



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 018

Le mercredi 27 avril 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mercredi 27 avril 2022

• (1620)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte. Bonjour à toutes et à tous.

Bienvenue à la 18^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Aujourd'hui, nous nous entretiendrons pendant une heure avec des témoins dans le cadre de notre étude sur les effectifs du secteur de la santé au Canada. Ensuite, nous consacrerons une heure aux instructions de rédaction, à huis clos.

Avant de présenter les témoins d'aujourd'hui, j'ai quelques rappels à faire concernant les réunions hybrides. La réunion d'aujourd'hui se déroulera selon une formule hybride, conformément à l'ordre adopté par la Chambre le 25 novembre 2021. Conformément à la directive du Bureau de régie interne du 10 mars 2022, tous ceux et celles qui assistent à la réunion en personne doivent porter un masque, à l'exception des députés qui sont à leur place pendant les travaux.

Je m'adresse maintenant aux témoins. Tout d'abord, je vous remercie pour votre patience. Une fois les travaux commencés, veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Vous participez à la réunion par vidéoconférence. Pour activer votre micro, cliquez sur l'icône du microphone. Je vous prie de vous mettre en sourdine lorsque vous n'avez pas la parole. Pour les services d'interprétation, vous avez le choix, au bas de votre écran, entre le parquet, l'anglais et le français.

Je vous rappelle que toutes les interventions doivent être adressées à la présidence et que les captures d'écran sont interdites. Les délibérations d'aujourd'hui seront diffusées sur le site Web de la Chambre des communes. J'informe le Comité que tous les témoins ont effectué les essais de connexion nécessaires avant la réunion, comme le prévoit notre motion de régie interne.

Maintenant, je souhaite la bienvenue à nos témoins, qui ont attendu patiemment le début de la réunion. Nous accueillons aujourd'hui la Dre Geneviève Moineau, présidente et directrice générale de l'Association des facultés de médecine du Canada; Mme Ivy Lynn Bourgeault, directrice du Réseau canadien des personnels de santé; M. Jeffrey Moat, président-directeur général, et le Dr José Pereira, directeur scientifique de Pallium Canada; ainsi que Mme Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction de la Fédération des ordres des médecins du Canada.

Je vous remercie pour votre patience et pour votre présence.

Nous allons commencer par les déclarations préliminaires des témoins, dans l'ordre où ils apparaissent sur l'avis de convocation. Je sais que nous vous avons demandé votre indulgence pour notre retard, mais je vous prie d'essayer de respecter la limite de cinq minutes. Il se peut que la réunion d'aujourd'hui soit écourtée, et nous

tenons à avoir le temps d'entendre tous les témoins et de poser des questions. Vous disposez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire.

Nous allons commencer par la Dre Moineau. Bienvenue au Comité. La parole est à vous.

Dre Geneviève Moineau (présidente et directrice générale, Association des facultés de médecine du Canada): Je vous remercie, monsieur le président.

Honorables membres du Comité permanent de la santé, je vous remercie de m'avoir invitée à m'adresser à vous au nom de l'Association des facultés de médecine du Canada. Je serai ravie de répondre à vos questions dans les deux langues officielles.

Je suis heureuse de me joindre à vous aujourd'hui depuis la magnifique région de Lake Louise, en Alberta, située sur le territoire du Traité n^o 7 et les territoires traditionnels ancestraux de la Première Nation Stoney Nakoda, des nations de la Confédération des Pieds-Noirs, du peuple déné et de la nation métisse de l'Alberta de la région n^o 3. L'AFMC est située à Ottawa, sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin anishinabe.

Je m'appelle Dre Geneviève Moineau. Je suis présidente et directrice générale de l'AFMC. De plus, j'exerce la médecine d'urgence pédiatrique au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario et je suis professeure au département de pédiatrie et de médecine d'urgence de l'Université d'Ottawa. L'AFMC représente les 17 facultés de médecine du Canada, qui forment et produisent les médecins canadiens.

L'AFMC félicite le Comité permanent d'avoir entrepris cette étude sur les effectifs du secteur de la santé au Canada. Nous reconnaissons que les solutions aux problèmes relatifs à la planification des ressources humaines en santé doivent tenir compte de toutes les professions de la santé. Le but ultime, c'est que les patients reçoivent les bons soins du bon fournisseur et au bon moment.

