommes là pour les appuyer. Cela peut...[*Note de la rédaction: difficultés techniques*]

Nous passons aussi du temps avec eux. Nous apprenons à les connaître afin de comprendre leur contexte et leur mode de vie. Cela compte.

De plus, en prévention, nous mettons aussi beaucoup l'accent sur la solution plutôt que sur le problème. Nous ne nous intéressons pas tant à ce qui ne va pas qu'à ce qui va, à ce qu'il faut changer et à l'objectif ou à l'aspiration des gens sur le plan de la santé. Cette combinaison se révèle très efficace.

M. Allan Markin: J'ajouterais brièvement quelque chose à ce sujet. Merci de la question.

Dans notre système, il y a beaucoup de documents à remplir. Cela nous permet d'avoir, en très peu de temps, une assez bonne idée du problème exact auquel les gens s'exposent afin de le prévenir.

Voulez-vous ajouter quelque chose, Samantha?

Le président: Le temps est écoulé. Je suis désolé. Nous devons nous en tenir à sept minutes pour respecter notre horaire.

Monsieur Lunney, vous avez la parole.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Nous souhaitons la bienvenue à tous nos témoins devant le comité. Je tiens à vous dire tous à quel point nous vous sommes reconnaissants de témoigner aujourd'hui.

Merci, docteur Cline, de nous avoir présenté cet intéressant exemple concret et d'avoir souligné qu'il importe d'effectuer un examen exhaustif et de poser un diagnostic juste.

Bien entendu, je pense que vous serez intéressés d'apprendre que c'est Pure North S'Energy qui a signalé le problème de la toxicité des amalgames au mercure, un problème qui préoccupe bien des gens dans le milieu médical intégré.

Allan et Mark, je remercie Pure North S'Energy d'avoir soulevé la question de la vitamine D. Je pense que plusieurs d'entre vous ont mentionné cette vitamine, et j'espère que vous nous en parlerez tous encore un peu. J'ai déposé une motion devant le comité afin de nous pencher sur deux des quatre injustices que vous avez énumérées; je veux donc revenir là-dessus dans un instant.

Tout d'abord, je veux dire que j'ai vraiment aimé cette diapositive. Vous ne l'avez pas tous vue, mais elle est d'InspireHealth. Docteur Wright, c'est un dessin humoristique formidable que vous avez là. Vous ne serez pas capable de la voir, mais on y montre un médecin très affairé qui sue à grosses gouttes en essuyant le plancher avec une vadrouille pendant que l'évier déborde, alors que personne ne pense à fermer le robinet. Je pense que cela nous rappelle l'énergie que nous dépensons à essayer de gérer nos dépenses de soins de santé, souvent sans voir les racines du problème.

Il me semble qu'il y a beaucoup de stress en médecine. J'ai remarqué, en observant les groupes ici présents, que vous aimez beaucoup ce que vous faites et débordez d'enthousiasme à ce propos. Mais certains de vos médecins doivent composer avec un stress considérable.

Je veux commencer par InspireHealth et indiquer que votre programme semble atténuer le stress pour les patients qui suivent un traitement contre le cancer. Ils peuvent toujours s'adresser à quelqu'un. Le Dr Cline a indiqué qu'il importe d'établir une relation avec les patients en leur répétant leurs propres propos pour s'assurer de les avoir compris, mais en gérant aussi le stress.

Les résultats que vous obtenez en gérant les cancéreux, tout en vous occupant de la cancérothérapie traditionnelle pour traiter les lésions, ont attiré l'attention du gouvernement et de la Cancer Agency de la Colombie-Britannique, car vous obtenez des résultats suffisamment probants avec vos patients. La Colombie-Britannique a de bonnes statistiques et vous recevez de l'attention.

Vous offrez des services dans les régions éloignées. Je veux que vous expliquiez brièvement à notre groupe comment vous procédez et le rôle que la vitamine D joue dans les résultats supérieurs que vous obtenez. Commencez là, si vous le voulez bien.

Dre Janice Wright: Merci de la question.

En ce qui concerne l'offre de service, nous rejoignons les gens en proposant des programmes virtuels en ligne. Nous offrons des programmes de groupe, mais aussi des consultations confidentielles avec le membre de notre équipe que le patient choisit. Non seulement ces services sont-ils offerts actuellement à l'échelle de la province, y compris dans les régions rurales, éloignées et mal desservies, mais nous venons de les élargir au reste du pays. Cela fait partie de notre programme.

M. James Lunney: Est-ce que vous vous rendez en avion dans les régions pour une rencontre initiale avec les gens, puis assurez le suivi par voie électronique une fois que la relation est établie? Cela fait-il partie de votre programme? Je sais que c'est ainsi que vous avez commencé.

Dre Janice Wright: Cela fait partie de notre programme. Nous envoyons une équipe multidisciplinaire dans une communauté qui,

soit dit en passant, réunit des fonds pour nous faire venir, ce qui est épatant. Les communautés voient les mérites de ce programme et recueillent des fonds pour nous aider à venir. Une fois sur place, nous offrons un programme d'une journée sur la santé préventive, la prévention secondaire et les mesures favorisant la santé, comme les pratiques de relaxation de l'esprit et du corps, l'exercice, la nutrition, etc. Nous retournons ensuite chez nous et appuyons les gens en ligne et au téléphone.

M. James Lunney: Il est toujours possible de vous joindre.

Pouvez-vous expliquer le rôle de la vitamine D dans votre programme et vos autres activités?

• (1620)

Dre Janice Wright: Une des études fondamentales sur la vitamine D est parue aux États-Unis en 2007. Nous suivons la littérature sur la vitamine D pour de nombreuses maladies chroniques, mais en ce qui concerne particulièrement le traitement du cancer, nous le faisons depuis sept à huit ans. Nous recommandons cette vitamine non seulement pour prévenir le cancer chez les parents, les amis et les proches des cancéreux, mais aussi pour les cancéreux eux-mêmes. Nous menons actuellement des essais internes sur la vitamine D et le cancer colorectal de stade 4. Les nouvelles sont très prometteuses au sujet de la vitamine D et de son rôle dans la prévention du cancer et la prévention secondaire.

M. James Lunney: Il me semble que cela donnerait également de meilleurs résultats cliniques.

Je ne veux pas influencer vos propos, mais pourriez-vous confirmer que vous avez l'impression que l'augmentation de l'apport en vitamine D améliore les résultats cliniques, en réduisant peut-être la toxicité des traitements contre le cancer?

Dre Janice Wright: J'hésitais seulement parce que nous n'avons pas encore les résultats de l'étude. Du point de vue clinique et anecdotique, nous observons assurément une différence chez les sujets, laquelle est attribuable non seulement à la vitamine D, mais aussi à toutes les autres formes de soutien que nous leur apportons.

M. James Lunney: Merci.

Allan Markin, l'histoire de votre groupe, Pure North S'Energy, est étonnante. Vous travaillez avec des gens depuis 8 à 10 ans, et je pense vous avoir entendu dire que 40 000 personnes ont participé à votre programme, dont de nombreuses personnes à faible revenu vivant en région éloignée. En comblant leurs déficiences nutritionnelles, ce qui est la base de vos interventions — je vous laisserai expliquer comment vous vous y prenez —, vous améliorez considérablement les résultats sur le plan de la santé et réduisez les coûts pour le système de santé de l'Alberta.

Pourriez-vous nous parler des meilleurs résultats que vous observez chez vos patients et nous dire à quoi vous les attribuez?

M. Allan Markin: C'est vrai que j'en ai beaucoup parlé. Peut-être aimeriez-vous que je parle un peu de notre approche.

Nous avons d'abord envoyé nos médecins par avion aux quatre coins de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan pour prélever des échantillons de sang et nous avons communiqué les résultats de vive voix aux personnes concernées. Le programme a évolué à un point tel que nous donnions quotidiennement aux gens entre 10 000 et 20 000 UI, car nous avons remarqué immédiatement une amélioration considérable. Nous tentons d'amener les gens à consommer, de façon sécuritaire, entre 150 et 250 nanomoles par litre. Les résultats d'une de nos plus importantes études ont été publiés récemment par le Dr Richard Lewanczuk — je dois le dire — qui est, si je ne m'abuse, chef de la prévention des maladies chroniques et directeur médical principal des soins primaires et communautaires et de la santé rurale pour les services de santé de l'Alberta. Il travaille pour le gouvernement albertain. Il y a là-bas un ouvrage sur le diabète. Environ 48 % des patients prédiabétiques que nous traitons deviennent non diabétiques. Nous travaillons avec eux. Grâce à la vitamine D et aux autres vitamines et minéraux que nous leur administrons, leurs coeurs sont en bien meilleure santé.

J'ignore si j'ai répondu à votre question.

Mark, aurais-tu quelque chose à ajouter?

