



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 017 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 13 mai 2010

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 13 mai 2010

• (0900)

[Traduction]

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

Je vous souhaite la bienvenue au Comité de la santé. Ce matin, nous procéderons à une autre étude sur les ressources humaines en santé, les RHS.

À noter qu'il n'y a aucune déclaration préliminaire; nous passons directement aux questions et réponses.

Ainsi, nous poursuivons notre étude sur les ressources humaines en santé. Il est très important que nous puissions entendre le témoignage du plus grand nombre de personnes possible. D'ailleurs, certains d'entre vous se sont déjà présentés devant le comité. Nous voulons nous assurer de faire le tour de tous les aspects des ressources humaines en santé.

Parmi nous aujourd'hui, mesdames et messieurs, conformément à l'article 108(2) du Règlement, étude sur les ressources humaines en santé, nous accueillons le Dr Joshua Tepper, coprésident provincial du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. Bienvenue M. Tepper.

Du ministère de la Santé, nous accueillons Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits. Elle est accompagnée aujourd'hui de Debra Gillis, directrice à la Direction des soins de santé primaire et de la santé publique, Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits, et de Abby Hoffman, sous-ministre adjointe à la Direction générale de la politique stratégique.

Bienvenue mesdames. Nous sommes heureux de compter parmi nous des représentantes du ministère de la Santé.

Je souhaite également la bienvenue à Jeff Latimer, directeur de la Division de la statistique sur la santé, à Statistique Canada. Nous sommes très heureux de vous compter parmi nous. De ce même ministère, nous avons aussi Sylvain Tremblay, analyste principal et chef de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Division des statistiques de la santé, et Gary Catlin, directeur général à la Direction de la santé, de la justice et des enquêtes spéciales.

Nous sommes honorés de vous accueillir comme témoins.

Mesdames et messieurs, je dois préciser d'emblée qu'à 10 h 30 nous devrons passer au volet des travaux de la Chambre, alors nous avons jusqu'à 10 h 30 pour les questions et réponses.

Cela étant dit, allons-y tout de suite avec les questions et réponses. Nous commençons par Mme Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci à vous tous d'être ici.

En un certain sens, nous, les membres du comité, sommes un peu dans le brouillard parce que nous ne connaissons pas vraiment la

stratégie envisagée; c'est pourquoi nous sommes heureux d'accueillir la coprésidente fédérale et le coprésident provincial pour nous éclairer.

À mon avis, nos problèmes viennent du fait que toute stratégie devrait faire état de l'objectif poursuivi, d'un échéancier et de la démarche menant à cet objectif. Nous n'avons entendu que des bribes d'information. Je me demande si vous seriez disposés à nous donner un aperçu général de la stratégie, notamment les cibles à atteindre, la démarche à suivre à cette fin et les moyens à utiliser, à savoir avons-nous suffisamment de professionnels de la santé pour faire le travail, payés et non payés, compte tenu de la population vieillissante. Dites-nous-en un peu plus.

Nous apprécierions grandement que vous nous fournissiez tous les renseignements et documents que vous avez depuis 2004, lorsque les ressources humaines en santé constituaient un élément très important de l'entente. Dites-nous quelle était la situation au départ et ce qui a été fait, les objectifs envisagés ainsi que les mesures prises par les provinces et le gouvernement fédéral. Pouvez-vous nous brosser un tableau de la situation?

La raison pour laquelle nous avons invité des représentants de Statistique Canada tient au fait que l'approche de recouvrement des coûts envisagée semble nuire à la capacité de planifier des communautés. Nous sommes heureux de la présence de responsables de la Division de la statistique de la santé et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, mais nous savons que les déterminants sociaux de la santé, à savoir la pauvreté, la violence, l'environnement, le logement, l'équité, l'éducation, ont également une énorme importance au regard de la capacité de planification des communautés. Comment celles-ci peuvent-elles obtenir les données dont elles ont besoin pour planifier adéquatement les ressources humaines en santé dont elles auront besoin dans le futur, non seulement sur le plan démographique, mais également au regard des déterminants et de la définition la plus large possible de la santé?

Plus précisément, Josh, j'estime que ce que nous avons entendu mardi, à savoir qu'il y a dans un grand nombre de pays des statisticiens et des épidémiologistes au service des communautés, des cliniques ou autres, revêt une importance considérable. Comme on dit, chose mesurée est chose remarquée, et chose remarquée finit par se réaliser. Au lendemain de l'anniversaire de Florence Nightingale, nous pourrions examiner la façon d'intégrer ces épidémiologistes et ces statisticiens sur le terrain afin que ce travail important ne soit pas qu'une tâche parmi d'autres confiées à n'importe qui.

• (0905)

La présidente: Qui veut commencer?

Allez-y, Docteur Tepper.

M. Joshua Tepper (co-président provincial, Le Comité consultatif sur la prestation des soins de la santé et les ressources humaines): Merci beaucoup de m'accueillir ici aujourd'hui et de me donner la possibilité de tenter, pour une première fois, de répondre à certaines de vos questions.

C'est un sujet que connaissent très bien les gouvernements provinciaux et territoriaux du pays, tout comme le gouvernement fédéral, qui est probablement le sixième plus important employeur de ressources humaines en santé du pays et un intervenant direct très important dans le domaine.

Je peux dire que beaucoup de choses ont changé au cours des six ou sept dernières années. La situation que nous vivions au milieu et à la fin des années 1990 n'est plus du tout la même. C'est une situation très différente tant en ce qui a trait aux données qu'aux mesures prises dans tous les systèmes de santé.

Les données ne nous racontent que la moitié de l'histoire; la façon de les utiliser, voilà l'autre partie de l'histoire, et les mesures qui ont été mises de l'avant ont permis d'accroître le nombre de ressources disponibles de façon radicale. Toutes les compétences provinciales ou territoriales dotées d'une certaine capacité en matière d'éducation ont su rehausser considérablement cette capacité à assurer un grand nombre de fournisseurs de soins de santé, des techniciens aux infirmiers et infirmières en passant par les médecins.

Le changement a été notable non seulement au niveau du nombre, mais également en ce qui a trait aux types de fournisseurs et à leur domaine de travail. Dans bon nombre de compétences provinciales et territoriales nous avons assisté à l'arrivée d'auxiliaires médicaux, d'infirmières et d'infirmiers praticiens, d'auxiliaires en anesthésie, de radiothérapeutes spécialistes cliniques. La gamme de fournisseurs de soins de santé du système ainsi que leurs rôles sont fondamentalement différents de ce qu'ils étaient il y a tout juste cinq ou six ans, et il en va de même pour ce qui est du nombre global de ressources disponibles.

La façon dont ces personnes très nombreuses, possédant un éventail élargi de pratique et assumant de plus grands rôles, évoluent dans le système de soins est également fondamentalement différente. Une approche fondée davantage sur l'équipe, axée davantage sur le client et visant davantage la qualité des services leur donne, de toute évidence, l'occasion de travailler pleinement selon leur champ de pratique et permet d'accroître la qualité des soins et d'utiliser de façon optimale les ressources disponibles accrues comme en témoignent les chiffres avancés.

Il est à noter que des modèles de rémunération et la TI ont été appliqués à des degrés divers par les différentes compétences provinciales et territoriales.

Alors, nous avons un plus grand nombre de personnes, dans plus de professions, qui travaillent de façon très différente.

Nous disposons également de beaucoup plus de données que nous n'en avions auparavant. Ces données ont été obtenues grâce à un éventail de mécanismes différents tant à l'échelle locale, régionale, provinciale que nationale. Pour moi, le plus important à retenir, c'est notre façon de les interpréter et de les utiliser qui est très différente.

Je me suis improvisé, sans grand succès et pendant une très courte période, comme modélisateur de données. Bien que n'ayant pas les compétences des gens au bout de cette table, nous utilisions des modèles remarquablement simples. Donc, si nous avons six chirurgiens généralistes âgés de 50 ans, dans 20 ans, selon une formule Excel, ils auront 70 ans. Maintenant, si trois d'entre eux travaillent en zone rurale, trois en zone urbaine et un qui peut

travailler dans une zone ou l'autre, cela signifie que nous avons besoin de six autres chirurgiens généralistes. C'est très élevé.

L'une des contributions les plus importantes faites par le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et des ressources humaines, le CCPSSRH, a été la création d'un cadre fondé sur les besoins qui a orienté la réflexion au sujet des RHS, ce qui a incité la plupart des compétences au Canada à concevoir une nouvelle façon de réfléchir et de modéliser des données. Jusqu'ici, je dirais que chacune d'elles a investi des millions de dollars — je sais que seulement en Ontario, on parle de plusieurs millions — pour élaborer non seulement des données, mais aussi des façons différentes de les utiliser afin d'obtenir les prévisions les plus justes des besoins de la population. Ainsi, plutôt que de dire: « Eh bien, nous avons 10 chirurgiens plasticiens au centre-ville de Toronto ou de Calgary, et cinq d'entre eux prévoient prendre leur retraite; il faut donc en embaucher cinq autres », nous étudions plutôt les besoins de la population et le nombre ainsi que la gamme de fournisseurs de soins de santé qui seront disponibles. À mon avis, le cadre du CCPSSRH a été un facteur déterminant de cette réflexion.

Encore une fois, j'affirme que chaque compétence a grandement évolué par rapport à la fin des années 1990, tant au niveau des ressources que du perfectionnement des modèles. La même chose a d'ailleurs été faite au niveau national. Je sais que nous avons un solide programme de modélisation des données visant les infirmières et infirmiers praticiens. L'Association médicale canadienne, l'AMC, et d'autres intervenants ont également fait un travail très rigoureux de modélisation dans le cas des médecins. Bref, on a établi des modèles fiables concernant d'autres spécialistes en réadaptation, alors le cadre de modélisation est beaucoup plus solide qu'avant.

Je vous ai parlé du cadre que je considère essentiel parce qu'il permet d'établir un modèle commun très important. J'ajouterai que le CCPSSRH a été en mesure de faire deux autres choses. L'une d'elles a été de mettre sur pied un forum qui réunit les chercheurs, les éducateurs et, depuis déjà près d'un an et demi, essentiellement chaque intervenant important au niveau national par l'entremise de HEAL qui est...

● (0910)

La présidente: Docteur Tepper, je vous ai déjà accordé deux minutes supplémentaires.

M. Joshua Tepper: Je vous demande pardon. Il faut juste que quelqu'un me fasse signe de m'asseoir et je me tairai.

La présidente: Je suis toujours indulgente avec les participants concernant leur temps de présentation. Vous pourriez peut-être surveiller la lumière rouge...