L'AFMC a à cœur de répondre aux besoins de la population canadienne; elle milite depuis longtemps pour l'amélioration de la planification des effectifs médicaux au Canada. Je suis convaincue que nous avons des renseignements utiles à vous présenter aujourd'hui pour soutenir votre importante étude.

Comme d'autres témoins vous l'ont déjà dit, selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019, environ 4,6 millions de Canadiens de 12 ans et plus n'ont pas de fournisseur habituel de soins de santé. La pandémie a aggravé cette pénurie de longue date. Nous encourageons le gouvernement fédéral à participer à la coordination des changements et à servir d'inspiration pour les dirigeants des provinces et des territoires afin que nous disposions du nombre, de l'éventail et de la distribution de médecins nécessaires pour répondre aux besoins de la société.

J'aimerais attirer votre attention sur les principales considérations fondées sur les données recueillies par l'AFMC. Premièrement, les taux actuels d'admission aux écoles de médecine ne suivent pas la croissance de la population canadienne. Deuxièmement, un nombre croissant de diplômés des écoles de médecine canadiennes doivent attendre avant d'être admis à un programme de résidence; il y a donc un délai avant qu'ils puissent commencer à fournir aux Canadiens les soins dont ils ont besoin. Troisièmement, nous ne répondons pas aux besoins actuels en matière de médecins de famille, particulièrement dans les régions rurales.

Afin de répondre aux besoins de la société, le nombre d'admissions aux écoles de médecine doit suivre le taux de croissance de la population. Or, depuis 2010, la population canadienne a augmenté de 12 %, tandis que les admissions aux écoles de médecine n'ont crû que de 6 %.

Non seulement les admissions ne suivent pas le taux de croissance de la population canadienne, mais en plus, les étudiants canadiens en médecine continuent à avoir de la difficulté à accéder à un programme de résidence l'année où ils obtiennent leur diplôme. Des fonds publics sont investis dans chaque diplômé en médecine produit au Canada. Lorsque les diplômés ne sont pas jumelés, il faut attendre plus longtemps avant qu'ils commencent à pratiquer la médecine et à fournir des soins à la population canadienne.

En augmentant le nombre de postes de résidence de façon à ce qu'il y ait au moins 100 postes pour chaque tranche de 100 diplômés, on réduirait le nombre de diplômés en médecine canadiens non jumelés. Les dirigeants fédéraux et provinciaux doivent travailler ensemble pour faire en sorte que le système canadien offre un nombre adéquat de postes de résidence et qu'il soit assez souple pour assurer la réussite des étudiants canadiens.

En outre, la création de postes additionnels de résidence en médecine familiale doit être axée sur la formation de ressources en milieu rural afin de répondre aux besoins urgents de la population canadienne.

En conclusion, l'AFMC recommande au gouvernement du Canada de collaborer avec les gouvernements des provinces et des territoires pour faire en sorte que les admissions aux écoles de médecine suivent le taux de croissance de la population et que tous les diplômés des écoles de médecine canadiennes aient accès à un poste de résidence dès l'obtention de leur diplôme.

Je vous remercie pour votre attention. Je serai ravie de répondre à vos questions.

• (1625)

[Français]

Merci beaucoup.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, docteur Moineau.

Nous allons maintenant entendre la représentante du Réseau canadien des personnels de santé.

La parole est à vous, madame Ivy Lynn Bourgeault.

Mme Ivy Lynn Bourgeault (directrice, Réseau canadien des personnels de santé): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invitée à parler des effectifs du secteur de la santé au Canada, une question d'une importance capitale.

Je me joins à vous depuis Ottawa, le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin anishinabe. Je rends hommage à ce peuple.

Je m'appelle Ivy Bourgeault. Je représente le Réseau canadien des personnels de santé, un réseau pancanadien d'échange de connaissances qui regroupe des chercheurs et des utilisateurs du savoir...

Le président: Madame Bourgeault, je suis désolé. Il y avait un problème technique avec l'interprétation, mais il a suffi du temps que je vous interrompe pour le régler.

Continuez, s'il vous plaît.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Voulez-vous que je recommence?