Dr Mark Atkinson: J'aimerais simplement réitérer que nous offrons une combinaison personnalisée de suppléments alimentaires de haute qualité et de vitamine D en fonction de l'indice de masse corporelle. Les personnes qui ont un surpoids ou qui sont obèses nécessitent une dose plus élevée de vitamine D. Nous remarquons que leur santé physique et mentale s'améliore considérablement, qu'il est possible de prévenir le diabète et que, pour les prédiabétiques, l'étape avant le diabète, il est possible de revenir à un niveau normal simplement en consommant des suppléments alimentaires.

Nous utilisons un moyen simple et très rentable de favoriser la bonne santé chez les gens. En fait, la grande majorité des Canadiens présente des carences nutritives qui alimentent les maladies chroniques.

Le président: Merci beaucoup.

Je suis désolé, mais votre temps est écoulé.

Madame Fry, vous avez la parole.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Je tiens à vous remercier du travail plutôt intéressant et créatif que vous faites.

Je vais adresser ma première question aux représentants de Pure North.

Vous nous avez fourni des données statistiques très impressionnantes sur vos résultats, y compris 25 visites de moins à l'hôpital et, pour les personnes qui participent au programme pendant quatre ans, 45 % moins de visites à l'hôpital. C'est bien. Si vous êtes en mesure d'améliorer l'accès aux hôpitaux, les soins actifs et réduire les hospitalisations, et si vous pouvez gérer les patients dans la collectivité, c'est excellent.

Outre les nutritionnistes ou ceux qui travaillent dans le domaine des suppléments alimentaires, avez-vous d'autres collaborateurs pour offrir des soins préventifs? Quels sont les autres domaines où vous avez adopté une approche intégrée en matière de soins?

• (1625)

M. Mark Atkinson: Notre équipe principale est composée de médecins et de naturopathes sensibilisés à la nutrition et qui travaillent avec des infirmières, des infirmières praticiennes et des dentistes. D'ailleurs, les dentistes sont devenus une partie intégrale

de notre équipe, car nous commençons à réaliser que la santé de la bouche a une grande influence sur la santé du corps, et le contraire est aussi vrai. Notre succès repose sur notre équipe multidisciplinaire.

M. Allan Markin: Et les pharmaciens...

L'hon. Hedy Fry: Et les pharmaciens.

Avez-vous obtenu de financement du gouvernement de l'Alberta dans le cadre d'un système de capitation? Comment financez-vous vos activités?

M. Allan Markin: Je finance personnellement toutes nos activités. Au cours des dernières années, j'ai investi près de 200 millions de dollars de mon propre argent. Les données obtenues nous ont permis l'an dernier d'obtenir une petite subvention du gouvernement de l'Alberta pour les personnes âgées. Nous avons recueilli beaucoup de données sur les personnes âgées et ce qui fonctionne pour eux, et leur qualité de vie s'est vraiment améliorée.

L'hon. Hedy Fry: Vous n'êtes pas facturé et vous ne pouvez pas facturer le régime public de soins de santé. Vous menez des activités dans le cadre de votre fondation sans but lucratif et utilisez cet argent pour payer votre équipe. Les membres de votre équipe touchent-ils un salaire ou sont-ils rémunérés par saison? Comment gérez-vous votre équipe?

M. Allan Markin: Tu peux répondre, Mark.

M. Mark Atkinson: D'accord. Les membres de notre principale équipe de soins infirmiers touchent un salaire et nos médecins sont des experts-conseils, mais, au cours des deux dernières années, c'est M. Markin qui a financé de sa poche les activités de Pure North.

Nous cherchons à renforcer notre collaboration avec le gouvernement de l'Alberta afin d'amorcer l'intégration de l'essentiel de nos programmes de prévention dans le régime de soins de santé de l'Alberta. C'est notre objectif.

L'hon. Hedy Fry: La raison pour laquelle je pose la question...

M. Allan Markin: C'est très difficile à faire sans...

L'hon. Hedy Fry: ... c'est qu'il serait possible d'imiter votre modèle. Je voulais donc savoir exactement comment il fonctionne sur le plan de l'intégration et des remboursements, notamment. C'est ce que je voulais savoir. Merci beaucoup.

Je vais maintenant m'adresser au Dr Cline.

Docteur Cline, êtes-vous le seul médecin dans votre centre médical? Avez-vous, vous aussi, mis en place un système intégré? Quelle est la structure de votre système multidisciplinaire intégré? Est-ce l'administrateur public de votre province qui vous paie?

Dr John C. Cline: Merci, docteur Fry.

Je possède un petit centre médical à Nanaimo où je suis le médecin. Mon personnel intégré compte deux dentistes et une infirmière praticienne de Chicago qui s'est jointe à notre équipe il y a deux ans.

En ce qui concerne le paiement, nous offrons un ensemble d'options. Dans la mesure du possible, nous facturons le régime de soins de santé et conservons le tout dans nos dossiers. Pour les services non assurés, soit la plupart des services que nous offrons, nous facturons ces services aux patients. Parfois, ces services sont couverts par les compagnies d'assurances.

L'hon. Hedy Fry: Selon vous, compte tenu de l'Accord sur la santé de 2004, et même avant cela, en 2002, à l'époque où l'on a investi dans des modèles de soins primaires pour les collectivités et dans les soins intégrés, le gouvernement provincial devrait-il investir dans ce genre d'expérience?

Dr John C. Cline: Habituellement, les services intégrés incluent des pharmaciens, des infirmières, des médecins et des travailleurs sociaux, notamment, mais il s'agit essentiellement d'intégrer un modèle normalisé de soins où la médecine fonctionnelle permet d'offrir, à mon avis, un meilleur système pour les cas complexes, comme celui dont j'ai parlé. Ainsi, il est possible d'utiliser le bilan de santé et les résultats d'un examen physique pour résoudre certains problèmes complexes, tout en réduisant le nombre de tests. On peut alors se pencher sur l'alimentation et les suppléments alimentaires, ainsi que sur l'exercice, notamment, pour améliorer la biochimie des patients, sans oublier que nous avons accès à des spécialistes si jamais une chirurgie est nécessaire, comme des endocrinologues ou des gynécologues. Nous avons accès à ce réseau.

• (1630)

L'hon. Hedy Fry: Avez-vous des données sur votre taux d'hospitalisation ou sur la réduction de la durée des hospitalisations? Avez-vous des données qui vous laissent croire que vous obtenez de meilleurs résultats? Ce n'est pas une question piège. J'aimerais vraiment savoir si vous obtenez de meilleurs résultats que les modèles cliniques, intégrés ou multidisciplinaires traditionnels.

Dr John C. Cline: Rares sont mes patients qui doivent être hospitalisés, sauf en cas de chirurgie.

L'an dernier, la Cleveland Clinic a invité l'Institute for Functional Medicine à ouvrir un institut au sein de la clinique. Il y a donc des recherches en cours.

Le livre blanc auquel j'ai fait référence dans mon exposé contient 245 citations tirées de recherches publiées sur la médecine fonctionnelle.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup.

Je crois que mon temps est écoulé. On me fait de grands signes.

Le président: Monsieur Lizon, vous avez la parole. Malheureusement, encore une fois, notre temps est limité, mais nous vous donnons l'occasion de poser une question.

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

J'aurais une question à poser au Dr Cline.

Je ne suis pas un professionnel de la santé. Par conséquent, ma question sera plutôt simple, car j'essaie de comprendre exactement ce que vous faites. Vous ne faites pas partie du régime provincial de soins de santé. Est-ce exact?

Dr John C. Cline: Merci pour cette question.

Oui, je fais partie du régime provincial.

M. Wladyslaw Lizon: Est-ce que vous pratiquez la médecine conventionnelle? Pas tout à fait, n'est-ce pas?

Dr John C. Cline: En fait, nous offrons un mélange de médecine conventionnelle et de ce que l'on pourrait qualifier de médecine douce. C'est un mélange des deux.

M. Wladyslaw Lizon: J'ignore si vous connaissez le Dr Josef Krop, en Ontario — je crois qu'il est à la retraite maintenant.

Dr John C. Cline: Je le connais.

M. Wladyslaw Lizon: Vous vous souviendrez qu'il a éprouvé des difficultés avec l'organisme de certification de l'Ontario. Avez-vous vécu une expérience similaire en Colombie-Britannique?

Dr John C. Cline: Oui. J'ai fait l'objet de trois enquêtes de la part du Collège des médecins et chirurgiens. D'ailleurs, vendredi dernier, j'ai appris que j'allais à nouveau faire l'objet d'une vérification. Un des problèmes lorsqu'on ouvre un centre de médecine fonctionnelle intégrée ou de médecine douce, c'est qu'on devient une cible.

M. Wladyslaw Lizon: J'aurais une dernière question à poser.

Le cas que vous nous avez décrit me laisse très perplexe. J'ignore combien de cas il y a par jour ou par mois au pays.

Quelle est la principale raison pour laquelle la patiente que vous avez traitée n'a pas pu obtenir un traitement adéquat là où on l'a envoyée?

Dr John C. Cline: À mon avis, la raison pour laquelle cette femme n'a pas pu obtenir un traitement, c'est que le processus morbide sous-jacent n'avait pas été diagnostiqué. De nombreux traitements ont été entrepris, mais ils n'ont pas donné les résultats escomptés, car le processus morbide n'avait pas été diagnostiqué.