M. Joshua Tepper: D'accord. Je vous demande pardon de ne pas avoir compris. Ce n'est pas nécessaire d'être indulgente.

La présidente: ... et conclure quand elle s'actionne.

Merci.

[Français]

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

Je tiens à remercier nos témoins d'être présents aujourd'hui.

Depuis le début de l'étude sur les ressources humaines, une chose intéresse particulièrement le Bloc québécois. Il s'agit du fait que la santé soit de compétence exclusivement provinciale. Je comprends que le Comité permanent de la santé soit intéressé à l'étudier, mais vous comprendrez la complexité que cela entraîne. Cela m'amène à poser une question à M. Tepper et à Mme Garrison. Comment avez-vous fait votre consultation et comment voyez-vous le rôle des provinces dans le cadre de cette consultation?

[Traduction]

M. Joshua Tepper: Dans toutes nos activités — je surveille attentivement la lumière rouge — et dans tout le travail que nous accomplissons, nous suivons un très rigoureux processus de consultation. On utilise souvent Internet, après quoi on offre la possibilité aux intervenants clés de se présenter devant le comité pour lui parler directement. Naturellement, le cadre lui-même a fait l'objet de nombreuses séances de consultation menées par l'intermédiaire d'Internet, d'échanges de documents et au cours de colloques mis sur pied de concert avec de gros groupes multipartites d'intervenants. Nous avons toujours privilégié la consultation en cette matière et cela n'a fait qu'augmenter avec le temps.

Pour en revenir à votre question sur le rôle et l'autonomie des provinces, c'est un aspect auquel nous sommes très sensibles. Le Québec siège à notre table sans forcément contribuer financièrement; il joue néanmoins un rôle très actif et, à vrai dire, nous en avons appris beaucoup à travers son rôle d'observateur. À de nombreux égards, le Québec est un leader en matière de ressources humaines en santé. Quand nous choisissons les activités du comité, nous veillons à respecter scrupuleusement les rôles et les responsabilités particuliers de chaque province ou territoire. Nous choisissons minutieusement ce qui fera partie des activités pancanadiennes et chaque province ou territoire a la possibilité de choisir son niveau de participation ou sa façon de participer. Le Québec s'en tient souvent à un rôle d'observateur, mais ses commentaires sont toujours les bienvenus et toujours bien étayés, et s'il le souhaite, ses précieuses interventions sont toujours incorporées au document final.

Je m'excuse si je n'ai pas répondu à la question.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Oui, c'est très bien. Je vais vous avouer, je comprends très bien.

Bien sûr, comme vous le dites, il y a une volonté d'échanger sur les bons coups que fait le Québec, afin de donner un coup de pouce au reste du Canada sur le plan des ressources humaines. On sait que le Québec, à cause des compressions fédérales au cours des années 1990, a dû faire des choix difficiles, mais a été capable tout de même de s'en sortir avec un système de santé publique très fort. On a entendu à quelques reprises que certains partis avaient peut-être la volonté d'établir une stratégie nationale ou d'étendre un peu plus les pouvoirs fédéraux sur le plan des ressources humaines. N'avez-vous pas peur que cela cause un conflit direct puisque c'est un champ de compétence exclusivement provinciale? Le Québec, pour le moment, a beaucoup plus un rôle d'observateur, de conseiller autour de la table, si je comprends bien. N'avez-vous pas peur que cela cause des frictions avec le gouvernement du Québec?

• (0915)

[Traduction]

M. Joshua Tepper: Pas plus avec le Québec qu'avec tout autre gouvernement, dirais-je. Quand nous avons ce genre de conversation, et du fait que la santé et l'éducation à la santé sont de

compétence provinciale, il y a une large divergence de la part des provinces et des territoires sur pratiquement tous les sujets.

Les occasions d'amener tout le monde à partager un même avis sont extrêmement rares parce que les systèmes, les besoins et les structures en santé des provinces et des territoires sont de plus en plus différents; cela dit, les conflits sont étonnamment rares. En fait, on assiste plutôt à un partage des pratiques optimales. J'irais jusqu'à dire que l'apport le plus précieux vient des gens réunis autour de la table.

L'aspect le plus important de la réunion, à mon humble avis, est que nous consacrons probablement le tiers du temps à recueillir les points de vue des gens autour de la table et que nous invitons chaque partie intéressée, et notamment les représentants et les associations de professionnels de la santé, à s'exprimer au sujet des enjeux les plus pressants. Nous ventilons les points de vue et en notons l'essentiel dans un gabarit qui permet de faire rapport de façon semblable de choses semblables.

L'application des connaissances et les exemples de pratiques optimales sont au cœur même de notre travail, ce qui nous laisse quand même la capacité de respecter les provinces ou territoires et ce qu'ils font. Je sais par exemple que la Colombie-Britannique a décidé d'agir envers les Canadiens qui étudient à l'étranger de façon très différente de ce qui se fait dans le reste du Canada et ce choix lui fait maintenant vivre des expériences assez intéressantes. Chaque province ou territoire agit de façon un peu différente des autres, cela a sa place et nous le respectons.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Les problèmes en santé sont extrêmement différents d'un océan à l'autre, comme se plaisent à le dire certains.

Ma question s'adresse au représentant de Statistique Canada. Avez-vous des données sur le nombre de médecins et d'infirmières depuis le début des années 2000? Y a-t-il eu une baisse du nombre de médecins et d'infirmières? Pourriez-vous ventiler ces données par province afin de savoir quelles provinces ont eu une plus grande augmentation du nombre de médecins ou d'infirmières, ou une plus grande décroissance de ce nombre?

[Traduction]

La présidente: Voulez-vous répondre, monsieur Latimer?

M. Jeff Latimer (directeur, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada): Nous sommes justement en train de nous demander qui serait le plus apte à répondre à la question. Merci beaucoup.

La présidente: Discutez-en entre vous et dites-nous qui répondra.

M. Nicolas Dufour: C'était une bonne question.

[Français]

M. Sylvain Tremblay (analyste principal, chef de la section, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada): Présentement, les enquêtes de Statistique Canada ne portent pas là-dessus. L'institut canadien de l'information sur la santé couvre tout le volet des ressources humaines. Il s'agit donc plus d'un partage de responsabilités. Le suivi des ressources humaines dans le secteur de la santé est assuré par l'ICIS.

M. Nicolas Dufour: Merci beaucoup.

Je n'ai plus de questions, madame la présidente.

[Traduction]

M. Joshua Tepper: Madame la présidente, je serais probablement en mesure de vous faire parvenir ces données d'ici la fin de la journée. Si vous me laissez un courriel, je vous ferai parvenir la courbe des tendances sur plusieurs années par province ou territoire pour les médecins de tout le pays. Je ramasserai votre courriel en sortant. Je devrais pouvoir vous fournir les données d'ici la fin de la journée, à 5 heures.

[Français]

M. Nicolas Dufour: C'est bien.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Tepper. Nous vous en sommes reconnaissants.

Donc, c'est la fin de vos questions, monsieur Dufour?

À vous la parole, madame Leslie.

Mme Megan Leslie (Halifax, NPD): Merci, madame la présidente.

Bienvenue. Ma question s'adresse au comité consultatif, mais peut-être aussi à Santé Canada.

On peut voir dans les transcriptions que certains témoins ont affirmé que le comité consultatif provincial-territorial n'a pas été aussi inclusif qu'il aurait pu l'être, en particulier pour ce qui est des professions reliées aux soins de santé et de la possibilité de faire appel à leurs connaissances pour dégager une vision plus nette et plus complète du dialogue et de la collaboration interprofessionnels.

Beaucoup d'autres témoins ont également affirmé qu'il existe un réel besoin d'un nouveau mécanisme, d'un nouvel organisme, peut-être, qui rapprocherait les professionnels de la santé, les gouvernements, les travailleurs, les syndicats, etc., et les amènerait à travailler davantage en collaboration. J'aimerais connaître votre point de vue sur cette idée et savoir si vous voyez des obstacles ou des embûches par rapport à cette approche. À première vue, ça semble être une bonne idée.

● (0920)

M. Joshua Tepper: Cette idée est loin d'être nouvelle. Je planchais déjà sur un mécanisme semblable à l'époque où je travaillais pour Santé Canada au sein du Groupe de travail Deux, l'entité qui a été la première à formuler cette idée sous l'égide de Tom Ward, le sous-ministre venu de l'Est. Tom s'en est fait l'ardent défenseur. Elle circule depuis longtemps.

Il y a deux aspects distincts dans votre question, un qui concerne le caractère inclusif et le mode de fonctionnement du comité consultatif, et l'autre, l'idée d'observatoire.

Le comité consultatif a travaillé d'arrache-pied au cours de la dernière année et demie à se restructurer complètement. Nous avons, par exemple, un comité des soins infirmiers et un comité des médecins. Nous nous en sommes débarrassés pour mettre sur pied un comité interprofessionnel. Il y avait toute une gamme de groupes individuels, mais la structure n'était pas représentative de tous les groupes en soins de santé. Nous avons donc modifié la composition de notre effectif pour permettre à HEAL, qui représente essentiellement toutes les grandes organisations auxquelles vous pouvez penser, de jouer pleinement son rôle à la table. Nous tenons des réunions avec ses coprésidents. L'organisme représente environ 34 groupes, mais leur nombre va croissant chaque jour. Je peux vous fournir la liste des membres de HEAL, mais ils forment un groupe très inclusif. L'organisme a un effectif composé de membres à part entière. Il diffuse les comptes rendus de ses réunions. Nous en

recevons des rapports complets. C'est donc quelque chose que nous avons vraiment changé.

Nous ouvrons également chacune de nos réunions aux groupes de l'extérieur — qu'il s'agisse des oncologues qui sont venus une fois ou d'autres groupes — qui estiment devoir être entendus, ou qui veulent présenter un exposé ou communiquer une idée. Il leur est très facile de faire inscrire leur intervention à notre ordre du jour, signe supplémentaire de notre volonté d'inclusion. Nos produits sont donc tous élaborés avec l'apport de HEAL, qui siège à notre table, et ils sont ensuite soumis à une consultation plus vaste. Nous faisons souvent appel à HEAL, mais pas seulement à lui, pour les diffuser. Nous nous adressons au Forum médical canadien, par exemple. Tout le monde, au Forum médical canadien, fait également partie de HEAL, mais nous canalisons notre approche de différentes manières. La plupart de nos organisations de soins infirmiers, de nos syndicats, etc., font partie de HEAL, mais nous nous adressons à eux directement aussi. Nous essayons de ne pas toujours passer par HEAL, de tenter différentes approches. Des chercheurs prennent place à la table; l'ICIS, par exemple.