Le président: Permettez-vous qu'elle reprenne là où elle s'est arrêtée?

Je vous prie de reprendre à partir du moment où je vous ai interrompu et non du début.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Je m'appelle Ivy Bourgeault. Je représente le Réseau canadien des personnels de santé, un réseau pancanadien d'échange de connaissances qui regroupe des chercheurs et des utilisateurs du savoir déterminés à fournir les meilleures données probantes pour trouver des solutions aux problèmes liés aux effectifs du secteur de la santé.

Permettez-moi de commencer en affirmant clairement que si les effectifs du secteur de la santé au Canada étaient un patient, ce patient serait dans un état critique. Les effectifs du secteur de la santé ont besoin d'attention immédiate. De nombreux témoins ont déjà dit au Comité que la pandémie avait engendré des taux sans précédent d'épuisement professionnel, de détresse et de postes vacants, attribuables aux risques pour la santé et la sécurité, aux charges de travail insoutenables, aux vacances annulées et aux réaffectations obligatoires.

Ensuite, il y a la violence.

Dans votre rapport de 2019, vous avez souligné que les travailleurs de la santé ont quatre fois plus de risque de subir de la violence au travail que les travailleurs des autres professions, et pourtant, la plupart des cas de violence qu'ils subissent ne sont pas signalés en raison de la culture d'acceptation de la violence. Nous savons que votre comité ne pourra pas régler ce problème à lui seul. Nous attendons toujours la campagne de sensibilisation et le cadre pancanadien de prévention que vous avez recommandés. Nous attendons aussi que la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé soit enfin mise à jour pour combler les pénuries de main-d'œuvre, ces pénuries alimentant la violence subie par les travailleurs de la santé, comme votre comité l'a reconnu.

La COVID-19 a traumatisé les travailleurs canadiens du secteur de la santé, mais la majorité des problèmes sont antérieurs à la pandémie. La pandémie a rendu évident le manque de réponses claires aux questions les plus fondamentales concernant les effectifs du secteur de la santé au Canada. Par exemple, nous en savons peu sur le nombre de fournisseurs de soins qui sont employés dans des secteurs critiques comme les soins à domicile, les soins de longue durée et les soins de santé mentale.

Le Canada accuse beaucoup de retard par rapport à des pays comparables de l'OCDE au chapitre des outils décisionnels et des données sur les effectifs du secteur de la santé. La recherche sur les effectifs du secteur de la santé reçoit moins de 3 % des fonds de recherche sur les politiques et les services de la santé, et moins de 1 % de l'ensemble des fonds nationaux de recherche en matière de santé. D'autres pays de l'OCDE soutiennent la prise de décisions fondées sur des données probantes à l'échelle nationale, mais au Canada, nous sommes réduits à prendre des décisions critiques dans l'ignorance.

Le manque de connaissances fondamentales sur les ressources humaines est inadmissible, surtout étant donné que plus de 10 % des Canadiens occupant un emploi sont des travailleurs de la santé. En outre, plus de deux tiers des dépenses en santé au Canada vont aux travailleurs du secteur; ce montant s'est élevé à 175 milliards de dollars en 2019, ce qui équivaut à près de 8 % du PIB total du Canada. Par conséquent, tous les ordres de gouvernement, y compris le gouvernement fédéral, ont un rôle essentiel à jouer dans l'élaboration de politiques éclairées, dans la planification stratégique des effectifs du secteur de la santé et dans la gouvernance du système de santé.

À ce jour, plus de 65 organismes de soins de santé et 300 dirigeants organisationnels et spécialistes des effectifs du secteur de la santé ont signé l'appel à l'action demandant au gouvernement fédéral de prendre l'initiative d'aider les provinces, les territoires, les régions, les hôpitaux, les autorités de santé et les programmes de formation à investir dans l'amélioration des outils décisionnels et des données sur les effectifs du secteur de la santé.

Le mémoire que nous avons présenté au Comité comprend un ensemble de solutions prometteuses fondées sur des données probantes. Inspirée des modèles canadiens existants et des pratiques exemplaires internationales, la solution que nous privilégions vise la création, par le gouvernement fédéral, d'un organisme voué à la coordination des effectifs du secteur de la santé. Cet organisme serait chargé d'améliorer l'infrastructure de données actuelle et les outils d'aide à la prise de décisions afin de favoriser la planification, l'élaboration de politiques et la gestion stratégiques partout au Canada. Cet organisme serait créé de façon semblable à l'Agence de la santé publique du Canada à la suite de la crise du SRAS, une crise de bien moindre envergure que celle de la COVID-19.