M. Wladyslaw Lizon: Merci beaucoup.

Dr John C. Cline: Je vous en prie.

M. James Lunney: Monsieur le président, aux fins du compte rendu, puis-je faire un bref commentaire au sujet du Dr Cline? Je le fais simplement parce qu'il a mentionné qu'il fait l'objet d'une enquête de la part de l'organisme de certification.

Comme le savent de nombreux médecins qui pratiquent la médecine intégrée, l'organisme de certification de la Colombie-Britannique a enquêté sur le Dr Cline, mais l'Association canadienne de protection médicale a également fait appel à lui à titre de témoin expert pour défendre d'autres médecins qui éprouvent des difficultés avec leur organisme de certification respectif parce qu'ils offrent des traitements novateurs.

Est-ce exact, Dr Cline?

• (1635)

Dr John C. Cline: C'est exact.

M. James Lunney: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

M. Lunney quittera la vie politique à la fin de la présente session. J'ai donc fait preuve de beaucoup d'indulgence à son égard au cours des dernières séances du comité. J'espère que les autres membres du comité ne m'en voudront pas, car nous aimons ses commentaires et nous voulons lui donner la chance de s'exprimer autant que possible.

Nous allons maintenant suspendre la séance pour quelques minutes et nous reviendrons avec notre prochain groupe de témoins.

Merci.

• (1635)

_____ (Pause) _____

• (1640)

Le président: Reprenons. Nous allons maintenant amorcer la deuxième heure de cette séance.

Pour l'occasion, nous accueillons, par vidéoconférence, Sabrina Wong, directrice intérimaire, UBC Centre for Health Services and Policy Research.

Madame, vous avez la parole.

Mme Sabrina Wong (directrice intérimaire, UBC Centre for Health Services and Policy Research): Vous m'avez invitée pour discuter de l'étude que vous menez. Est-ce exact?

Le président: Oui.

Mme Sabrina Wong: Établi en 1990, le Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique est un centre approuvé par le Sénat. Sa mission consiste à fournir des services de santé de haute qualité et à communiquer des informations pertinentes pour l'organisation, le financement et la prestation de soins de santé concernant les recherches sur la politique.

Il a également pour mission de former des étudiants et d'assurer le transfert de connaissances par l'entremise de ses publications, de ses communications avec les médias et de ses discussions avec les décideurs locaux, régionaux, nationaux et internationaux en matière de politiques et de services de santé. Le centre est unique dans son approche à l'égard des grands enjeux et des politiques du macrosystème qui seraient normalement pertinents à une ou plusieurs régions régionales de la santé.

Je dirai d'abord qu'un changement de paysage s'opère. Les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux continuent de faire l'objet de réformes majeures en raison des nouvelles technologies et des changements démographiques, comme le vieillissement de la population, les progrès en soins de santé et en gestion de maladies, et la reconnaissance de l'importance des déterminants sociaux sur la santé et le maintien de la santé de la population.

On a accordé peu d'attention à l'impact des changements systémiques et organisationnels survenus au cours des 10 dernières années sur les ressources humaines du secteur de la santé. La majorité des documents complétés dans le cadre d'un examen de la portée en vue d'un rapport à l'intention du Health Services and Policy Research Support Network parle de l'impact de la restructuration et de la réduction massive survenues dans le secteur des soins de santé au cours des années 1990 sur les ressources du secteur de la santé, principalement dans les régions urbaines.

Encore moins d'attention a été accordée aux innovations utilisées dans les différents champs d'activité des professionnels de la santé dans le secteur non hospitalier. Peu de recherches ont été menées sur les conséquences qu'ont eues sur les ressources humaines du secteur de la santé l'utilisation accrue d'équipes multidisciplinaires, la collaboration interprofessionnelle, l'utilisation d'autres types de professionnels de la santé pouvant faire appel à l'ensemble de leur champ d'activité ou l'utilisation accrue d'une grande variété de technologies.

En tant que communauté d'universitaires et de cliniciens, nous savons comment organiser les services de soins de santé afin d'en tirer le maximum et connaissons bien les champs d'activité des différents professionnels de la santé. Cependant, nous connaissons peu de choses sur l'interaction entre ces deux secteurs et encore moins sur la meilleure façon d'utiliser les ressources humaines du secteur de la santé pour assurer une organisation et une prestation optimale des services de soins de santé.

Par exemple, la prestation de soins de santé primaires au pays est associée à de meilleurs résultats plus équitables en matière de santé. Toutefois, de nombreuses réformes demeurent incomplètes et les améliorations potentielles au système de santé pour les patients et les collectivités se font attendre.

Une des composantes principales de ces réformes est la mise en oeuvre de soins interprofessionnels axés sur le travail d'équipe. Toutes les provinces ont souscrit à l'idée des équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires, ce qui a entraîné la création de nombreux modèles différents actuellement utilisés dans les collectivités canadiennes. Malgré l'augmentation des demandes et des attentes, le système de soins de santé primaires demeure mal préparé pour offrir les avantages attendus en matière de soins interprofessionnels de santé primaires.

Un des principaux obstacles à l'amélioration des soins de santé primaires par l'entremise d'équipes interprofessionnelles est le manque de compréhension des champs d'activité et des rôles possibles des membres des équipes. Ce n'est que tout récemment que de nombreuses professions qui participent à ces équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires, comme les pharmaciens et les psychologues, même celles qui y participent depuis longtemps, comme les infirmières, ont mis en place des cadres permettant de définir les compétences de chacun.

Avec l'augmentation des demandes imposées au système de soins de santé primaires pour des soins efficaces et efficaces axés sur les patients afin de traiter les cas de plus en plus complexes, il est primordial que ces équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires élaborent de meilleures approches pour évaluer et utiliser les compétences des membres de leur équipe afin d'améliorer la prestation des soins de santé et de mieux satisfaire aux besoins de leurs patients.

Pour répondre à vos questions précises, je me suis appuyée sur l'expertise des membres du CHSPR et de nos collègues d'un peu partout au pays, notamment l'Association canadienne des sciences de la santé, qui a publié de nouveau récemment un rapport sur les champs d'activité.

● (1645)

Votre première question portait sur le rôle du fédéral dans l'exercice de la profession de professionnels de la santé au Canada. J'ai décidé de vous présenter deux ou trois aspects à ce sujet.

D'abord, il faudrait investir dans une infrastructure de façon à mesurer et surveiller les champs de pratique des professionnels de la santé canadiens en fonction des aspects des soins pertinents. Le rôle du fédéral est nécessaire à la mise en oeuvre de mesures de suivi et d'évaluation systématiques axées tout particulièrement sur les intrants et les extrants, de façon à estimer les coûts de l'intégration des changements et le rendement à long terme du capital investi. Le rôle du fédéral est nécessaire à l'application élargie de mesures de collaboration en matière de rendement et à la mise en place d'un cadre global d'assurance de la qualité grâce à la participation des organismes d'agrément.

À titre d'exemple, dans le secteur des soins de santé primaires communautaires, la plupart des gens conviennent que nous avons besoin de soins de première ligne souples pour réagir aux problèmes émergents, de la capacité de résoudre des problèmes de santé courants, de soins continus pour la majorité des maladies chroniques, de la prestation courante de services de prévention des maladies et de promotion de la santé, d'une coordination en temps opportun avec les autres acteurs du milieu par rapport à des maladies précises, et d'interventions relatives aux déterminants sociaux de la santé. Toutefois, dans le secteur des soins de santé primaires communautaires, la présentation de rapports sur le rendement pose problème en raison du manque criant de données concises et synthétisées, et aussi parce que de nombreux cliniciens préfèrent n'avoir qu'à rendre compte de leur propre rôle et ne se considèrent pas comme des éléments ou des acteurs faisant partie d'un système plus vaste.

Ce serait la première recommandation.

La deuxième serait de réserver une partie des fonds de recherche pour combler les lacunes liées à la littérature et à nos connaissances dans divers domaines. Nous savons que les modèles de paiement ne se prêtent pas aux changements des champs de pratique. Par conséquent, il faut étudier de nouveaux modes de financement, comme des modèles de paiement regroupés ou hybrides, de façon à inclure l'ensemble des professionnels de la santé et à harmoniser ces modèles aux résultats souhaités. Nous savons que les soins sont maintenant orientés vers les collectivités et différentes formes de prestations de soins. Nous devons donc comprendre la mise en oeuvre et la tenue de dossiers médicaux électroniques, car il est essentiel que tous les professionnels de la santé et les patients aient accès en temps opportun à des renseignements à jour sur les traitements et la situation du patient. Nous savons qu'il existe un important protectionnisme professionnel. Il faut donc chercher à savoir comment améliorer la représentation des intérêts des diverses professions en fonction des modèles de soins en collaboration, des normes interprofessionnelles et du chevauchement des champs de pratique.