Quant à l'idée d'observatoire, elle circule depuis un certain temps déjà elle aussi. On peut lui reconnaître un certain mérite. Un groupe appelé RCRPP a tenté pendant un court moment de la ressusciter il y a un peu plus de deux ans. Je crois que le plus important défi qui ait été relevé dans le passé est celui des champs de compétence et des différences importantes et toujours croissantes entre les provinces et les territoires, ainsi que la nature de l'interface entre les très nombreux acteurs, dont le Conseil canadien de la santé, par exemple, qui a constitué en quelque sorte la réponse à l'idée d'observatoire lors de sa création, si on remonte dans le temps. Les deux ou trois premiers rapports qu'il a fait paraître étaient largement centrés sur les ressources humaines en santé, à l'époque, parce que c'était un peu ce qui motivait leur action. Il y a l'IRSC et la CHSR. Même s'il y a déjà beaucoup de groupes en présence, cela ne veut pas dire qu'un autre secteur ne pourrait pas apporter une valeur ajoutée.

Je pense que ce qu'ont probablement voulu dire entre autres les intervenants et les organisations — et je suis très sensible à leurs préoccupations et je les respecte — est que, en fin de compte, nous constituons une table qui relève des sous-ministres de la santé fédéral, provinciaux et territoriaux. En fin de compte, nous prenons dans une large mesure nos instructions des gens autour de la table, c'est-à-dire, en bout de ligne, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux. Ce que disent les autres groupes, d'après moi, est qu'ils souhaitent la mise sur pied d'un organisme autonome, la participation du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux étant inexistante ou très limitée. J'ai échangé quelques courriels avec Nick Busing et d'autres personnes. L'objectif est d'avoir une entité extérieure au gouvernement, ce qui comporte des avantages et des inconvénients.

La présidente: Y a-t-il d'autres commentaires à ce sujet pour Mme Leslie?

Une voix: Tout le monde acquiesce de la tête.

La présidente: Ça va. Je vous ai simplement interrompue afin que d'autres personnes puissent prendre la parole.

Allez-y, madame Hoffman.

Mme Abby Hoffman (sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé): Étant donné que votre question s'adressait à la fois au comité consultatif et à Santé Canada, je crois qu'il y a un lien avec le fait d'avoir un point de rassemblement pour chaque intérêt, pratiquement — gouvernemental, non gouvernemental, professionnel, public, etc. —, d'avoir de longues conversations à propos des principales difficultés et des grands enjeux dans ce secteur.

Votre question rejoint un peu celle posée par le Dr Bennett d'entrée de jeu, à savoir s'il existe ce que j'appellerais un plan d'ensemble par lequel on assure le suivi des progrès, on en fait état, etc. La nature du pays est telle qu'il peut y avoir un plan d'ensemble axé sur la collaboration, mais pas nécessairement un plan d'ensemble qui constitue une liste stratégique, détaillée et par étape du premier objet de nos travaux, et tout le monde doit se joindre aux efforts et travailler aux mêmes choses au même moment. Ce n'est ni la réalité habituelle du secteur de la santé ni la réalité précise dans le domaine des ressources humaines en santé.

Je ne veux pas leur faire dire ce qu'ils n'ont pas dit, mais je crois que certains des défenseurs du concept d'observatoire pensent que si on pouvait réunir tout le monde autour d'une même table, on pourrait concevoir ce plan d'ensemble. Je ne suis pas certaine que cela tienne compte des réalités politiques du pays ou du secteur des soins de santé en particulier.

Pourrait-on changer la représentation à la table du comité consultatif? Oui, mais comme le Dr Tepper vient de le souligner, il s'agit d'un comité qui relève principalement du gouvernement, et si les joueurs non gouvernementaux veulent avoir leur propre forum, c'est une proposition quelque peu différente.

La méthode jusqu'ici a été de permettre à des intervenants, des organisations professionnelles, etc. de faire partie du comité consultatif, puis au besoin, de faire partie de divers sous-comités, groupes de travail et groupes d'étude dont les travaux portent sur des enjeux en particulier, qui découlent du cadre pancanadien.

• (0925)

La présidente: Très brièvement, s'il vous plaît.

Mme Megan Leslie: Compte tenu de votre vision, y aurait-il lieu de changer officiellement le mandat du comité fédéral-provincial-territorial, ou vous figurez-vous quelque chose de synergique?

M. Joshua Tepper: C'est assez synergique. Ce que nous avons fait de manière générale, c'est d'ajouter HEAL et de changer notre structure de comités afin qu'elle soit interprofessionnelle et non compartimentée et que nous puissions faire davantage de modélisation et pas seulement de la cueillette de données. Dans le cas de deux ou trois groupes, nous avons obtenu l'approbation des sous-ministres, mais pour la plupart, nous avons l'autonomie pour apporter les changements. Du moins, nous avons la souplesse nécessaire pour recevoir tout groupe qui en fait la demande. Si les groupes des soins infirmiers ou quiconque cherchent une table, nous sommes très ouverts et nous n'allons pas plus haut.

La présidente: Merci, docteur Tepper.

Nous passons maintenant à Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

Je suis heureuse que vous soyez tous des nôtres pour la synthèse. L'étude a été relativement longue. Je crois que beaucoup de choses importantes se sont produites en cours de route et nous ont un peu retardés, mais c'est une étude importante, et nous avons hâte qu'elle soit terminée.

Pour commencer, je vais m'adresser à Mme Woods.

Je ne suis pas certaine si vous avez bien écouté le témoignage des différents témoins qui ont pris la parole, mais aimeriez-vous tirer des conclusions quant à certains des points généraux qui ont été soulevés ou formuler des commentaires à cet égard?

Mme Shelagh Jane Woods (directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Ce que je dirais, c'est que nous sommes une petite partie de l'étude. Nous représentons l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, mais nous sommes aussi membres du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines.

Je complèterais les propos du Dr Tepper en disant que, selon nous, les intérêts autochtones sont très bien représentés au comité. Je sais que c'est un peu hors sujet, mais pour tenter de répondre à la question, il y a plusieurs années, nous avons été en mesure de faire valoir qu'il serait utile d'avoir un représentant Autochtone, et nous en avons eu un. Je crois que cela a beaucoup fonctionné en notre faveur.

Je regrette; pouvez-vous me rappeler exactement votre question?

Mme Cathy McLeod: Je voulais simplement un résumé, mais je crois que nous avons entendu qu'il y a des lacunes en recherche et en collecte de données dans le domaine des ressources humaines en santé autochtone. Allons-nous faire des progrès sur le plan de la collecte de données? Quelles sont les difficultés à ce chapitre?

Mme Shelagh Jane Woods: Je crois que oui.

Je vais demander à Debra Gillis de vous donner plus de détails à ce sujet, mais je dirais pour commencer que c'est l'une des choses sur lesquelles nous nous sommes penchés très tôt. En fait, c'est quelque chose qui nous a nui pendant de nombreuses années, à l'époque où nous avions notre petit programme de carrières en santé chez les Indiens et Inuits, avant l'IRHSA.

Nous avons tout de suite constaté que la cueillette de données, comme tous les aspects de notre travail, est un enjeu très difficile, aggravé dans notre cas par des enjeux comme l'auto-identification. Si quelqu'un ne veut pas s'identifier comme Autochtone, il n'a pas à le faire, alors il est très difficile d'obtenir un nombre précis. Il existe différentes façons de conserver les données dans les divers systèmes provinciaux et territoriaux. C'est le genre de choses avec lesquelles nous devons composer tout le temps.

Nous avons déjà entamé des travaux, et je vais demander à Debra Gillis de vous en parler un peu plus en détail.

• (0930)

Mme Debra Gillis (directrice, Soins primaire, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Je vais faire suite à ce que Shelagh Jane disait. Nous avons commencé par dire que nous avions réellement besoin d'obtenir le nombre de personnes occupant des professions fondamentales en santé, à tout le moins — docteurs, infirmiers et infirmières, etc. —, mais il nous fallait également travailler à la création de ce qui serait un ensemble minimal de données.

Nous avons réuni des chefs inuits, métis et des premières nations de partout au pays. L'ICIS a participé. Le ministère a participé d'un point de vue pancanadien, parce qu'il travaillait déjà à ce dossier.

Nous avons établi un cadre pour un ensemble minimal de données, mais comme l'a dit Shelagh Jane, l'information se trouve à différents endroits, comme à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et on ne peut pas vraiment obliger les gens à s'identifier comme Autochtones.

Comme première étape, nous avons utilisé les données du recensement de Statistiques Canada. Nous les avons analysées en détail et elles servent de point de référence. Nous avons analysé les données des recensements de 1996, 2001 et 2006, et elles servent de point de référence initial pour dégager certaines tendances. Ça nous a été extrêmement utile.

Nous pouvons vous dire combien de gens qui travaillent dans le domaine de la santé se sont identifiés comme Autochtones et s'ils sont des premières nations, des Inuits ou des Métis. Nous savons dans quelles provinces ils travaillent et quels emplois ils occupent principalement. Par exemple, nous savons qu'en date de 2006, les Autochtones représentaient 2,1 p. 100 de la main-d'oeuvre en soins de santé au Canada. Il y a plus de 21 000 Autochtones qui se sont identifiés comme étant des travailleurs du système de santé. Nous savons que le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés a augmenté de 65 p. 100 entre 2001 et 2006.

C'est une mine d'informations et nous commençons à mieux extraire les données avec l'aide de Statistique Canada et la collaboration de RHDC. Nous songeons maintenant à relier ces données aux dossiers scolaires et nous effectuons des travaux beaucoup plus détaillés.

Cela nous aidera assurément dans notre planification et dans l'avenir. Nous commençons également à recueillir des renseignements au niveau des collectivités quand au nombre de personnes qui travaillent dans la collectivité et les emplois qu'elles occupent afin que nous puissions nous faire une meilleure idée du nombre exact de personnes qui travaillent dans la collectivité.

Nous faisons réellement des percées à ce chapitre.

Mme Cathy McLeod: Ma prochaine question s'adresse à Joshua. J'ai trouvé très intéressant de vous entendre parler des auxiliaires médicaux et des infirmières praticiennes, mais aussi de la façon dont votre groupe procède pour faire connaître ses pratiques exemplaires aux provinces et à tous les intervenants.