En plus de répondre aux besoins en matière d'infrastructure de données et d'outils décisionnels, un tel organisme pourrait s'employer à résoudre les problèmes pressants en recueillant et en communiquant les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes visant à maintenir en poste les travailleurs de la santé et à favoriser le retour de ceux qui ont quitté le secteur récemment, ainsi qu'à orienter l'élaboration de stratégies de recrutement axées sur le Canada. Ce sont là les trois nouveaux volets de la gestion des effectifs du secteur de la santé: le maintien en poste, le retour et le recrutement.

Il faut que les travailleurs de la santé d'aujourd'hui sachent que les choses iront mieux demain. Ils sont fatigués, et un grand nombre d'entre eux risquent de démissionner. Les patients dans un état critique requièrent des soins de suivi, de la surveillance et du soutien continus, ainsi que des mesures pour prévenir la récurrence de maladies graves. C'est exactement ce dont les effectifs du secteur de la santé ont besoin.

La population le comprend. Les résultats d'un sondage d'opinion publique mené en mars dernier montrent que 9 Canadiens sur 10

s'inquiètent de la santé mentale des travailleurs de la santé et que 8 Canadiens sur 10 s'inquiètent aussi des conséquences de cette situation sur l'accès aux soins de santé et sur leur qualité.

Il faut agir dès maintenant et il faut voir le statu quo pour ce qu'il est: l'option la plus coûteuse et la moins justifiable pour l'avenir.

Je serai ravie de répondre à vos questions à ce sujet. Je vous remercie encore une fois pour l'invitation.

• (1630)

Le président: Merci, madame Bourgeault.

Nous allons maintenant entendre, de Pallium Canada, Jeffrey Moat, président-directeur général.

Monsieur Moat, la parole est à vous.

M. Jeffrey Moat (président-directeur général, Pallium Canada): Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis accompagné aujourd'hui du Dr José Pereira, qui vous fera part de nos remarques. Je suis le président-directeur général de Pallium Canada.

Je veux saisir cette occasion pour reconnaître que le territoire d'où je fais ma déclaration, la ville d'Ottawa, est le territoire traditionnel, non cédé et non abandonné, du peuple algonquin Anishinabe.

Depuis plus de 20 ans, Pallium Canada, un organisme national à but non lucratif qui a été établi en Alberta et qui a maintenant son siège social à Ottawa, donne aux travailleurs de la santé de première ligne les compétences essentielles nécessaires pour fournir des soins palliatifs aux Canadiens. La capacité de fournir une approche de soins palliatifs au moment et à l'endroit où elle est nécessaire est essentielle pour toutes les ressources humaines de la santé dans une main-d'œuvre moderne, agile et de plus en plus diversifiée. Pourtant, la plupart des professionnels de la santé ne reçoivent que peu ou pas de formation en soins palliatifs au cours de leur formation officielle.

Les solutions de formation interprofessionnelle flexibles et adaptables de Pallium répondent aux besoins individuels d'apprentissage et en équipe de tous les professionnels de la santé, y compris les médecins, les membres du personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les travailleurs de soutien personnel, les ambulanciers et autres. Pallium a conçu des formations précisément destinées aux responsables des soins de santé afin qu'ils disposent des connaissances requises pour soutenir le succès des équipes de soins de santé qu'ils dirigent.

Les programmes LEAP de Pallium — LEAP est un acronyme, soit dit en passant, qui signifie « approches d'apprentissage essentielles aux soins palliatifs » — augmentent les connaissances et les compétences en matière de soins palliatifs et donnent aux prestataires de soins de santé les moyens d'apporter des changements à leur pratique et d'améliorer les soins palliatifs qu'ils fournissent aux patients. La conception interprofessionnelle des cours LEAP crée également une compréhension et une culture communes au sein des équipes de soins de santé et il a été démontré qu'elle augmente la satisfaction et le plaisir au travail.