Un autre aspect serait de réserver des fonds pour informer les professionnels et les tribunaux sur les changements qui ont été apportés aux lois et qui reconnaissent les principes des modèles de soins partagés. Actuellement, les professionnels de la santé ont des préoccupations par rapport à leurs responsabilités et leurs obligations. Le fédéral a un rôle à jouer pour assouplir les lois et les règlements existants. Il serait extrêmement utile d'étendre l'adoption de cadres législatifs plus souples qui pourraient être interprétés dans un contexte local. De plus, il faut appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre continue de lois générales régissant les professionnels de la santé dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Le deuxième aspect que vous m'avez demandé d'étudier est la mise en valeur des pratiques exemplaires dans l'exercice de la profession, au Canada et à l'étranger.

Voulez-vous que je continue, ou souhaitez-vous poser des questions maintenant?

Le président: Vous reste-t-il une partie de votre exposé à présenter, ou avez-vous terminé?

Mme Sabrina Wong: Je n'ai pas terminé.

Le président: Très bien; vous pouvez prendre une minute, ce qui fera 10 minutes.

Mme Sabrina Wong: Très bien; merci.

En ce qui concerne votre deuxième point, je recommande encore une fois de financer la recherche pour évaluer les effets d'un certain

nombre d'innovations essentielles du système de santé sur les ressources humaines en santé, tant en milieu urbain qu'en milieu rural; élaborer un cadre national pour l'adoption de lignes directrices et de normes de qualité pour favoriser l'optimisation, l'élargissement et le chevauchement des champs de pratique, et promouvoir les pratiques exemplaires et faciliter ensuite l'expansion et la pérennité des initiatives dans l'ensemble du pays.

Votre troisième point portait sur le rôle du fédéral et l'appui à la formation professionnelle et à l'élaboration de programmes. Comme je l'ai déjà souligné, le fédéral a un rôle à jouer dans l'examen des cadres législatifs actuels de façon à appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre continue de lois générales régissant les professionnels de la santé. Deuxièmement, il faut adopter une norme qui permet aux gens d'exercer pleinement et d'optimiser leurs champs de pratique; pour ce faire, il faut participer à l'établissement de normes pour les stages et les résidences qui favorisent les compétences interprofessionnelles. Un autre aspect est l'agrément des personnes ayant obtenu un permis d'exercer. Enfin, il faut collaborer avec les organismes de réglementation et d'agrément de façon à exiger la formation continue des professionnels et ainsi stimuler l'esprit d'équipe et favoriser la confiance à l'égard des compétences relatives.

• (1650)

Le président: C'est formidable. Merci beaucoup. Nous avons sur place deux invités qui feront chacun un exposé. Ensuite, nous passerons aux questions. Restez à l'écoute, si possible.

Nous entendrons d'abord M. Bryce Durafourt, de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada.

Allez-y.

M. Bryce Durafourt (président, Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada): Bonjour.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, merci de m'avoir invité à vous parler aujourd'hui dans le cadre de votre étude sur le rôle du gouvernement fédéral par rapport à la profession et la formation des professionnels de la santé.

Avant de traiter du sujet à l'étude, j'aimerais, à titre de représentant de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada, prendre quelques instants pour vous présenter notre organisme.

La FEMC représente plus de 8 000 étudiants en médecine fréquentant 14 facultés de médecine canadiennes situées d'un océan à l'autre. Nous représentons les étudiants en médecine auprès de la population, du gouvernement fédéral et des organisations médicales nationales et internationales. En tant que porte-parole national des étudiants en médecine, la fédération établit des liens entre ses membres, les appuie et les représente tandis qu'ils apprennent à servir les patients et la société.

Je suis ici à titre de président de la FEMC. Je suis également étudiant en quatrième année en médecine à l'Université McGill, à Montréal.

J'aimerais d'abord vous présenter un portrait du processus actuel de formation des médecins au Canada.

Dans la plupart des provinces canadiennes, l'étudiant qui souhaite faire des études en médecine doit d'abord obtenir un diplôme universitaire de premier cycle avant d'être accepté à une faculté de médecine. Ensuite, les étudiants en médecine doivent faire quatre années d'études avant d'obtenir un diplôme en médecine. Ils doivent ensuite suivre une formation supplémentaire, qu'on appelle la résidence, dans leur domaine d'intérêt. La résidence en médecine familiale est d'une durée de deux ans, tandis que la formation spécialisée a habituellement une durée de cinq ans. Pour être embauché dans un centre universitaire, le médecin doit souvent avoir suivi une formation de sous-spécialisation.

Dans ce contexte, un étudiant en médecine peut étudier dans une province, suivre sa formation en résidence dans une autre province et être embauché à titre de médecin membre du personnel dans une troisième province. C'est donc là une occasion pour le fédéral d'être un chef de file pour l'élaboration d'un modèle solide fondé sur l'offre et la demande pour les professionnels de la santé.

La FEMC tient à féliciter le gouvernement fédéral de son appui continu au Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux, ou GTPEM. Grâce au travail de ce groupe, le gouvernement aide à atténuer le déséquilibre entre le chômage et le sous-emploi chez les médecins spécialistes et le manque continu de médecins de famille, en particulier dans les collectivités rurales, éloignées et nordiques. La FEMC croit qu'une modélisation continue des projections relatives à l'offre et à la demande en médecins est nécessaire pour permettre aux étudiants en médecine de faire des choix de carrière éclairés qui servent au mieux les besoins de la population canadienne.

Nous appuyons la recommandation du GTPEM de créer un comité de planification pancanadien des effectifs médicaux dans le but de favoriser la collaboration continue à cet égard. La FEMC félicite également le gouvernement du Canada de son appui à la transformation de la formation médicale par l'intermédiaire des projets sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada. S'ils sont exploités à leur plein potentiel, ces programmes permettront d'avoir des médecins plus sensibles aux besoins de la société canadienne en matière de santé et mieux équipés pour améliorer la santé, améliorer la qualité des soins et assurer la pérennité du système de santé.

Malgré les progrès réalisés en vue d'une répartition plus égale des médecins dans l'ensemble du Canada, il subsiste d'importants problèmes. En 2012, l'Institut canadien d'information sur la santé signalait que 18 % des Canadiens vivent en régions rurales et éloignées, mais que seulement 8,5 % des médecins travaillent dans ces régions. Ces problèmes liés à la répartition expliquent pourquoi le Canada occupe le dernier rang du classement du Fonds du Commonwealth de 2014 en ce qui concerne l'accès rapide aux soins de santé lorsqu'on le compare à 10 autres pays de l'OCDE.

Le gouvernement du Canada a pris des mesures positives en vue de corriger la mauvaise répartition des médecins au pays. Le programme d'exonération du remboursement des prêts d'études canadiens pour les médecins de famille et le personnel infirmier est un bon exemple. Cette initiative permet aux médecins de famille ou aux résidents en médecine familiale des collectivités rurales ou éloignées d'avoir droit à l'annulation de la composante fédérale des prêts aux étudiants, à hauteur de 8 000 \$ par année, jusqu'à concurrence de 40 000 \$. En date de novembre 2013, plus de 1 150 médecins de famille et membres du personnel infirmier avaient eu droit à l'annulation d'une partie de leur dette.

Bien que ce programme représente un pas positif vers l'amélioration de l'accès aux soins de santé des Canadiens vivant en milieu

rural, la FEMC estime que ce programme n'est pas exploité à son plein potentiel. Ce qui empêche l'optimisation du nombre de nouveaux médecins de famille qui accède au programme, c'est qu'ils doivent avoir un solde pour leur prêt d'études canadien au moment où ils se retrouvent dans une situation qui leur permet d'avoir droit au programme. Cela signifie que le prêt d'études canadien ne doit pas avoir été entièrement remboursé à la fin de la formation en médecine.

● (1655)

Il est utile de savoir que les médecins stagiaires sont tenus de commencer à rembourser le capital et les intérêts des prêts fédéraux pendant leur résidence. Le taux d'intérêt appliqué aux prêts obtenus dans le cadre du Programme canadien de prêts aux étudiants est beaucoup plus élevé que le taux d'intérêt exigé par les principales institutions financières pour les marges de crédit accordées aux étudiants des autres corps professionnels. Par exemple, le taux d'intérêt sur les prêts d'études canadiens est actuellement établi au taux préférentiel plus 2,5 %, tandis que le taux applicable à la marge de crédit d'un étudiant en médecine correspond au taux préférentiel.

Cette disparité des taux d'intérêt a pour conséquence que la plupart des étudiants en médecine choisissent de consolider leur prêt d'études canadien en obtenant une marge de crédit de leur institution financière. Ce transfert de la dette atténuée considérablement la portée de la mesure incitative qui a été créée pour attirer les nouveaux médecins vers les collectivités rurales et éloignées. Autrement dit, les résidents et les médecins de famille qui ont remboursé la totalité de leur prêt d'études canadien ne sont plus admissibles au programme d'allègement de la dette.