Pouvez-vous nous parler un peu du rôle des auxiliaires médicaux en particulier? Où travailleront ces personnes? Comment s'effectue le partage des pratiques exemplaires au sein même de votre organisation? Je crois également savoir que les infirmières praticiennes ont beaucoup de mal à déterminer comment on en viendra à véritablement intégrer leurs fonctions dans certaines provinces.

M. Joshua Tepper: Pour répondre à la première partie de votre question, je dirais que la transmission du savoir s'effectue au moins de deux façons. Tout d'abord, à chaque réunion, nous faisons une table ronde. Les discussions s'articulent autour d'un modèle établi, dont un segment porte sur les nouveaux rôles et les cadres de pratique. Chacune des instances fait le point. Ensuite, lorsqu'un domaine précis nous intéresse ou que nous observons une tendance naissante, nous pouvons décider d'approfondir la matière ou de rédiger une étude à ce sujet, notamment en ce qui a trait aux nouveaux rôles ou aux milieux de travail sains ou encore aux données et à la modélisation. Lorsqu'il s'agit de données et de modélisation, il nous arrivera d'organiser des conférences spéciales, question de réunir les gens. Deux ou trois fois par année, nous procédons à un recoupement et lorsqu'il y a une tendance naissante, nous menons des études plus approfondies.

Qu'il s'agisse des auxiliaires médicaux, des infirmières praticiennes ou des physiothérapeutes habilités à commander des radiographies, tous les nouveaux rôles et toutes les pratiques changeantes dans le domaine des soins de santé soulèvent des contestations au sein même des groupes visés, et ce ne sont pas toujours les médecins qui protestent. Chaque groupe qui entreprend de travailler de façon nouvelle et différente s'expose à des contestations. Certaines provinces canadiennes envisagent actuellement d'intégrer des infirmières praticiennes et des auxiliaires médicaux, si ce n'est déjà fait. Le Manitoba a été la première province à intégrer les auxiliaires médicaux. L'Ontario, la Colombie-Britannique et, si je ne m'abuse, la Nouvelle-Écosse, lui ont emboîté le pas. Du côté des infirmières praticiennes, c'est l'Ontario qui a lancé le bal, mais la Colombie-Britannique et quelques autres provinces ont vite fait de l'imiter. L'Ontario compte actuellement plus de 1 000 infirmières praticiennes — environ 1 400, je dirais —, alors nous avons redéfini nos cadres.

De même, vous pouvez regarder l'autre bout du spectre. Nous n'en parlons pas beaucoup, mais il y a la médecine traditionnelle chinoise. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont toutes deux réglementé cette profession et ont réellement entrepris de la faire valoir. Dans un pays de plus en plus multiculturel comme le nôtre, ces mesures prennent tout leur sens. Le Québec et l'Alberta ont réglementé l'acupuncture, sans toutefois reconnaître le modèle d'ensemble de la médecine traditionnelle chinoise.

Je dirais une fois de plus que tout dépend de la façon dont vous voyez la chose. Je serais heureux de répondre à des questions précises au sujet des auxiliaires médicaux ou des infirmières praticiennes ou de tout autre sujet; je pourrais vous apporter davantage de précisions.

• (0935)

La présidente: Merci, monsieur Tepper.

Nous passons maintenant aux séries de cinq minutes. Je vous ai tous accordé beaucoup de temps, pour vous permettre de poser le plus de questions possible.

Nous passons maintenant à une série de questions et réponses de cinq minutes; je demanderais au Dr Bennet de commencer.

L'hon. Carolyn Bennett: J'aimerais examiner certaines des préoccupations exprimées à l'occasion de la dernière table ronde à propos des psychologues et des différences qui caractérisent leur cadre de pratique d'un bout à l'autre du pays. Il y a maintenant dix ans que j'estime que le cadre de pratique est un modèle désuet et qu'il nous faut entreprendre le virage vers un modèle axé sur les compétences de base. Ce modèle ne doit pas s'inspirer uniquement des lettres apposées après votre nom; il doit tenir compte également de votre emplacement géographique, de votre accès aux technologies de l'information et de toutes ces choses. Certaines personnes ont une compétence de base qu'il est possible d'optimiser de diverses façons.

Dans combien de temps pourrions-nous entreprendre cette discussion au Canada? Pourrions-nous bientôt cesser de nous en tenir exclusivement au cadre de pratique puis adopter une approche beaucoup plus souple qui permettra aux gens de travailler selon ce qu'ils savent faire le mieux, dans les domaines où ils ont reçu une formation supplémentaire?

M. Joshua Tepper: Le dialogue, c'est le plus facile; les choses se corsent quand vient le temps d'apporter les changements.

Nous ne parlons plus de cadre de pratique comme tel, mais nous sommes loin d'avoir parcouru le chemin nécessaire dans cette transition vers le modèle axé sur les compétences de base. Deux entités ne cessent de se renvoyer la balle. D'une part, il y a le système d'éducation en matière de santé, qui se dit prêt à dispenser de la formation en fonction d'un modèle axé sur les compétences si les organismes de réglementation approuvent par la suite les permis de pratique de ces personnes. D'autre part, les organismes de réglementation se disent prêts à approuver un modèle axé sur les compétences si le système d'éducation entreprend de le produire. Chacun revendique sa compétence, il y a beaucoup de chasses gardées, ce qui fait que les choses ne vont pas de l'avant dans la mesure ni à la vitesse où elles le devraient.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci d'être des nôtres pour nous aider dans notre étude.

J'ai deux questions. La première se rapporte à ce dont vient tout juste de parler M. Tepper. À la dernière séance, on nous a dit qu'un changement s'imposait et que celui-ci doit se faire au moyen d'une collaboration entre équipes. On nous a également dit que les données sont essentielles. Si je comprends bien ce que vous dites, votre organisation ne s'emploie pas actuellement à fonder ses activités sur la collaboration entre équipes. Le modèle par équipes est très différent du modèle où on détermine les besoins de groupes distincts de praticiens.

Mon autre question porte sur les diplômés internationaux en médecine. On m'a mis au courant des dispositions législatives transitoires qu'il est envisagé d'adopter en Ontario pour permettre aux médecins étrangers de travailler dans le domaine de la santé à titre d'auxiliaires médicaux avant d'être pleinement qualifiés pour exercer leur profession au Canada. Les médecins sont rémunérés pour leurs activités de supervision, tandis que les diplômés internationaux obtiennent un emploi dans leur domaine à un salaire qui leur permet de franchir les étapes nécessaires à l'obtention de leur permis de pratique au Canada. C'est une façon judicieuse de pallier les difficultés qui caractérisent la situation des diplômés internationaux en médecine. J'aimerais que quelqu'un m'entretienne à ce sujet également.

• (0940)

M. Joshua Tepper: Je serai bref, madame la présidente.

J'ai trois points à aborder rapidement. Tout d'abord, j'ai injustement jeté le blâme sur le système d'éducation et les organismes de réglementation tout à l'heure dans mes observations. Il n'y a pas qu'eux. Compte tenu des cadres législatifs et de réglementation, le gouvernement a une grande part de responsabilité également, tout comme de nombreuses autres composantes du système; toutes les parties concernées devront déployer d'importants efforts pour permettre l'instauration d'un modèle axé sur les compétences. Toutefois, nous n'avons pas, à ce jour, constaté de réelle volonté de leur part.

Pour ce qui est de la collaboration entre équipes, je tiens à préciser qu'il s'agit d'un modèle auquel notre groupe s'intéresse vivement. Nous avons mis sur pied un comité pour voir à cette question en particulier; ce comité s'appelle le comité interprofessionnel et il a été créé afin de remplacer le comité des médecins, celui des soins infirmiers et les autres comités du genre. Toutefois, les véritables enjeux sur le terrain tiennent de la compétence des autorités responsables, par exemple, comment rémunérer différentes personnes en vertu de différents modèles et à quels secteurs du système de soins de santé accorder du financement, celui des soins primaires ou des soins spécialisés?

En Ontario, nous avons créé des équipes vouées à la santé familiale et des équipes d'anesthésie. D'autres provinces pourraient opter pour des initiatives axées sur la chirurgie cardiovasculaire ou les services d'urgence. Le cadre s'articule autour de la collecte de données, de différents principes et du partage des pratiques exemplaires; lorsqu'une approche pancanadienne est adoptée, il existe un comité interprofessionnel précis.

Je connais très bien la question du permis transitoire proposé pour les diplômés internationaux en médecine. Je ne pense pas avoir suffisamment de temps pour aborder ce sujet en détail. C'est un enjeu très complexe assorti de différentes questions liées à la sécurité des patients, mais nous trouvons beaucoup d'autres options pour les diplômés internationaux en médecine.

Puisque vous avez parlé de l'Ontario en particulier, nous sommes passés d'environ 75 diplômés internationaux en médecine inscrits à la formation à plus de 200 nouveaux par année et, à l'heure actuelle, presque 1 000 diplômés internationaux en médecine suivent la formation chaque année. Le pourcentage de ces diplômés que nous devons évaluer à des fins de formation est en baisse. Avant, nous en avions 1 000 à évaluer chaque année; nous en sommes actuellement à environ 550 par année, alors les choses s'accroissent.

La présidente: Merci, monsieur Tepper.

Nous passons maintenant à Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente, et merci à notre groupe d'experts présents ici ce matin.

Je suis certaine que vous avez tous écouté les exposés que nous avons eus jusqu'à maintenant concernant cette étude. Comme l'a dit ma collègue, cette étude a été longue et fastidieuse. C'est un défi pour nous tous de rassembler et de mettre en commun ce que nous avons entendu.

Si vous me le permettez, j'aimerais poser mes premières questions à Mme Woods.

Les organisations de la santé inuites et des premières nations ont beaucoup parlé des défis spéciaux qu'elles doivent relever, et la collecte de données en faisait incontestablement partie. Un peu d'information nous a été présentée à ce sujet, mais j'ai d'abord une question sur la collecte de données. La collecte de données devrait-elle être beaucoup plus exhaustive et y a-t-il un délai pour regrouper toutes ces données? Avons-nous suffisamment d'information à ce stade-ci pour faire des recommandations ou pour essayer d'élaborer une stratégie? C'est ma première question.