En tant que programme national de formation accrédité et fondé sur des données probantes, LEAP favorise la mobilité des ressources humaines en santé et répond aux besoins ciblés en matière de santé mentale de la main-d'œuvre. Ce point a été récemment souligné dans l'étude sur les effectifs des établissements de soins de longue durée de l'Ontario, qui qualifie la capacité de fournir des soins palliatifs comme un défi majeur pour le personnel des soins de longue durée, ce qui a une incidence négative sur leur santé mentale et leur bien-être.

Ce manque de compétences en soins palliatifs parmi les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada a trop souvent entraîné des douleurs et des souffrances inutiles pour les Canadiens et de la peine pour les familles et les proches qui ne peuvent pas accéder aux soins palliatifs dont ils ont besoin. Si la pandémie n'a pas fait ressortir assez clairement la nécessité d'une meilleure formation en soins palliatifs, je ne sais pas ce qui le fera. Les appels lancés par le passé pour améliorer ces compétences essentielles ont été trop souvent ignorés.

La bonne nouvelle, c'est que des solutions comme le programme LEAP ont déjà été payés par les contribuables canadiens. Il faut un engagement en place pour diffuser et mettre à l'échelle ces solutions afin que les ressources humaines en santé aient les compétences et la confiance voulues pour offrir de meilleurs soins palliatifs à un plus grand nombre de Canadiens.

Docteur Pereira.

Dr José Pereira (directeur scientifique, Pallium Canada):
Merci beaucoup.

Honorables membres, bonjour, et merci de l'occasion de plaider en faveur de l'état de préparation du personnel de santé dans le secteur des soins palliatifs et de fin de vie.

Je suis le Dr José Pereira et je suis médecin, éducateur et chercheur en soins palliatifs au Canada depuis plus de 25 ans. Je suis actuellement professeur et directeur de la division des soins palliatifs au département de médecine familiale de l'Université McMaster. Je suis également agent scientifique et cofondateur de Pallium Canada.

Les maladies progressives avancées, qu'il s'agisse de cancers ou autres, continuent de toucher durement les Canadiens en termes de qualité de vie, de souffrances et de coûts des soins de santé. De nombreuses preuves montrent que les soins palliatifs peuvent réduire ce fardeau en améliorant la qualité de vie, en réduisant les admissions à l'hôpital et les visites aux urgences, et en diminuant les coûts des soins de santé.

Bien qu'il y ait eu des progrès notables au cours des 20 dernières années quant à l'accès aux services de soins palliatifs et à l'intégration des soins palliatifs dans les programmes d'enseignement des professionnels de la santé, de nombreuses lacunes demeurent. Malgré ce que certains disent, ce ne sont pas tous les Canadiens qui ont accès à des soins palliatifs en temps opportun et de qualité élevée lorsqu'ils en ont besoin. L'une des principales raisons est le manque de préparation du personnel de santé pour fournir des soins palliatifs.

Ces problèmes de main-d'œuvre concernent à la fois les soins palliatifs spécialisés et les soins palliatifs de premier niveau, également appelés soins palliatifs généraux. S'ils disposent des compétences de base en soins palliatifs, les cliniciens et autres professionnels de nombreux domaines, tels que les soins primaires, les soins

de longue durée, le traitement du cancer, la cardiologie et la néphrologie, pour n'en citer que quelques-uns, sont également en mesure d'initier une démarche de soins palliatifs.

Il n'y a actuellement pas suffisamment de spécialistes en soins palliatifs et de postes financés pour des cliniciens en soins palliatifs dans de nombreuses instances canadiennes. De plus, de nombreux cliniciens en soins palliatifs, dont je fais partie, approchent de la retraite ou l'envisagent. Dans une étude que j'ai cosignée en 2015, nous avons trouvé seulement 265 médecins en Ontario qui pratiquaient principalement les soins palliatifs. Les normes émergentes préconisent au moins le double de ce nombre.

Il n'y a pas assez de postes de formation financés pour les médecins spécialisés en soins palliatifs. Dans ma propre division de soins palliatifs à l'Université McMaster, par exemple, nous avons la capacité de former jusqu'à six ou huit nouveaux spécialistes en soins palliatifs chaque année, mais nous ne recevons des fonds que pour un seul stagiaire par année.