Le programme pourrait être amélioré considérablement si le gouvernement fédéral retardait le remboursement du capital et suspendait l'accumulation des intérêts pour les prêts d'études canadiens des étudiants en médecine jusqu'à ce que leur résidence soit terminée. Ainsi, beaucoup plus de médecins pourraient avoir accès au programme d'exonération du remboursement des prêts d'études canadiens pour les médecins de famille et le personnel infirmier, et l'accès aux soins des Canadiens des collectivités rurales, éloignées et nordiques s'en trouverait amélioré. De plus, étant donné que plusieurs provinces offrent déjà des programmes d'exonération du remboursement des prêts aux résidents qui demeurent dans la région, cette proposition favoriserait l'harmonisation des politiques fédérales et provinciales.

La FEMC est reconnaissante du rôle important que joue le gouvernement fédéral dans l'appui au développement des compétences des professionnels de la santé. Deux avenues s'offrent au gouvernement du Canada pour régler les problèmes liés à la répartition inadéquate des médecins; il s'agit des projections à long terme relatives à l'offre et à la demande en médecins et de l'amélioration du Programme canadien de prêts aux étudiants. Ces solutions pourraient être d'importants leviers en vue d'une amélioration du rôle du fédéral dans la formation des professionnels de la santé.

Je vous remercie de votre temps et de votre attention. C'est avec plaisir que je discuterai de ces questions avec vous.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à l'organisme SoinsSantéCAN, qui est représenté par MM. Raj Bhatla et William Tholl.

Nous commençons par M. Tholl.

Allez-y.

M. William Tholl (président et directeur général, SoinsSanté-CAN): Merci, monsieur le président. Bonjour à tous.

[Français]

Je m'appelle Bill Tholl. Je suis président et chef de direction de SoinsSantéCAN, qui est le porte-parole national des hôpitaux et d'autres organismes de soins de santé au Canada.

[Traduction]

Nous encourageons la découverte et l'innovation éclairées et continues, orientées vers les résultats dans tout le continuum des soins de santé. Nous agissons avec d'autres pour améliorer la santé de tous les Canadiens; pour renforcer les capacités d'offrir des soins de grande qualité et pour optimiser la valeur des programmes des soins de santé financés par des fonds publics.

Vous connaissez peut-être mieux nos anciennes appellations, l'Association des hôpitaux canadiens et l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, qui ont fusionné il y a environ un an.

Je suis accompagné du Dr Raj Bhatla, chef du personnel et psychiatre en chef aux Services de santé Royal Ottawa, une de nos 40 établissements membres. Je lui ai demandé de vous donner des exemples concrets des enjeux liés aux champs de pratique et au sujet que vous étudiez aujourd'hui.

Mais avant, je tiens à dire que nous sommes heureux d'être ici aujourd'hui et de contribuer à votre étude des meilleures pratiques et des obstacles fédéraux liés aux champs d'exercice et à la formation des professionnels de la santé.

Comme nous sommes l'un des derniers groupes appelés à intervenir dans le cadre de votre étude, je suis certain que vous avez entendu le point de vue de représentants de nombreuses professions sur un certain nombre de questions cruciales. Nous aimons à penser que notre point de vue représente une synthèse de ces divers témoignages. Beaucoup de groupes professionnels que vous avez entendus travaillent dans nos hôpitaux, nos établissements de soins de santé universitaires et, encore une fois, les points de vue présentés par ces organisations multidisciplinaires sont quelque peu différents. Nous tenterons de vous donner un portrait de la situation selon notre point de vue.

La question des champs est un enjeu qui concerne autant les mesures législatives que l'innovation en matière de formation. Il s'agit d'un enjeu qui exige que le législateur ne se concentre pas uniquement sur l'élimination des obstacles, mais aussi sur la création de ponts. Par conséquent, mes observations d'aujourd'hui porteront sur deux aspects; je parlerai de certains obstacles, mais aussi d'une des choses que le gouvernement fédéral peut faire. Ces questions relèvent principalement de la compétence des provinces et des territoires — qui déterminent les champs de pratique, qui élaborent les lois et les règlements —, mais le gouvernement fédéral a un rôle à jouer, et ce rôle peut aider et encourager, ou nuire. Je vais donc diviser mes commentaires en deux catégories.

Dans ce contexte, en général, l'examen des champs de pratique est fonction du moment et de l'endroit choisi pour le faire. Ce n'est pas la première fois que je témoigne au comité pour parler des champs de pratique; je l'ai fait alors que j'occupais diverses fonctions — au moins quatre —, mais le contexte est différent. Le contexte financier est très différent de ce qu'il était au cours des 10 ou 15 dernières années. Donc, dans l'environnement stratégique actuel, adopter la bonne approche en ce qui concerne les champs de pratique n'est pas tâche facile.

J'assure la présidence du comité des finances et de la vérification de l'hôpital Royal Ottawa. Nous en sommes à la quatrième année d'un gel absolu du budget annuel. Par conséquent, il est maintenant crucial de viser juste en ce qui concerne les champs de pratique. Le Dr Bhatla vous parlera de certaines choses que nous avons faites à l'hôpital Royal Ottawa.

Comme de nombreux groupes professionnels l'ont affirmé — et je leur fais écho —, le leadership s'impose, à tous les niveaux au sein des établissements, des gouvernements ou dans l'ensemble du gouvernement et, en fait, jusqu'aux patients. Nous avons besoin de leadership comme celui qu'a démontré la ministre Ambrose lorsqu'elle a décidé de créer le groupe consultatif Naylor sur l'innovation des soins de santé.

Les organisations de santé et leur personnel à la recherche de solutions novatrices s'efforcent de contourner les obstacles à bien des égards. Je ne sais pas si on vous a recommandé le rapport intitulé « De l'innovation à l'action », publié en juillet 2012, qui a été préparé pour les premiers ministres. Ce rapport donne neuf exemples très précis de réussites en matière d'intégration des champs de pratique au Canada.

J'ai en tête l'exemple de l'île Brier, à l'ouest d'Halifax, où l'on avait de la difficulté à retenir les médecins d'urgence. Certains y allaient, mais n'y restaient pas. Les responsables devaient fermer le service des urgences, puis l'ouvrir de nouveau. Ils ont trouvé une solution extrêmement novatrice: il s'agissait d'avoir dans la collectivité du personnel paramédical très spécialisé ayant un accès direct à des médecins d'urgence, au besoin. C'est là le genre d'innovation dont nous avons besoin au Canada, à notre avis.

● (1700)

Qu'est-ce qui manque? Ce qui manque, c'est un appui financier constant de l'innovation. Il n'existe aucun secrétariat de l'innovation permanent. Le groupe de travail sur l'innovation en matière de santé ne fait pas cela. À notre avis, le gouvernement fédéral devrait créer un fonds d'innovation qui favoriserait des innovations semblables à celles qui ont été apportées au système de soins de santé du Canada à l'île Brier.

Un autre obstacle possible est la nouvelle loi visant les travailleurs étrangers temporaires. Vous devez avoir entendu d'autres témoins vous dire que cette loi risque d'avoir des conséquences inattendues. Elle risque notamment d'empêcher les établissements de soins de santé universitaires de recruter des chercheurs en santé qui sont en stage postdoctoral en médecine, ou qui ont terminé leur stage, de passer quelques années au Canada. La loi actuelle risque de nous empêcher de les recruter.

Je me ferai un plaisir de vous fournir plus de détails au sujet de ces obstacles.

Le dernier obstacle dont je vais vous parler est en quelque sorte un obstacle culturel. Le rapport publié récemment par l'Académie canadienne des sciences de la santé, intitulé *Optimisation des champs d'exercice: de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé* indique que: « Pour opérer une transformation des soins de santé, il est essentiel d'établir les champs d'exercice optimaux de ces fournisseurs de soins. » Je vous rappelle que 80 % des coûts des soins de santé dans nos hôpitaux sont liés aux salaires — aux ressources humaines en santé. Nous devons donc trouver un juste équilibre à cet égard. Le rapport ajoute: « Malheureusement, les systèmes actuels permettant d'établir et de réglementer les champs d'exercice ont davantage favorisé le statu quo que le changement. » Nous devons surmonter cet obstacle. Regarder vers le passé pour essayer de créer un meilleur avenir, c'est peine perdue.

Passons aux choses plus positives. Comment peut-on bâtir de meilleurs ponts en misant sur le rôle de leadership que joue le gouvernement fédéral? En passant, le thème souvent repris au cours de tous les témoignages d'aujourd'hui, c'est que nous devons trouver de meilleures façons de planifier des ressources humaines en santé en fonction des besoins, et j'insiste sur le fait que cela doit être en fonction des besoins. En définitive, dans notre pays, nous passons plus de temps à dire des choses qu'à faire des choses sur le plan de la planification en fonction des besoins.

Je vais vous donner quatre ou cinq exemples. Le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, pourrait organiser un colloque national amenant tous les intervenants à se réunir pour discuter de ce dont nous parlons. Santé Canada pourrait combler le vide laissé par le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé et, plus particulièrement, par le Groupe de travail sur les ressources humaines dans le secteur de la santé — qui, honnêtement, a pataugé en tant que troisième des trois groupes de travail — pour reprendre leur travail là où ils l'avaient laissé.