On nous a également dit que les collectivités inuites et des premières nations devaient relever des défis au sujet des échelles salariales et du nombre élevé de cas d'épuisement professionnel associés à différentes circonstances. Il semble y avoir des défis extrêmement difficiles à relever dans le domaine de l'éducation, en particulier dans le domaine des mathématiques et des sciences. Ces défis dissuadent les personnes qui veulent aller dans ce domaine.

En ce qui a trait aux enjeux relatifs à l'éducation, est-ce que votre ministère fait quelque chose afin de coordonner les efforts pour améliorer cette situation?

Mme Shelagh Jane Woods: Laissez-moi commencer par la dernière partie et, comme toujours, je céderai la parole à Debra pour les détails.

Laissez-moi vous dire que rien de cela ne nous surprend. Nous travaillons depuis longtemps sur ces enjeux et, comme je l'ai déjà dit, nous avons déjà commencé à examiner toutes ces questions et à prendre des mesures avant l'établissement de l'initiative en matière de ressources humaines liée à la santé des Autochtones.

Les obstacles liés à l'éducation sont l'un des secteurs où nous aurions pu facilement dépenser tout l'argent que nous avons en allant dans les écoles et en essayant de persuader les enfants d'étudier les mathématiques et les sciences. Ce n'est pas notre responsabilité. Nous nous concentrons vraiment sur la main-d'oeuvre.

Par conséquent, nous avons collaboré avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Nous avons essayé de leur fournir des documents faisant la promotion des mathématiques et des sciences pour les carrières dans le domaine de la santé. Nous avons une entente avec la Fondation nationale des réalisations autochtones, qui organise des foires de l'emploi très populaires dans les réserves, les collectivités et les grandes villes afin d'attirer les élèves autochtones du secondaire et leur montrer les plaisirs et les beautés des carrières en santé.

Ce sont de très bonnes occasions d'attirer l'attention des élèves sur l'importance de poursuivre leurs études en mathématiques et en sciences. Je crois donc que nous avons bel et bien commencé à prendre des mesures. Le fait que de plus en plus de gens choisissent de faire carrière dans le domaine de la santé est une preuve que nous commençons à faire des progrès.

Les défis relatifs aux échelles salariales sont très complexes. Ils sont très difficiles à relever, particulièrement en ce qui a trait aux personnes employées par les premières nations. Nous n'avons aucune emprise sur les salaires que les premières nations peuvent verser. Nous ne pouvons pas leur dire de verser tel ou tel salaire.

Nous leur offrons toutes les augmentations possibles, comme les augmentations que nous recevons chaque année dans le cadre de nos accords de contribution. C'est de cette manière que nous finançons les premières nations. Ces augmentations peuvent ensuite permettre de compléter les salaires des travailleurs du domaine de la santé. Au cours de la dernière année, nous avons demandé à l'Assemblée des Premières Nations de commencer à effectuer un travail plus exhaustif concernant les échelles salariales. Nous maintiendrons un grand intérêt dans ce dossier au fur et à mesure que des progrès seront réalisés.

Je demanderai peut-être à Debra si elle peut trouver une solution à certains défis relatifs à la collecte de données, même si je pense qu'elle a présenté beaucoup d'information au début de la séance à ce sujet.

• (0945)

Mme Debra Gillis: J'ajouterais un point au sujet de la collecte de données. Je crois que ce que vous nous demandez, c'est si nous avons en ce moment l'information pour déterminer combien d'infirmiers sont nécessaires. Ça devient très difficile lorsqu'on parle d'une petite population, et il ne faut pas oublier que nous travaillons au sein même d'un système de santé provincial.

Nous pouvons utiliser des méthodes de modélisation pour déterminer le nombre d'infirmiers nécessaires dans bon nombre de collectivités, mais lorsque nous appliquons ces méthodes à des collectivités très petites qui comptent par exemple 600 personnes, et que nous utilisons la modélisation fondée sur les besoins traditionnelle, nous obtenons parfois le quart ou la moitié d'un infirmier. Ça devient donc très difficile, parce que nous ne pouvons pas engager le quart ou la moitié d'un infirmier dans une région éloignée ou isolée.

Ainsi, il arrive parfois que les méthodes traditionnelles ne fonctionnent pas. C'est pourquoi nous commençons à travailler avec les collectivités et les premières nations à l'échelle du pays et de la région pour établir un outil de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé pouvant être utilisé dans les collectivités — un outil axé sur le cadre pancanadien ainsi que sur la planification fondée sur les besoins — afin qu'elles puissent commencer à examiner les ressources dont elles disposent et à se demander quelle est la meilleure combinaison de ressources pour leurs besoins. Les gens ont-ils reçu la bonne formation? Nous avons un tel nombre d'infirmiers et un tel nombre de paraprofessionnels; peut-être que nous devons avoir plus du premier groupe ou plus du deuxième. Ça les aidera dans leur planification à l'échelle de la collectivité, puisque les méthodes de modélisation des données traditionnelles ne s'appliquent tout simplement pas dans les petites collectivités.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais m'adresser à M. Tepper et à Mme Garrison pour leur parler de médecins étrangers. Vous avez eu très peu de temps pour répondre à la question de mes collègues.

Selon vous, où y a-t-il le plus de médecins étrangers intégrés dans le système de santé publique? Avez-vous vu des initiatives très fructueuses? Je pense à une initiative en particulier dont je discutais avec ma collègue Mme Demers tout à l'heure. Elle me disait qu'il y avait une très belle initiative en Alberta. On y a aussi rencontré les gens à quelques reprises pour discuter de l'intégration des médecins étrangers.

Quelle est votre philosophie à cet égard? Avez-vous des exemples concrets d'initiatives qui se sont révélées fructueuses?

[Traduction]

M. Joshua Tepper: Au cours de la dernière décennie, toutes les provinces et tous les territoires ont apporté des changements importants à l'intégration des diplômés internationaux en médecine. Le taux d'immigration reflète jusqu'à un certain point le nombre de diplômés internationaux en médecine qui se trouvent dans une province ou un territoire donné. Par exemple, l'Ontario — cela était vrai il y a quelques années — compte un plus grand nombre de diplômés internationaux en médecine qui arrivent chaque année que tous les territoires et toutes les autres provinces réunis. Par conséquent, on ne peut pas dire que l'augmentation du nombre de diplômés internationaux en médecine au Manitoba, qui est passé de deux à quatre, se compare avec celle de l'Ontario, dont le nombre est passé de 75 à 200. Cette situation est simplement liée au nombre d'immigrants qui arrivent.

Chaque province ou chaque territoire utilise une approche légèrement différente quant à la manière d'évaluer et d'intégrer les diplômés internationaux en médecine et de leur délivrer une licence. Ils ont également une approche différente relativement aux restrictions qui s'appliquent à la pratique ou à d'autres aspects ainsi qu'à la manière d'intégrer les diplômés internationaux en médecine dans l'effectif. Je crois qu'il y a un certain nombre de très bons modèles. L'Ontario a, entre autres, permis aux auxiliaires médicaux d'être considérés comme des diplômés internationaux en médecine; ainsi ils peuvent entrer facilement au sein de l'effectif, et plusieurs d'entre eux réussissent à obtenir leur licence. Vous avez mentionné le programme de l'Alberta. Le Québec a aussi connu une grande amélioration de sa capacité d'accueillir des étudiants et a apporté un changement important dans sa manière de procéder à cet égard.

Le CCPSSRH a établi, pour la première fois, un processus d'évaluation et des critères d'entrée communs pour les diplômés internationaux en médecine qui veulent étudier et obtenir de la formation. C'est une grande réalisation qui montre les forces de l'approche pancanadienne. C'est le résultat d'environ trois années de travail accompli par toutes les provinces et tous les territoires ainsi que par le Conseil médical du Canada, etc. L'établissement de cette norme commune relative aux banques d'examen, entre autres, serait une autre grande réussite pancanadienne.

• (0950)

[Français]

M. Nicolas Dufour: Si je comprends bien ce que vous dites, présentement, les provinces ont réussi, somme toute, à très bien intégrer les médecins étrangers grâce à la marge dont elles disposent en santé.

[Traduction]

M. Joshua Tepper: C'est difficile. Le terme « diplômés internationaux en médecine » comprend une foule de personnes, et celles qui considèrent faire partie de ce groupe sont toutes très différentes. C'est un groupe très hétérogène. Les programmes d'enseignement de la médecine diffèrent grandement d'un pays à l'autre. Certaines personnes diront qu'elles sont diplômées d'une école de médecine, mais elles n'ont jamais vu un patient compte tenu du fonctionnement de leur système d'éducation, qui délivre un diplôme en médecine aux étudiants même s'ils n'ont aucune expérience auprès des patients. Il y a aussi des gens qui se disent médecins, mais qui n'ont pas vraiment exercé depuis 15 ans pour différentes raisons. Il est complexe d'intégrer ces personnes très différentes qui ont fait des études différentes et qui ont des expériences de travail pratiques différentes. Il faut faire attention quand on emploie le terme « diplômés internationaux en médecine » au sens large et être conscient de l'éventail de gens qu'englobe ce terme.

Toutes les provinces ont déployé de grands efforts qui se sont traduits en une hausse assez considérable des chiffres. Je suis heureux de pouvoir fournir au moins une partie des données à ce sujet. Je n'ai pas un accès complet, mais je peux fournir des données concernant l'augmentation, dans bien des provinces, non seulement du nombre total de médecins — pour faire un lien avec votre question —, mais aussi du nombre de diplômés internationaux en médecine qui se greffent à cet ensemble; la tendance est à la hausse. Je crois que je peux vous fournir des données relativement à plusieurs provinces.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Merci beaucoup.

Madame Woods, on a entendu beaucoup de témoins parler de l'initiative qu'on devrait mettre en place pour qu'il y ait plus de médecins pour les Innus et les Premières nations. Vous avez peu de temps pour répondre à ma question, mais quelle initiative vous a frappée? Que pouvez-vous faire, selon vous?

Mme Shelagh Jane Woods: Monsieur Dufour, tout ce que je peux dire, c'est qu'on a donné beaucoup d'argent pour appuyer les étudiants en médecine. Jusqu'à maintenant, plus de 60 personnes reçoivent de nos fonds. C'est notre première initiative pour appuyer les médecins et augmenter ces chiffres.

M. Nicolas Dufour: Merci.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Dufour.

Je cède maintenant la parole à Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod: Merci, madame la présidente. J'aimerais bien saisir le mandat du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. Vous en avez parlé assez longuement, mais j'aimerais savoir à quelle fréquence vous vous rencontrez et combien il y a de sous-comités. Pourriez-vous nous le dire?