Dans mes travaux cliniques, je vois souvent que les soins palliatifs ne sont activés que dans les derniers jours, voire les dernières heures de vie, lorsqu'il est trop tard. Cette situation est démoralisante, alors que des preuves et des expériences justifient la mise en place de soins palliatifs précoces plusieurs mois auparavant, parallèlement aux traitements visant à contrôler les maladies. Là encore, l'une des causes fondamentales est le manque de connaissances et de compétences de base en matière de soins palliatifs au sein du personnel de santé.

Dans une vaste étude de 2015 mettant en cause des professionnels des soins primaires dans plusieurs pays de l'OCDE, seulement 42 % des médecins canadiens de soins primaires ont déclaré que leur cabinet était préparé à fournir des soins palliatifs primaires à leurs propres patients, en grande partie en raison d'un manque de formation et d'expérience. Il s'agit de l'un des taux les plus faibles parmi les 10 pays étudiés, et ce n'est pas seulement dans le domaine des soins primaires. Nous constatons des résultats primaires dans toutes les études et dans différents domaines de spécialité.

Dans une étude canadienne récente, les stages cliniques en soins palliatifs étaient obligatoires dans seulement deux facultés de médecine, pas du tout offerts dans deux autres et seulement facultatifs dans 13. Aux études supérieures, seulement 60 % des stagiaires en médecine familiale et 31 % des résidents en médecine interne ont effectué de telles rotations.

La bonne nouvelle, c'est qu'il y a des données probantes qui révèlent que la formation de base peut faire une différence. Dans une importante étude dans le cadre de laquelle nous avons fait participer plus de 4 000 médecins, membres du personnel infirmier, travailleurs sociaux et pharmaciens qui ont suivi des cours du programme LEAP de Pallium Canada, nous avons découvert que ces cours amélioraient la planification préalable des soins et les discussions sur les objectifs des soins, la gestion de la douleur et des symptômes, l'utilisation d'opioïdes et le travail d'équipe jusqu'à quatre mois après les cours.

Nous avons hâte à un avenir où ces besoins en formation de la main-d'œuvre seront abordés et où des investissements à long terme seront effectués dans la formation en soins palliatifs afin d'augmenter le nombre de spécialistes et de généralistes en soins palliatifs au Canada, et de répandre et d'étendre à tous les milieux de soins les programmes d'éducation existants, éprouvés et conçus au Canada.

Merci beaucoup.

• (1635)

Le président: Merci, docteur Pereira et monsieur Moat.

Nous allons maintenant entendre Mme Lefebvre, s'il vous plaît.

Mme Fleur-Ange Lefebvre (directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada): Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité. Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. J'ai également le privilège de m'adresser à vous depuis les mêmes terres autochtones que ceux qui ont témoigné avant moi cet après-midi.

Je tiens à souligner quelques points avant de commencer. Premièrement, je ne suis pas médecin. Deuxièmement, les membres de la Fédération des ordres des médecins du Canada ont délégué des pouvoirs législatifs pour régler les médecins afin de servir l'intérêt public. Troisièmement, en tant qu'organisme bénévole composé de membres représentant les 13 ordres des médecins provinciaux et territoriaux, la FOMC facilite les discussions et les efforts de collaboration avec ses membres en vue d'avoir une réglementation améliorée.

Le Comité de la santé a entrepris une étude pour reconnaître l'épuisement et le surmenage professionnel parmi les professionnels de la santé, y compris les médecins. Ces dernières années, les ordres des médecins ont enregistré une hausse du nombre de médecins qui ont été portés à leur attention en raison d'un épuisement professionnel, de troubles de santé mentale et de toxicomanie. Les ordres des médecins ont pour mandat de protéger la population, et leurs responsabilités incluent rarement, voire jamais, la défense des intérêts de la profession. Cependant, elles comprennent l'administration d'un programme d'assurance de la qualité pour les médecins. Bien que ce soit difficile à quantifier, la FOMC croit que l'épuisement et le surmenage professionnel des médecins d'un bout à l'autre du Canada sont suffisamment importants pour avoir des répercussions négatives sur la qualité des soins que les Canadiens reçoivent. Autrement dit, la santé des médecins est une question de sécurité pour les patients.