Nous parlons depuis très longtemps de créer un observatoire pour examiner les besoins en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé du point de vue du patient, et d'examiner ces besoins régulièrement — pourtant rien n'a encore été fait à ce sujet. Ce que nous avons fait qui se rapproche le plus de cela, c'est de financer la création d'un réseau sur les ressources humaines en santé grâce à une subvention de l'IRSC. Mme Ivy Bourgeault, de l'Université d'Ottawa, dirige ce réseau. Le financement du réseau prendra fin à la fin du mois, ce qui, à mon avis, est tragique.

Santé Canada pourrait continuer de collaborer avec SoinsSanté-CAN et d'autres organismes à une harmonisation des dispositions de loi et des réglementations en vigueur au pays. Je placerais cela sous la rubrique générale d'aide et d'appui de l'objectif global de l'Accord sur le commerce intérieur. Il reste encore beaucoup à faire pour harmoniser les programmes d'accréditation et de licences d'un bout à l'autre du pays.

• (1705)

Le président: Monsieur Tholl...

M. William Tholl: Est-ce que je dois conclure?

Le président: Votre temps n'est pas écoulé. Je voulais simplement vous interrompre quelques instants, parce que vous avez dit que M. Raj Bhatla aussi allait faire un exposé.

M. William Tholl: Oui, c'est juste. Puis-je lui céder la parole immédiatement?

Le président: C'est bon. Je voulais simplement m'assurer qu'il aurait le temps de parler.

M. William Tholl: Monsieur le président, j'ai demandé à Raj de vous donner quelques exemples de problèmes dans un de nos hôpitaux locaux,

Le président: Vous avez environ deux minutes, monsieur Bhatla.

Dr Raj Bhatla (membre, Centre de santé mentale Royal Ottawa, SoinsSantéCAN): Merci, monsieur le président. Je serai bref et je vous parlerai principalement de ce qui se passe sur la ligne de front.

J'occupe le poste de psychiatre en chef du Royal d'Ottawa, un des centres universitaires des sciences de la santé en Ontario, et une des institutions membres de SoinsSantéCAN d'un bout à l'autre du pays.

Mon travail sur le terrain est en grande partie axé sur la télémédecine. Je travaille à la clinique pour les blessures de stress opérationnel, qui vient en aide aux anciens combattants ainsi qu'aux membres de la GRC et des forces armées qui effectuent leur transition vers la vie civile. Là où je travaille, nous trouvons que les gens sur le terrain sont tout à fait prêts à adopter de nouvelles technologies.

Je vais parler plus précisément de la télémédecine, qui nous permet de travailler à l'extérieur de l'hôpital et d'étendre nos services à toutes les régions de l'est de l'Ontario, en fournissant aux gens qui n'ont pas accès aux services psychiatriques des soins semblables à ceux qui sont offerts dans les cliniques. Nous leur fournissons un accès non seulement à des psychiatres, mais aussi à des infirmières, à des psychologues, à des travailleurs sociaux et à des spécialistes en toxicomanie. À mon avis, les gens sur le terrain sont prêts à adopter certaines des technologies pour aider les patients et les familles de manière collaborative et interdisciplinaire. Plusieurs des soins personnalisés que nous offrons peuvent aussi être donnés en groupe au moyen de la télémédecine, notamment des soins de suivi. Il s'agit d'une approche fascinante pour laquelle les patients sont très reconnaissants parce que cela leur permet d'avoir accès à ces soins.

Ce que nous prévoyons et mettons à l'essai en ce moment, c'est de soigner les patients à leur domicile. Nous savons que cela se fait déjà pour d'autres maladies chroniques, mais il est certain que cela se fera aussi un jour pour des troubles de santé mentale. Selon moi, ce sera extrêmement pratique pour les patients d'être traités à domicile. Nous savons que la cardiologie peut être pratiquée à distance chez les patients en transmettant les données aux centres de soins de la santé et aux cardiologues. Cela se fait aussi dans le domaine de la dermatologie. Les délais d'attente ont donc beaucoup diminué.

Enfin, même le comité de révision en santé mentale mène des travaux au Yukon et au Nunavut, et donne ainsi aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale accès aux soins et aux garanties judiciaires dont elles ont besoin. Tout se fait à partir d'Ottawa, ce qui évite d'envoyer des personnes dans le Grand Nord par avion.

À mon avis, beaucoup de possibilités s'offrent à nous, et je me réjouis à l'idée d'en discuter avec vous.

Merci.

• (1710)

Le président: Merci beaucoup, et merci pour le travail que vous faites auprès des anciens combattants et des membres des Forces canadiennes et de la GRC, et aussi auprès d'autres Canadiens.

Madame Moore, c'est à votre tour.

Encore une fois, je rappelle aux membres du comité que nous sommes pressés par le temps. Nous essayerons donc de limiter les interventions à sept minutes, si possible.

[Français]

Mme Christine Moore: Merci, monsieur le président.

Mes questions s'adressent au président de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada.

Dans l'heure précédente, j'ai discuté avec un médecin. Je lui ai dit que, lorsque j'ai fait mes études, on parlait de l'évaluation clinique des patients en disant que l'évaluation était constituée à 70 % du questionnaire, à 20 % de l'examen visuel et physique, alors que les 10 % restants portaient sur les examens complémentaires comme les prises de sang et les examens de radiologie. Le Dr Cline m'a répondu en disant qu'il constatait chez plusieurs jeunes médecins une inaptitude ou un manque de compétence à procéder à un examen physique. Ce commentaire a également été fait par des médecins d'expérience, qui disent avoir souvent constaté cette lacune chez les jeunes médecins.

D'un autre côté, il est difficile de pourvoir les postes en région éloignée. On demande aux jeunes médecins et aux jeunes infirmières d'aller travailler dans une région éloignée, où justement les compétences en examen clinique et physique et relativement au questionnaire doivent être très bonnes parce qu'il y a beaucoup moins de possibilités de faire des examens complémentaires.

Selon vous, la formation des étudiants en médecine insiste-t-elle suffisamment sur les bases, c'est-à-dire la capacité de poser des questions, les habiletés relationnelles et l'examen physique, afin d'être adaptée au travail en région éloignée — par exemple dans les communautés autochtones ou sous compétence fédérale —, où doivent souvent se rendre les jeunes médecins après leurs études?

M. Bryce Durafourt: Je vous remercie de votre question.

[Traduction]

Les examens physiques sont encore un élément fondamental de notre formation. Je dirais presque certainement que oui. Bien sûr, nos programmes d'études suivent l'évolution de notre société.

Par exemple, le programme de McGill vient récemment d'être changé. Le nouveau programme comprend des ultrasons, ce qui ne faisait pas partie de mon programme. Beaucoup de gens disent que ces percées technologiques remplaceront des instruments comme le stéthoscope, et que nous dépendrons davantage de l'utilisation des ultrasons.

Selon moi, la formation comprendra toujours les éléments fondamentaux de l'examen physique, et nous continuerons d'enseigner les méthodes traditionnelles, mais il est certain que nous devons suivre les progrès technologiques.

À mon avis, nous pourrions mieux promouvoir des programmes comme Choosing Wisely Canada, qui visent à réduire le nombre d'examens inutiles prescrits par les médecins. Cette réduction permet d'économiser de l'argent. Elle permet aussi aux patients d'obtenir de meilleurs résultats parce que nous ne serons plus tenus d'examiner des découvertes fortuites qui sont mises en lumière en raison d'examens non justifiés.

En faisant la promotion de ces initiatives, nous continuerons de mettre l'accent sur l'examen physique et la consignation des antécédents médicaux, qui sont et qui demeureront au cœur de notre formation.

[Français]

Mme Christine Moore: Si je comprends bien, même si on intègre de nouveaux éléments technologiques à la formation des médecins ou des infirmières, il est essentiel que cela ne se fasse

jamais au détriment des bases, comme l'examen physique et le questionnaire de santé.

M. Bryce Durafourt: C'est exact.

Mme Christine Moore: Merci beaucoup.

Les jeunes étudiants en médecine sont-ils sensibilisés à l'importance de prescrire moins des choses qui ne sont pas nécessairement utiles et qui ralentissent un peu le fonctionnement du système de santé?

• (1715)

M. Bryce Durafourt: Ils ne le sont pas assez et je crois qu'on devrait faire plus pour les sensibiliser.

Mme Christine Moore: D'accord.

Quelquefois, on a l'impression que les gens font davantage les examens pour se protéger de ne pas être accusé de ne pas avoir fait l'examen. Quelquefois, ils font l'examen juste pour se rassurer, alors qu'ils sont déjà sûrs à 99 % du diagnostic. On fait quand même l'examen, au cas où.

M. Bryce Durafourt: C'est sûr. Continuer à faire des tests pour être protégé fait partie de l'aspect légal.

Mme Christine Moore: D'accord.

Il s'agit donc d'un obstacle aux bonnes pratiques en matière de santé.