Je serais aussi très curieuse de savoir quelles sont les activités et l'orientation de votre comité interprofessionnel. Est-ce qu'il représente les intérêts de tous les professionnels qui en sont membres?

• (0955)

Mme Margo Craig Garrison (co-présidente fédérale, le Comité consultatif sur la prestation des soins de la santé et les ressources humaines): J'aimerais répondre à cette question.

Je m'appelle Margo Craig Garrison. Je suis la coprésidente fédérale du comité depuis le mois de janvier. Je m'en remets bien souvent au Dr Tepper parce qu'il possède beaucoup plus d'expérience que moi. Je travaille aussi à Santé Canada; je suis directrice de la stratégie en matière de ressources humaines en santé à la Direction générale de la politique stratégique.

Pour répondre à votre question, je vous dirais que le comité compte des membres de toutes les provinces et des représentants de différentes organisations, dont HEAL — qui a déjà été mentionné aujourd'hui —, l'Institut canadien d'information sur la santé, les Instituts de recherche en santé du Canada et Ressources humaines et Développement des compétences Canada. Le comité comprend également un responsable régional de la santé et des représentants des collectivités autochtones et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Le comité se réunit généralement trois fois par an. Entre-temps, les membres assistent régulièrement à des conférences téléphoniques, tout particulièrement lorsqu'un dossier doit être porté à leur connaissance.

J'en arrive aux sous-comités actuels. Il en existe un qui s'occupe des professionnels de la santé formés à l'étranger, par exemple des infirmières et des médecins. Comme le Dr Tepper l'a dit plus tôt, nous en sommes à nos débuts à cet égard. Il y a aussi un sous-comité pour l'accès à la profession, qui existe depuis bien des années.

Nous avons aussi un groupe de travail sur la santé et l'éducation, qui fait valoir l'importance d'unir les ministères de la Santé et de l'Éducation pour favoriser la formation professionnelle dans le domaine de la santé partout au pays.

J'essaie de voir s'il en existe d'autres.

M. Joshua Tepper: Un groupe travaille à la modélisation des données.

Mme Margo Craig Garrison: Oui. Nous avons un sous-comité responsable de la planification et des partenariats. Je devrais m'en rappeler parce que j'en suis aussi la coprésidente. Nous nous penchons sur les questions liées aux partenariats et, de façon plus générale, aux intervenants, et sur la modélisation des données. Récemment, nous avons eu une discussion sur la productivité. Beaucoup d'activités se déroulent dans cette vaste sphère.

M. Joshua Tepper: Il y a également des comités spéciaux qui s'occupent d'un dossier en particulier. Si par exemple une organisation s'apprête à apporter un changement de taille, nous formerons un comité pendant six mois, un an ou 18 mois qui se penchera sur la question, ou si les sous-ministres nous en donnent la consigne, nous formerons un comité ponctuel.

Mme Cathy McLeod: Pourriez-vous nous dire brièvement qui sont les membres et quel est le mandat du nouveau comité interprofessionnel?

M. Joshua Tepper: Le plus simple consisterait probablement à vous faire parvenir le mandat et le nom des membres du comité. Tous les membres du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines peuvent en faire partie. Il y a un coprésident, mais je ne me souviens pas qui c'est.

C'est en quelque sorte le prolongement de l'ancien comité interprofessionnel...

La présidente: Docteur, je vous interromps un instant.

Si vous pouvez faire parvenir le mandat à la greffière, nous ferons en sorte que l'information soit transmise à tous les membres du comité. Merci.

Poursuivez, docteur Tepper et madame McLeod.

Mme Cathy McLeod: Je crois que je vais bifurquer. L'un des témoins — je n'arrive pas à me rappeler qui — a laissé entendre qu'un certain nombre de médecins canadiens formés à l'étranger reviennent au pays et que parallèlement, un certain nombre de diplômés étrangers formés ici retournent dans leur pays. Le témoin en question a dit que nous serions davantage en mesure de former les Canadiens de retour au pays après une formation à l'étranger si on modifiait l'attribution des places.

M. Joshua Tepper: Il y a une mince distinction à faire. D'un côté, nous avons les Canadiens qui étudient la médecine à l'étranger, généralement dans une école en Australie, en Irlande ou aux États-Unis, et qui souhaitent par la suite revenir au pays comme résidents. Ils sont considérés comme des diplômés internationaux en médecine parce qu'ils ont suivi leur formation à l'étranger.

De l'autre côté, nous avons les stagiaires détenteurs d'un visa, qui viennent généralement au Canada pour suivre une formation dans une sous-spécialité. Beaucoup de gens se demandent si ces stagiaires étrangers prennent des places dont nous aurions besoin. C'est un sujet très chaud.

La plupart des provinces où il y a des écoles de médecine engagent des conservations très délicates avec leurs universités pour qu'elles acceptent uniquement les inscriptions des titulaires de visa lorsque des ressources excédentaires sont nécessaires. Je sais qu'à l'heure actuelle, en Ontario, il y a eu de la correspondance à ce sujet, pour remédier à la situation.

C'est une conversation qui dure depuis longtemps; chaque province discute très sérieusement avec ses écoles de médecine pour s'assurer qu'elles ne sont pas dans cette situation. Souvent, les stagiaires détenteurs d'un visa se trouvent dans des sous-spécialités très particulières qui ne sont pas très recherchées — au niveau d'entrée ou pour la formation de base ou postdoctorale — par les

Canadiens qui étudient à l'étranger ou les autres diplômés internationaux en médecine.

Nous suivons la situation de près.

• (1000)

Mme Cathy McLeod: C'était une façon très simplifiée de dire les choses.

Mme Abby Hoffman: Puis-je ajouter un élément à la conversation?

Il y a aussi un nombre non négligeable de places en résidence qui sont laissées vacantes chaque année — davantage du côté de la médecine familiale que des sous-spécialités —, et dans certaines provinces plus que d'autres. Il n'est donc pas tout à fait vrai de dire qu'il y a réellement une équation entre le nombre de résidents titulaires d'un visa et le nombre de médecins formés au Canada ou de Canadiens qui ont été formés à l'étranger, qui se feraient concurrence pour obtenir les mêmes places.

Certains postes de résidents pourraient être comblés, mais, comme d'autres témoins vous l'ont probablement dit, le processus d'attribution des places est compliqué. Il n'est pas impensable d'avoir quelques surplus, mais les Canadiens qui sont considérés comme des diplômés internationaux en médecine pourraient combler certains de ces postes.

La présidente: Soyez bref, docteur Tepper, je vous prie.

M. Joshua Tepper: Pour répondre tout particulièrement à M. Dufour, je tiens à mentionner que je ne veux aucunement laisser entendre qu'il n'y a plus de travail à faire. Il y en a toujours plus à faire. Il reste toujours des obstacles à surmonter et des processus à simplifier; cela ne fait aucun doute. Dans l'ensemble, la situation semble s'améliorer considérablement, mais ça ne veut pas dire qu'il ne reste plus rien à faire.

La présidente: Merci, docteur Tepper.

Nous passons maintenant à Mme Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente, et merci à tous les témoins.

Ma première question a trait aux données. En quoi consistent les données publiques, et combien les collectivités doivent-elles payer pour les obtenir?

M. Jeff Latimer: Merci beaucoup pour votre question.

Je peux commencer par vous dire ce que Statistiques Canada met à la disposition du public. Essentiellement, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui constitue l'enquête sur la population la plus importante de Statistiques Canada, permet de recueillir des données sur environ 66 000 Canadiens chaque année en ce qui a trait aux déterminants de la santé et à l'utilisation des services de santé.

Sur le plan géographique, nous diffusons publiquement cette information à trois niveaux: au niveau national, au niveau provincial et à ce que nous appelons le niveau de la région sanitaire, qui correspond au niveau géographique auquel les provinces et les territoires administrent la prestation de leurs services de santé.

Ces données sont accessibles gratuitement sur notre site Web à tous les Canadiens.

Mme Kirsty Duncan: Combien faut-il payer pour obtenir des données liées à une collectivité en particulier?

M. Jeff Latimer: Permettez-moi de préciser que, tout d'abord, la taille de l'échantillon, 66 000 personnes, même si elle est assez importante, ne nous permet pas de produire des analyses à l'échelon des collectivités. Nous avons conçu notre enquête de manière à ce que les données recueillies puissent être interprétées au niveau des régions sanitaires. Compte tenu des règles de confidentialité que doit respecter Statistiques Canada, il est très difficile pour nous de diffuser de l'information portant expressément sur les collectivités. Même si, en tenant compte des règles de confidentialité, nous estimions pouvoir diffuser certains renseignements, il est fort probable que les analyses produites à ce niveau géographique ne seraient pas fiables de toute façon.

Mme Kirsty Duncan: Pour quelles données doit-on payer?

M. Jeff Latimer: Si on nous demande de faire une totalisation spéciale, ce qui ne figure pas sur notre site Web, cette information serait alors facturée.

Mme Kirsty Duncan: Comment se fait la facturation, à l'heure?

M. Jeff Latimer: Nous suivons les politiques habituelles du gouvernement en matière de recouvrement des coûts.

Mme Kirsty Duncan: D'accord. Merci.

J'aimerais revenir aux DIM. Comme il en a été question, nous avons entendu dire qu'il existait des ententes avec d'autres pays pour accorder des visas permettant aux diplômés internationaux en médecine de suivre leur formation de niveau supérieur ici puis de retourner pratiquer dans leur pays.

Combien y a-t-il actuellement de résidents en médecine qui possèdent un visa pour étudier au Canada, et combien payent-ils en droits de scolarité? Vous avez dit que nous conservions des données à leur sujet.

M. Joshua Tepper: Quelle était la deuxième question? J'ai raté les trois derniers mots.

Mme Kirsty Duncan: Vous avez dit que nous suivions cela de très près, alors je me demandais si vous étiez en mesure de nous dire combien il y a d'étudiants en médecine munis d'un visa dans chaque province, dans quels domaines ils étudient et combien ils payent en droits de scolarité, s'il vous plaît.

•(1005)

M. Joshua Tepper: Nous allons devoir vous revenir là-dessus. Cela prendra du temps.

Mme Kirsty Duncan: En gros, savons-nous combien de résidents munis d'un visa étudient actuellement au Canada?

Mme Margo Craig Garrison: Oui, nous le savons. Selon les statistiques de 2009, il y en a 755 dans l'ensemble du pays.