Votre étude vise à examiner comment le gouvernement fédéral peut faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. L'unique façon est d'aborder la situation en plaçant le patient au centre de la discussion.

Je vais aborder quatre points.

Le premier est celui des soins virtuels. La FOMC définit les soins virtuels comme étant la prestation de soins au moyen d'une communication électronique au cours de laquelle le patient et le médecin se trouvent à des endroits différents. Les ordres des médecins croient que les soins virtuels peuvent permettre un meilleur accès aux soins de part et d'autre du Canada. Toutefois, on s'attend à ce que les médecins fournissent tous les éléments de bons soins médicaux. La norme de soins attendue est la même, que le patient soit vu en personne ou en consultation virtuelle. Il est important de noter que le respect de la norme de soins nécessite inévitablement l'accès à des soins en personne pour de nombreuses pathologies. Cela signifie que les soins virtuels ne peuvent être utilisés que dans une certaine mesure.

Le deuxième est celui des diplômés internationaux en médecine ou DIM. Les DIM venant de nombreux pays et ayant suivi de très nombreux programmes de formation différents cherchent à venir au

Canada. Le soutien des voies d'accès à l'obtention d'un permis de pratique pour les DIM représente une véritable occasion de contribuer à régler les pénuries de ressources humaines dans le domaine de la santé, dans la mesure où les protocoles d'examen et d'évaluation appropriés sont établis et tenus à jour.

Les diplômés des écoles de médecine canadiennes, comme la Dre Moineau peut très bien l'expliquer, suivent une formation de premier cycle et d'études supérieures et sont assujettis à des évaluations régulières en cours de route avant qu'ils puissent passer au niveau d'éducation suivant. Ils doivent également réussir les examens de certification nationaux avant de se voir délivrer un permis d'exercice dans n'importe quelle région du Canada. Ce sont là toutes les étapes à suivre pour assurer à la population que les médecins qui les traitent sont qualifiés pour le faire.

Les ordres des médecins ont également des mécanismes en place pour évaluer les diplômés internationaux. Les ressources disponibles sont limitées, et l'expansion de ces programmes à un niveau national plus vaste nécessiterait beaucoup plus de ressources, mais pourrait avoir une incidence considérable sur les défis auxquels le Canada est confronté à l'heure actuelle. Il serait, à notre avis, déraisonnable de contourner l'examen et l'évaluation appropriés de chaque candidat DIM en voie d'obtenir son permis d'exercice simplement pour accroître le nombre de médecins disponibles, car même une poignée de médecins incompetents pourrait avoir des répercussions extrêmement négatives sur la santé et la sécurité de dizaines de milliers de Canadiens.

Le troisième est un registre national des médecins et autres fournisseurs de soins de santé. Les ordres des médecins sont la seule source de vérité lorsqu'il s'agit de données concernant les médecins autorisés à exercer dans ce pays. Leurs données sont conservées dans chaque province et territoire.

Un registre national ou une liste de tous les médecins pourrait être un outil très utile pour les organismes de réglementation — car de nombreux travailleurs de la santé sont autorisés à exercer dans plus d'une instance —, mais aussi pour la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, surtout si le registre inclut des renseignements concernant le champ d'activités d'un praticien.

Un registre de la sorte nécessite d'importantes ressources en matière de développement et un engagement permanent pour maintenir la base de données à jour et pertinente pour les gouvernements, les organismes de réglementation, les chercheurs et les décideurs politiques. Deux outils importants sont déjà disponibles pour la médecine: un identifiant unique pour la collecte universelle de données et un portail commun pour les demandes d'autorisation d'exercer.

En plus d'un registre national, le gouvernement fédéral peut vouloir examiner la U.S. National Practitioner Data Bank. Il y a plus de renseignements à ce sujet dans le document que j'ai soumis.

• (1640)

Enfin, en ce qui a trait aux autres fournisseurs de soins de santé, la Fédération des ordres des médecins du Canada et les ordres des médecins accueillent favorablement les autres professionnels des soins de santé réglementés comme les adjoints au médecin, les infirmières praticiennes, les aides-anesthésistes, les médecins associés, etc. dans le système, puisqu'ils peuvent aider à répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé.