M. Bryce Durafourt: Oui.

Mme Christine Moore: D'accord.

Messieurs Bhatla et Tholl, avez-vous quelque chose à ajouter à ce sujet?

[Traduction]

Dr Raj Bhatla: En tant que psychiatre, de toute évidence, il est très important pour nous de parler avec les gens. Il y a une limite à ce que les examens peuvent mettre en lumière. Nous ne savons même pas quoi examiner si les gens ne sont pas assez à l'aise pour nous confier ce qui les trouble et s'ils ne sont pas convaincus que vous les traiterez de la bonne manière.

L'autre chose, c'est que les soins de santé deviennent de plus en plus un travail d'équipe, ce qui veut dire que, même si vous parlez à des médecins, tout va dépendre de la manière dont les médecins interagissent avec des infirmières et des psychologues, entre autres, dans l'objectif de faire ressortir le meilleur des membres des autres professions et de travailler en équipe dans l'intérêt des patients. À mon avis, les médecins donneront moins de soins personnalisés, mais le fait de comprendre les patients et de parler avec eux demeurera à l'avant-plan des soins de santé, du moins je l'espère.

[Français]

Mme Christine Moore: En tant que psychiatre, constatez-vous souvent que des gens n'ont pas reçu le traitement le plus optimal, tout simplement parce qu'on a procédé rapidement à l'examen? Vous arrive-t-il parfois qu'une personne vous dise avoir consulté un médecin pendant deux minutes et que ce dernier lui a prescrit quelque chose qui ne fonctionnait pas?

[Traduction]

Dr Raj Bhatla: Cela arrive assez souvent, et je ne blâmerais personne d'avoir fait cela: c'est le système qui est à blâmer. En psychiatrie, nous avons de la chance — ou nous n'en avons pas, selon le cas — parce que, malgré le fait que nous faisons partie d'un régime où les autres sont payés à l'acte, nous sommes rémunérés en fonction du temps que nous passons avec le patient; mais nous ne passons pas trop de temps avec eux parce qu'il y a beaucoup de patients. Par moment, en médecine familiale — et pas dans tous les modèles, mais il y a la rémunération à l'acte —, il faut voir beaucoup de patients. Je me sens donc mal pour les médecins de première ligne qui ne peuvent pas toujours passer le temps qu'ils voudraient avec les patients. C'est là où il peut être bénéfique aux deux côtés d'adopter des modèles de soins partagés.

Le président: C'est parfait. Nous en sommes exactement à sept minutes — et peut-être cinq secondes de plus.

Madame McLeod, vous avez la parole.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Caribou, PCC): Moi aussi, je tiens à remercier tous les témoins d'être ici, au moment où nous terminons cette étude très intéressante.

Je vais commencer par m'adresser à Mme Sabrina Wong, de l'UBC Centre for Health Services and Policy Research.

J'aimerais revenir à deux de vos recommandations ou observations. Vous avez parlé des recherches menées sur les modèles de paiement et comment cela facilite ou nuit au travail collaboratif en matière de soins de santé.

Peut-être qu'un des exemples les plus créatifs de modèle de paiement que j'aie vu en Colombie-Britannique est le paiement ajusté des membres du groupe clinique, qui est fondé sur le modèle de l'Université Johns Hopkins, où l'on a tenté de payer une équipe en fonction des chiffres et de l'acuité des patients. Il semble que cela a été un échec, mais j'ai toujours pensé qu'il s'agissait d'une très bonne façon de compenser les effets d'un modèle de soins.

Pourriez-vous nous parler un peu plus des recherches qui ont été menées et de celles qui n'ont pas été effectuées? Je suis très curieuse.

Mme Sabrina Wong: C'est une excellente question. Je vous invite à lire le rapport Naylor, qui sera bientôt publié, et dont M. Thrall a aussi parlé. Je pense que le groupe consultatif n'a pas encore terminé ses travaux.

Des recherches sont menées, surtout aux États-Unis, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Je crois que les chercheurs ont envisagé des paiements regroupés. Les paiements regroupés et les paiements mixtes couvrent des épisodes de soins. On regroupe les divers paiements associés à un épisode de soins. Je crois que cela fonctionne très bien dans certains cas bien précis, comme le remplacement d'une hanche, quand on sait d'avance quels seront certains des coûts. Le paiement sert alors à payer le salaire de tous les fournisseurs de soins ayant pris part à l'épisode de soins en question.

Ce modèle de paiement encourage la collaboration des divers secteurs de soins de santé, comme les services de soins intensifs et les services communautaires, et les ententes qui sont conclues peuvent ensuite être... Tous les secteurs de soins de santé partagent alors les risques. De plus, si les soins donnent de bons résultats chez le patient, cela pourrait donner lieu à des primes. Par contre, les paiements regroupés ne fonctionnent peut-être pas bien quand les épisodes de soins ont lieu dans un établissement de soins primaires. Toutefois, ils pourraient fonctionner quand on songe à payer une

année de soins primaires, et que la période de soins est prolongée de 60 ou de 90 jours.

• (1720)

Mme Cathy McLeod: Encore une fois, c'est un modèle que je trouvais très prometteur, mais qui a échoué. Peut-être que les gens n'étaient pas prêts pour le modèle à ce moment-là, mais qu'ils le seront à l'avenir.

Ma deuxième question porte sur une de vos autres recommandations concernant les dossiers médicaux électroniques. C'est intéressant, parce que le gouvernement fédéral a investi beaucoup d'argent au fil des ans pour déterminer quoi faire et dans quelle direction aller. Nous avons vu des médecins quitter le régime et d'autres rester, et il existe aussi des programmes provinciaux. Je suppose que je me demande si nous nous intégrons réellement de manière à pouvoir répondre aux besoins.

Je vais vous donner un exemple. Aujourd'hui, il est question des différents taux de vaccination dans les provinces. Les infirmières de la santé publique injectent des vaccins dans un endroit, tandis que les médecins de famille... La moitié du temps, même le médecin de famille ne sait pas quels vaccins ont été administrés, parce que les divers éléments de notre système ne communiquent pas bien entre eux. Réalisons-nous des progrès à cet égard? Qu'en pensez-vous? Il s'agit justement d'une de vos recommandations.

Mme Sabrina Wong: Il faut viser l'interopérabilité des secteurs de soins de santé et le partage de leurs données de laboratoire, notamment celles des soins intensifs et des soins primaires. À mon avis, nous commençons à songer à intégrer nos systèmes. L'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver va commencer des travaux dans l'objectif de créer des dossiers médicaux électroniques.

Justement, à ce sujet, il existe le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires, dont nous tirons des données de dossiers médicaux électroniques d'un bout à l'autre du pays. Ces données peuvent vous donner une idée des taux de vaccination, des personnes ayant été vaccinées ou des enfants qui ont un médecin de premier recours... Les gens commencent à vouloir utiliser les dossiers médicaux électroniques non seulement là où les soins sont donnés, mais aussi à des fins de surveillance.

Mme Cathy McLeod: Bien sûr, si c'est le système de santé publique qui s'en occupe, plutôt que le médecin de premier recours, il y a toute une connectivité possible.

Je n'aurai pas le temps de poser toutes les questions que je voudrais.

Monsieur Durafourt, vous avez parlé d'exonération du remboursement de prêt. J'ai trouvé vos observations sur les aspects pratiques de cette mesure très intéressantes. J'ai parlé à d'autres médecins, à des médecins résidents. Il y a l'aspect pratique que vous décrivez, mais je leur ai demandé s'ils croyaient que l'exonération du remboursement de prêt aidait à influencer le comportement. Cela fait partie des buts des changements que nous avons apportés pour les collectivités rurales et éloignées qui manquent cruellement de médecins. Cette petite carotte pour les étudiants criblés de dettes, qui m'a toujours semblé une assez bonne idée, avez-vous l'impression qu'elle fait une différence dans les choix des étudiants ou est-ce que ceux qui s'en vont en région rurale (il y en a 1 150) y seraient allés de toute façon?

M. Bryce Durafourt: C'est une excellente question.

Nous n'avons pas de données pour déterminer si ce programme encourage les médecins de famille ou les infirmières à déménager dans ces régions. Nous croyons cependant que si nous voulons convaincre les médecins de s'établir en région rurale, nous avons besoin de programmes incitatifs plutôt que d'ententes de service obligatoire postdoctoral, de programmes dissuasifs ou d'obstacles pour empêcher les médecins d'exercer en région urbaine. Nous voulons que les gens s'établissent dans des régions où ils voudront rester et exercer leur profession. Cela pourrait aussi signifier d'intensifier les efforts pour recruter les étudiants en médecine qui viennent de régions rurales, parce que nous savons qu'ils sont deux fois plus susceptibles que leurs homologues des villes de retourner exercer en région rurale. En gros, nous n'avons pas de données à ce sujet, mais nous sommes persuadés que cela aide.

• (1725)

Mme Cathy McLeod: Très bien. Merci.

Le président: Madame Fry.