Mme Kirsty Duncan: Vous avez dit 755.

Mme Margo Craig Garrison: Je n'ai pas les données par province et territoire. Mais je peux vous les transmettre plus tard.

Mme Kirsty Duncan: Merci. Ce serait très utile.

Combien y a-t-il de places pour les DIM au Canada?

Mme Abby Hoffman: Je pense que c'est un peu moins de 400 places pour les DIM canadiens qui...

M. Joshua Tepper: Je suis désolé, mais nous ne calculons pas correctement. Il y a des places en formation équivalant à la première année de résidence. Il y a une grande distinction entre le nombre de places en première année de résidence et le nombre de personnes qui font une formation complète. Dans la plupart des cas, la formation s'étend sur plusieurs années, alors vous combinez...

Mme Kirsty Duncan: Non. Combien y a-t-il de places en première année de résidence?

M. Joshua Tepper: D'accord. Cela va modifier considérablement le nombre de visas.

Mme Kirsty Duncan: C'est ce que j'aimerais savoir. Combien de places en première année de résidence y a-t-il dans chacune de ces catégories, s'il vous plaît?

M. Joshua Tepper: C'est bien de le préciser.

Mme Margo Craig Garrison: Je pense que nous devrions vérifier et vous revenir là-dessus.

M. Joshua Tepper: Il y a 91 stagiaires munis d'un visa en première année.

Mme Kirsty Duncan: Il y en a 91. Combien y a-t-il de DIM, s'il vous plaît?

M. Joshua Tepper: Je pense qu'il y en a 392.

Mme Kirsty Duncan: Ce nombre me préoccupe. Nous perdons 25 p. 100. S'il y a 91 stagiaires munis d'un visa, est-ce que les DIM canadiens sont aussi compris dans les 392...?

M. Joshua Tepper: Ces groupes de médecins sont très différents et n'en sont pas du tout à la même étape de leur formation, vous comprenez?

Mme Kirsty Duncan: Je comprends cela. Je pose tout de même ma question. Certaines personnes qui viennent de l'étranger — par exemple, de la Grande-Bretagne — sont des agents principaux de la santé ou occupent un poste de niveau supérieur, et elles ne peuvent obtenir de place au Canada.

M. Joshua Tepper: Mais je ne suis pas... C'est différent.

Mme Kirsty Duncan: Si ces gens ne peuvent obtenir de place et que les étudiants munis d'un visa le peuvent, il y a un problème. Des Canadiens qui ont étudié à l'étranger ne peuvent obtenir de place, et nous accordons 91 places à des étudiants munis d'un visa. C'est la première fois que nous voyons ces données.

M. Joshua Tepper: La seule chose que j'aie à dire, c'est que, je le répète, les domaines de formation sont très différents. La différence entre un médecin de famille et un néonatalogiste qui fait une spécialité en écho...

Mme Kirsty Duncan: Je comprends la différence.

M. Joshua Tepper: Il est important de comprendre que la capacité n'est pas tout à fait comparable. C'est ce que nous disent les universités.

Mme Kirsty Duncan: Excusez-moi, docteur Tepper; puis-je demander à combien s'élèvent les droits de scolarité? Quels sont les droits de scolarité, par exemple, pour des études supérieures, par rapport à ce que doit payer un DIM ou un étudiant muni d'un visa? Nous devons avoir une moyenne.

M. Joshua Tepper: C'est très différent d'une province à l'autre.

Mme Kirsty Duncan: Quelle est la moyenne?

M. Joshua Tepper: Je ne pourrais pas vous la donner pour chaque province. Je peux chercher à l'obtenir. Cela prendra du temps.

Mme Kirsty Duncan: J'aimerais beaucoup. On nous dit que ce dossier est suivi de près, alors j'aimerais beaucoup voir ces données.

La présidente: Lorsque vous aurez cette information, docteur Tepper, vous seriez gentils de bien vouloir les transmettre à chacun de nous, merci.

Nous passons maintenant à Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson: Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais revenir à Mme Hoffman, s'il vous plaît. Quand vous parliez des DIM et des places vacantes, je pense que vous avez dit que le processus de jumelage était très complexe. Pouvez-vous nous donner des précisions à ce sujet? Que pourrait-on faire pour le simplifier?

Mme Abby Hoffman: J'aimerais vous en dire plus, mais pour être honnête avec vous, je ne suis pas spécialiste du service canadien de jumelage des résidents. Le Dr Tepper pourrait peut-être en parler un peu. J'y ai simplement fait référence pour souligner le fait que, à la fin du processus, il reste des places.

Mme Patricia Davidson: Je pense que cela constitue une partie de notre problème. Nous cherchons tant bien que mal à améliorer la situation des ressources humaines en santé partout au pays, et on nous dit continuellement qu'il reste des places ici et là, mais que c'est un processus très complexe. À mon avis, la solution est en partie de chercher à simplifier ce processus...

• (1010)

Mme Abby Hoffman: Avant de demander au Dr Tepper de nous en parler, j'aimerais simplement souligner que le service de jumelage des résidents fait intervenir les universités, l'organisation responsable du service de jumelage et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Aucune partie ne contrôle à elle seule le processus du début à la fin.

Josh, si vous le voulez bien, pouvez-vous nous en dire un peu plus?

M. Joshua Tepper: Certainement.

Pouvez-vous répéter la question pour que je puisse répondre à la partie appropriée.

Mme Patricia Davidson: L'une des questions traitait des DIM, des postes vacants, des visas, etc. et ce qui a été dit c'est que le processus de jumelage est compliqué. La raison étant qu'on ne peut pas simplement prendre le nombre de places disponibles et les combler avec les personnes qui attendent. Comment pouvons-nous rendre cela moins compliqué?

M. Joshua Tepper: On utilise en fait un algorithme informatique assez bien organisé. Le Canada et les États-Unis se servent du même algorithme. C'est un processus assez clair et net. On retrouve une capacité additionnelle à la fin parce que nous entrons plus de capacité dans le système que les besoins réels et ces places sont alors utilisées si nécessaire. La capacité additionnelle est toujours utilisée.

Excusez-moi d'utiliser un exemple propre à l'Ontario mais c'est ce que je connais le mieux, donc l'Ontario offre 200 places pour des diplômés internationaux en médecine, mais souvent nous terminons avec 220, 225, 227 ou 230 qui intègrent notre système d'éducation parce que toute place disponible additionnelle est comblée immédiatement afin d'être sûr qu'il n'y a aucun poste de formation vacant.

Nous réservons 200 places, mais s'il reste des places vacantes, nous nous assurons qu'elles soient comblées.

Mme Patricia Davidson: Plus tôt dans votre témoignage j'ai cru comprendre que vous disiez que la Colombie-Britannique avait un point de vue différent sur les étudiants canadiens à l'étranger.

M. Joshua Tepper: C'est tout nouveau, seulement une semaine ou deux.

Mme Patricia Davidson: Pourriez-vous élaborer?

M. Joshua Tepper: J'aurais besoin d'un peu plus de détails sur ce qu'ils ont fait. Ce que je comprends par contre, et j'accepterais

volontiers d'être corrigé par un représentant de la Colombie-Britannique, est qu'ils ont mis de côté des postes très précis. Actuellement, il y a deux groupes: les diplômés canadiens en médecine et les diplômés internationaux en médecine. Je crois que la Colombie-Britannique a créé un nouveau groupe, c'est-à-dire un bassin séparé de candidats, destiné uniquement aux étudiants canadiens à l'étranger. C'est ce que j'en comprends.

Mme Patricia Davidson: Une des choses que l'on entend souvent est que nous avons besoin de plus de collaboration ou de communication entre les disciplines et que nous devons mieux travailler ensemble et que des ententes devraient être conclues, etc. Êtes-vous d'accord avec ça?

M. Joshua Tepper: Oui, je suis tout à fait d'accord.

Mme Patricia Davidson: Comment pourrions-nous y arriver?

M. Joshua Tepper: Toutes les juridictions le font à quelques différences près. Le gouvernement fédéral a également investi des millions de dollars. Il y a à la base deux points d'intérêt: l'un est de changer le système d'éducation et l'autre de changer le milieu de la pratique.

Il y a des quantités et des quantités d'information. Il existe des sites Internet, des documents, des projets pilotes, des projets établis et des milliers d'intervenants qui travaillent en ce moment selon des modèles interprofessionnels partout au Canada. Ils sont des milliers. Je dirais qu'il n'existe pas un seul grand centre universitaire de sciences de la santé au Canada qui ne participe pas à quelque degré ce soit à un programme d'éducation interprofessionnel. Nous appliquons des critères de compétences et des critères d'études.

Je suis conscient du temps qui file et je ne voudrais pas tout simplement... Si vous pouviez me donner une série de questions précises, je pourrais certainement vous fournir des données.

Mme Patricia Davidson: À notre dernière séance nous avons eu le témoignage d'ergothérapeutes qui prétendaient être sous-utilisés. Lorsque nous avons écouté des représentants d'autres disciplines nous avons l'impression qu'il n'y avait pas beaucoup de collaboration.

M. Joshua Tepper: Je répète qu'il y a toujours du travail à faire. Je ne crois pas que nous soyons encore arrivés à nos fins, mais je peux dire que la situation est fondamentalement différente que celle d'il y a cinq ans. Il y a toujours du travail à faire et il y aura toujours différents intervenants à différents endroits qui seront sous-utilisés. Oui je suis d'accord avec cet énoncé, je suis tout à fait d'accord.

Il s'agit d'un changement de culture et d'un changement de modèle. C'est un énorme changement de culture ainsi qu'un changement économique. Bâtir de nouveaux modèles demande beaucoup d'efforts. Les choses se déroulent différemment selon les régions et bien sûr nous ne sommes pas encore arrivés à nos fins.

• (1015)

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Tepper.

Nous passons à Mme Hughes.

Mme Carol Hughes (Algoma—Manitoulin—Kapusking, NPD): Merci, merci à tous pour vos témoignages.

J'aimerais parler un peu plus des ressources humaines en santé autochtone et plus particulièrement de l'Initiative. Nous avons entendu plusieurs témoins parler de financement pluriannuel. Vous obtenez un prolongement de deux ans et demi, quelle difficulté représente la planification lorsque le plan de financement ne dure que deux ans et demi?

Mme Shelagh Jane Woods: Pour autant que je sache, nous avons du financement pour deux ans et nous sommes habitués de travailler dans ces conditions. Nous préférerions qu'un bon nombre de nos initiatives soient à plus long terme, cependant le travail continue.

Comme je l'ai dit plus tôt, nous avons une initiative de moindre envergure, le Programme de carrière en santé pour les Premières nations et les Inuits, qui a existé longtemps avant l'IRHSA. Nous avons été capables de fonctionner et d'aller de l'avant avec ça. Les communautés et les établissements vont de l'avant et font la planification, mais je crois qu'il est également important de dire que nous nous appuyons aussi sur d'autres mécanismes de planification qui existent dans notre ministère. Nous avons intégré la planification des ressources humaines dans certains de nos processus de planification plus vastes, tels que les outils de planification et de reddition de comptes communautaires.

Si vous me permettez de faire une simple analogie, nous ne mettons pas tous nos oeufs dans le même panier, l'IRHSA. Nous nous en servons comme mécanisme pour étendre la planification au-delà des contraintes, donc je ne crois pas que cela représente un si gros problème.

Mme Carol Hughes: Nous avons entendu maintes et maintes fois que cela influence beaucoup l'inscription des étudiants et leur décision de poursuivre leurs études.

De plus, en ce qui a trait aux étudiants des premières nations et à la poursuite de leurs études, les études à temps plein à l'université durent trois ans et les études postsecondaires avec le MAINC ou le gouvernement équivalent à quatre crédits, il y a donc trois crédits versus quatre crédits. Nous avons entendu dire que cela représentait un problème pour les personnes qui reçoivent du financement. Êtes-vous au courant de la situation?

Mme Shelagh Jane Woods: Non, c'est une problématique que je ne connais pas du tout. Je suis désolée.

Mme Debra Gillis: En ce qui a trait au financement des études postsecondaires, nous avons une entente avec la Fondation nationale des réalisations autochtones selon laquelle nous finançons la fondation et eux reçoivent les demandes des étudiants des premières nations, des Inuits et des Métis et cet argent s'ajoute à l'argent qu'ils peuvent par exemple recevoir d'un programme d'aide des affaires indiennes pour les étudiants de niveau postsecondaire. Ces argent s'additionnent.

Donc, nous ne finançons pas directement. C'est une organisation autochtone très respectée qui depuis longtemps finance des études postsecondaires.

Je n'ai jamais entendu parler des trois ou quatre crédits. Lorsque les étudiants peuvent démontrer qu'ils ont besoin de financement additionnel pour poursuivre leur carrière en soins de santé, ils peuvent recevoir une aide de la FNRA, si l'argent est disponible.

Mme Carol Hughes: J'aimerais m'adresser aux représentants de la santé communautaire.

Nous avons également entendu dire que cette organisation offrait une aide nécessaire aux médecins et infirmières qui travaillent dans les communautés des premières nations et des Inuits. De nombreux témoins ont indiqué que les soignants paraprofessionnels de

première ligne qui donnent les cours et qui organisent les activités de promotion de la santé n'étaient plus soutenus par Santé Canada.

Pourquoi est-ce que le gouvernement a choisi de ne plus fournir de financement pour les paraprofessionnels comme par exemple les représentants de la santé communautaire et est-ce que Santé Canada finance d'autres types de paraprofessionnels qui assument des tâches similaires?

• (1020)

Mme Shelagh Jane Woods: Pour donner une réponse directe, nous n'avons pas cessé de financer les RSC. Nous fournissons le financement aux bandes. Ce n'est pas nous qui embauchons les RSC, mais les premières nations directement. Il y en a plus de 600. Le rôle qu'ils jouent et le travail qu'ils font varient énormément. Ils sont habituellement associés à plusieurs activités de programmes communautaires, mais c'est la première nation qui détermine ce qu'ils feront.

Nous soutenons beaucoup d'autres auxiliaires communautaires et professionnels paramédicaux oeuvrant dans des secteurs comme la toxicomanie, la santé mentale, le diabète, la santé maternelle et infantile, ainsi que les soins à domicile et les soins de santé communautaire. Nous n'avons aucunement l'intention de mettre fin à notre aide, parce qu'il s'agit d'un groupe de personnes très important. En fait, vous verrez dans notre nouvelle initiative pour les ressources humaines en santé autochtone que nous mettons davantage l'accent sur les paraprofessionnels et sur l'aide aux collectivités afin qu'elles puissent former ces personnes à un niveau de compétence qui sera éventuellement comparable à celui des personnes qui pratiquent hors-réserve.

Mme Carol Hughes: Le Dr Strasser de la NOSM a également parlé de certains des problèmes concernant la santé rurale. Je me demande, docteur Tepper, si vous avez constaté des similitudes lors de vos rencontres et discussions. Y a-t-il des similitudes? Quelles sont les différences? En tant que groupe, que devrions-nous examiner concernant les lacunes dans les soins en milieu rural? Même l'Association...

La présidente: Madame Hughes, je m'excuse. J'ai essayé d'attirer votre attention. Je dois vous interrompre. Votre temps est écoulé. Je m'excuse, mais il faut continuer.

Allez-y, madame McLeod.

Mme Cathy McLeod: Merci, madame la présidente.

Je vais revenir sur certaines des observations formulées plus tôt au sujet de l'entente générale sur la collaboration professionnelle. Je crois qu'elle est essentiellement liée aux soins primaires, mais il y a aussi beaucoup d'autres secteurs.

Vous dites que nous réalisons beaucoup de progrès, mais avons-nous atteint un point tournant? En sommes-nous là? Comment pouvons-nous y parvenir?

M. Joshua Tepper: C'est intéressant. Je regrette que nous n'ayons pas eu le temps d'aborder l'aspect rural, parce que cela me tient beaucoup à coeur.

Nous n'en sommes pas encore là. Je dirais qu'il y a quatre ou cinq ans, les gens ne parlaient même pas de la prévention et du contrôle de l'infection...

La présidente: Docteur Tepper, si vous avez des renseignements avec documents à l'appui qui pourraient être fournis à la greffière concernant l'aspect rural, je serais très heureuse d'en faire la distribution au comité.

M. Joshua Tepper: Je suis d'avis que le chapitre 7 du rapport de Roy Romanow, en particulier le début, est très convaincant.

La présidente: Merci. Maintenant poursuivons.

M. Joshua Tepper: Nous n'avons pas encore atteint un point tournant, loin de là. Selon moi, nous sommes passés d'une hérésie à une question qui est maintenant sur la table et dont on discute. Nous n'avions probablement aucun projet pilote et maintenant nous en avons de très complets, par exemple, les modèles de soins primaires dans plusieurs provinces auxquelles participent des millions de patients. Il existe d'autres modèles de soins pour ce qui est du remplacement de la hanche et du genou, et des centaines de chirurgies de la cataracte, etc., sont effectuées selon ce modèle, mais malheureusement nous n'avons toujours pas atteint le point tournant.

C'est un énorme changement de culture pour le système de santé. Un changement très profond qui nécessite une harmonisation de beaucoup d'autres parties du système de santé: la rémunération, la réglementation, dans certains cas des lois, et dans certains cas des questions d'assurance, selon la personne à qui on s'adresse.

Au moins, à l'heure actuelle, des discussions sont tenues, et je crois qu'elles sont incroyablement dynamiques, et les résultats qui en découlent sont extrêmement positifs.

Mme Cathy McLeod: Je vais revenir sur les commentaires de mon collègue. Les soins de santé en milieu rural sont, bien sûr, importants. Je représente de nombreux habitants des régions rurales qui connaissent des difficultés. Je pense qu'au fil des ans Santé Canada a réussi à tenir compte des collectivités très isolées, et par l'entremise de paraprofessionnels et d'autres outils et personnes, elle a réussi à répondre à un besoin, mais peut-être pas en totalité, et je considère le modèle de soins dentaires qui fait partie de la démarche de Santé Canada pour appuyer les collectivités autochtones.

Je vais vous céder la parole pour que vous nous parliez des soins de santé en milieu rural. Je crois que c'est un sujet important pour bon nombre de personnes dans cette salle.

• (1025)

M. Joshua Tepper: Selon moi, les soins de santé en milieu rural rendent le Canada unique, sauf peut-être pour un seul autre pays, l'Australie. Je suis très heureux que vous ayez eu la chance d'entendre Roger Strasser, un important chef de file dans le domaine.

Je dirais que chaque province s'est attaquée au problème de façons différentes, à commencer par le système d'éducation. La Colombie-Britannique a établi une unité constituante à Prince George, l'Ontario

a construit une toute nouvelle école dans le Nord, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ont acheté des postes de résidents pour les milieux ruraux. Tout le monde a fait un travail en matière d'éducation et a réfléchi à qui allait venir, où ces personnes étaient formées, et comment elles étaient formées, car c'est fondamentalement différent.

Par ailleurs, les méthodes et les modèles de pratique et la façon de réfléchir au travail de ces personnes doivent aussi être très différents. Le champ de pratique dans les régions rurales est complètement différent.

J'ai travaillé à Iqaluit. J'ai travaillé dans le Nord de la Colombie-Britannique, à Hazelton, et dans beaucoup d'endroits du même genre. J'ai travaillé dans le Nord de l'Ontario, sans doute dans une dizaine de collectivités, certaines n'ayant pas plus de 1 000 habitants, ou probablement 650 personnes durant l'hiver.

Comme je l'ai mentionné, il nous faut des modèles très différents et des systèmes d'éducation très différents pour aider les personnes qui travaillent à ces endroits. Il faut vraiment en faire une priorité dans votre rapport.

Mme Cathy McLeod: Merci.

Si j'ai le temps, j'ai une brève question à poser à Statistique Canada. En plus des renseignements disponibles de façon systématique, combien de demandes relatives à la santé recevez-vous par année pour lesquelles vous devez facturer et effectuer des recherches particulières?

M. Jeff Latimer: Je n'ai pas cette information, mais je peux vous la fournir facilement aujourd'hui. Nous pouvons retourner au bureau et calculer le nombre de demandes que nous recevons. Ce n'est pas un problème.

La présidente: Si vous pouvez transmettre cette information à la greffière, nous la ferons traduire et nous la fournirons à tous les membres du comité.

Cela met fin à notre discussion d'aujourd'hui.

Je dois dire qu'elle a été extrêmement utile. La table de ce comité est entourée de personnes très compétentes. Nous vous sommes très reconnaissants d'être ici, et nous vous remercions beaucoup de vos commentaires.

Je vais suspendre la séance du comité deux minutes, et une séance à huis clos suivra pour les travaux.

[La séance se poursuit à huis clos.]

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

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

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

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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