L'hon. Hedy Fry: J'aimerais remercier encore une fois tout le monde d'être venu nous présenter toutes ces informations très intéressantes.

Cathy vient de me voler la plupart de mes questions, donc je ne les répéterai pas, mais j'aimerais demander à Mme Wong de nous parler des concepts intéressants qu'elle a présentés.

Il y a d'abord la façon d'évaluer les normes de compétence au sein d'une équipe multidisciplinaire. Comme les compétences au sein de l'équipe seront très différentes, comment peut-on les évaluer? Y a-t-il des modèles dont nous pourrions nous inspirer?

Vous avez parlé un peu d'étudier les pratiques exemplaires. Qui serait le mieux placé, en fait, pour proposer de meilleures façons de faire, quel ordre de gouvernement? Comment peut-on inciter les gens à les adopter? Quels incitatifs mettriez-vous en place pour convaincre les gens d'adopter des pratiques exemplaires plutôt que de réinventer continuellement la roue?

Mme Sabrina Wong: Ce sont de très bonnes questions.

Sur la question des compétences, il y a actuellement une bourse des Instituts de recherche en santé du Canada qui vise à étudier la chose plus en profondeur. Nous voulons essayer de définir les différentes dimensions des soins et les indicateurs de compétence, particulièrement en soins primaires, parce que nous savons que les infirmières et même les assistants des bureaux de médecins peuvent contribuer à faciliter l'accès rapide à des soins. La responsabilité ne devrait pas incomber seulement aux médecins. Nous avons vraiment besoin de mettre toute l'équipe à contribution.

Nous essayons de favoriser la surveillance et la mesure du rendement, pour mettre en place un système d'information qui nous renseignerait sur les indicateurs de rendement et nous permettrait d'établir des correspondances avec les compétences. Il faudrait pour cela collaborer avec les différents organismes de réglementation.

Pour répondre à votre autre question, je pense que William Tholl a mentionné que le Dr Yvy Bourgault dirige le Réseau canadien sur les ressources humaines en santé. Ce réseau est en train de recueillir de l'information sur les meilleures pratiques en vigueur au pays. La prochaine étape consisterait ensuite à essayer d'évaluer lesquelles peuvent être reproduites à grande échelle.

Il faut arrêter de croire que chaque province est si différente des autres et que chaque contexte est si différent, il faut essayer de comprendre comment nous pouvons apprendre les uns des autres. Je pense que ce projet, cette stratégie de recherche axée sur le patient et les réseaux sur les innovations en matière de soins de santé primaires

et intégrés devraient mettre l'accent sur cet objectif, pour que nous puissions essayer de favoriser l'apprentissage continu et d'apprendre les uns des autres, puis de reproduire à plus grande échelle les innovations qui fonctionnent et de nous débarrasser rapidement des méthodes inefficaces, de les écarter plus tôt que tard, plutôt que de laisser les années s'écouler.

L'hon. Hedy Fry: Absolument. Mais la question est: qui va mener le bal? Qui va décider de la façon d'élaguer et quelles seront les mesures incitatives ou dissuasives? Quels sont les incitatifs à adopter des pratiques exemplaires, à mesurer les résultats et à suivre les indicateurs de rendement plutôt que de conserver les vieilles façons de faire simplement parce que c'est plus facile, même si l'on n'obtient pas les résultats escomptés?

Quels sont les incitatifs et les mesures dissuasives qu'on mettrait en place? Quelles que soient les conclusions des groupes de recherche, ils n'ont pas le pouvoir de prendre des mesures incitatives ou dissuasives.

Comment est-ce possible dans la pratique?

Mme Sabrina Wong: Je pense qu'il faut publier l'information et solliciter la participation du public. Le public n'est pas nécessairement au courant de ce genre de choses. Il faut rendre des comptes au public de la façon dont son argent est investi dans le système de santé. Si nous pouvions réellement l'informer de la situation, je pense que cela créerait un fort incitatif à l'action.

C'est ce qu'a fait l'Australie, qui a produit un rapport national sur l'immunisation. La National Health Performance Authority a montré que dans l'un des États où la grande majorité de la population faisait partie de la classe moyenne, le taux d'immunisation était le plus bas au pays. Le gouvernement d'État a donc adopté une loi pour protéger le public, selon laquelle les enfants doivent être immunisés avant d'intégrer le système scolaire.

C'était une démarche très réfléchie. Il y a évidemment des conséquences à cela aussi, mais je pense qu'il serait utile d'éduquer le public.

• (1730)

L'hon. Hedy Fry: Très bien, je vous remercie.

Docteur Bhatla, j'aimerais vous poser une question sur la dimension virtuelle de la pratique, c'est-à-dire que le médecin irait vers le patient plutôt que le patient vienne vers lui, ce qui pourrait nous faire économiser énormément d'argent, particulièrement dans les régions éloignées et rurales.

Comment cette idée peut-elle faire son chemin? Y a-t-il assez d'argent pour que cette initiative prenne une envergure nationale ou qu'on en fasse au moins une initiative provinciale nord-sud? Croyez-vous que ce serait possible? Combien de temps nous faudrait-il pour rendre un système de ce genre fonctionnel et pour l'optimiser, afin d'aider notamment les provinces dont la démographie est telle qu'il y a une distance extrême entre les cohortes de gens vivant dans leurs petits villages?

Comment peut-on faire de cette idée une réalité? Combien de temps nous faudra-t-il pour la réaliser? Y a-t-il suffisamment de travail qui se fait en ce sens?

Dr Raj Bhatla: Je serais tenté de dire que c'est un problème d'argent, mais je ne crois pas que ce soit le noeud du problème. On veut ici créer des systèmes interreliés. On parle d'interopérabilité.

Je vais vous donner un exemple en dermatologie, qui ferait intervenir plusieurs professions et pourrait nous faire économiser énormément d'argent et réduire beaucoup les listes d'attente. C'est une solution toute simple qui consiste à utiliser la technologie pour prendre des photos d'une lésion dermatologique. On les envoie par voie électronique, de façon sécurisée, vers un centre où des dermatologues peuvent les regarder et décider lesquelles méritent un examen plus approfondi. Certaines personnes auront besoin de voir un dermatologue, mais il y aura un grand pourcentage de cas qui pourront être analysés et dont le traitement pourra être confié immédiatement à un médecin de famille.

Il nous faudrait pour cela la technologie nécessaire pour communiquer entre provinces, ou même entre institutions, selon la province où l'on vit. Quelqu'un quelque part devrait prendre la photo, normalement un fournisseur de soins de santé, mais pas nécessairement un médecin, et il faudrait un outil pour enregistrer les données et les transmettre en toute sécurité.

Cela ne coûterait pas très cher, mais il faudrait mettre en place les systèmes nécessaires.

L'hon. Hedy Fry: L'Inforoute Santé du Canada pourrait-elle s'occuper de la coordination?

Dr Raj Bhatla: Je pense qu'elle serait bien plus utile de cette façon. Je ne suis pas un spécialiste de l'Inforoute Santé du Canada, mais je pense qu'elle pourrait contribuer à la mise en place de ce système, qui comporte un énorme potentiel.

L'hon. Hedy Fry: Je vous regarde.

Le président: Avez-vous une autre question à poser?

L'hon. Hedy Fry: Ce n'est pas tant une question, mais j'aimerais demander à M. Tholl de nous parler davantage de la portée optimale de la pratique selon lui et du fait que le système actuel semble davantage nuire au projet que de le favoriser.

Qu'en pensez-vous?

M. William Tholl: Oui, j'ai quelques points à souligner pendant le temps qu'il reste.

Pour revenir à ce que nous avons déjà dit sur la SRAP, je suis tout à fait d'accord avec Sabrina quand elle dit que nous avons tous fort à apprendre des autres provinces, mais qu'il n'y a pas de centre d'échange d'information pour le moment.

Je siége aux comités d'examen de la SRAP, et il y a 10 plans stratégiques séparés en la matière, mais aucun partage d'information n'est prévu. Je crois que nous aurions besoin d'une super-SRAP, qui irait au-delà des SRAP individuelles, pour guider les directeurs exécutifs d'unité. Ce serait un exemple.

J'ai déjà aussi mentionné l'exemple d'un rapport que je trouve excellent, « *De l'innovation à l'action* », qui a été préparé par les premiers ministres Ghiz et Wall. Le projet s'est arrêté en juillet 2012, faute de soutien administratif.

Ce serait deux exemples dont nous pourrions tirer des leçons sur la portée optimale de la pratique. L'exemple de Taber, en Alberta, est également présenté dans ce rapport. Il n'y a aucune raison pourquoi nous ne pourrions pas généraliser les principales leçons à tirer de l'expérience de Taber, en Alberta, du réseau de soins primaires, par exemple.

Il n'y a pas de centre d'échange d'information pour l'instant. Ivy a un bon outil pour suivre ce genre de données, mais le financement du projet prendra fin en mars.

Le président: C'était une excellente discussion.

Ce sera tout pour aujourd'hui. Nous nous reverrons dans une semaine.

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>