Pour tous les professionnels des soins de santé, les grands principes seront la désignation des compétences requises, la formation appropriée pour acquérir ces compétences et les évaluations pertinentes dans le bon contexte pour confirmer l'acquisition des compétences.

Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner devant le comité de la santé aujourd'hui. Je serai heureuse de répondre à vos questions et d'entendre vos commentaires dans les deux langues officielles.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame Lefebvre.

Nous allons maintenant passer aux questions, et commencer avec M. Barrett, des conservateurs.

• (1645)

M. Michael Barrett (Leeds—Grenville—Thousand Islands et Rideau Lakes, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie également les témoins de se joindre à nous aujourd'hui.

Monsieur le président, j'aimerais aborder un point avant de céder mon temps de parole à M. Ellis.

Monsieur le président, par votre entremise, je souhaite obtenir le consentement unanime des membres du Comité en vue d'adopter la motion suivante. Je propose:

Que le Comité permanent de la santé fasse rapport à la Chambre pour lui signifier qu'il appuie la pleine participation de Taïwan à l'Assemblée mondiale de la santé et à l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Comme il n'y a pas eu de préavis de 48 heures, monsieur le président, il faut le consentement unanime des membres du Comité.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Barrett.

Comme vous l'avez fait valoir, l'avis requis n'a pas été présenté, mais nous pouvons procéder avec le consentement unanime du Comité.

Je crois que nous avons deux questions. Premièrement, est-ce que les membres du Comité sont prêts à étudier la motion malgré l'absence d'un préavis de 48 heures? Êtes-vous d'accord?

Des députés: D'accord.

Le président: D'accord.

Vous avez entendu la motion; plaît-il aux membres du Comité de l'adopter ou souhaitez-vous en débattre?

(La motion est adoptée.)

Le président: Allez-y, monsieur Barrett.

M. Michael Barrett: Merci, monsieur le président.

J'ai utilisé une minute et 12 secondes; j'aimerais céder le reste de mon temps de parole à M. Ellis.

Le président: Allez-y, monsieur Ellis.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci, monsieur Barrett. Vous êtes très gentil.

Je vais aller droit au but, puisque nous avons pris beaucoup de retard. Je crois que c'est le plus important.

J'aimerais commencer avec la Dre Moineau.

Nous avons parlé de jumeler les admissions dans les écoles de médecine aux postes de résidents afin de suivre la croissance de la population canadienne. Nous savons que nous accusons un retard important. Est-ce que votre association a une idée du nombre réel d'étudiants en médecine dont nous aurions besoin pour combler l'écart à l'heure actuelle, et du portrait de la situation pour l'avenir?

Dre Geneviève Moineau: Je vous remercie pour votre question.

Nous travaillons à confirmer ce nombre, de même que la capacité de nos 17 écoles de médecine à l'heure actuelle. Nous pourrions vous transmettre l'information sous peu.

M. Stephen Ellis: Merci, docteur Moineau.

Je sais que dans le domaine médical, « sous peu » signifie dans cinq minutes, mais au gouvernement fédéral, cela peut signifier 15 ans. Quand pourrait-on s'attendre à obtenir ces renseignements?

Dre Geneviève Moineau: Au cours des prochaines semaines.

M. Stephen Ellis: D'accord, c'est excellent. Je vous remercie de transmettre ces renseignements au Comité.

Pour faire suite à cette question, j'aimerais savoir si l'on obtiendra des données sur le jumelage des écoles de médecine aux résidences. Pouvez-vous nous parler de l'écart actuel? Cela me semble être un problème important.

Dre Geneviève Moineau: Nous en sommes actuellement à la moitié du processus de jumelage de cette année, mais nous savons qu'il y a environ 100 postes à pourvoir à l'heure actuelle, et ce sans compter l'augmentation du nombre de postes dans les écoles de médecine.

Nous pourrions encore une fois vous transmettre les chiffres exacts en fonction du jumelage actuel, qui se terminera à la fin du mois de mai. Nous pourrions ajouter cette information à la trousse de documents que nous transmettrons au comité permanent.

M. Stephen Ellis: C'est excellent. Merci, docteur Moineau.

À titre de précision pour ceux qui ne comprendraient peut-être pas le système, cela signifie qu'il y a 100 étudiants en médecine formés au Canada qui ne peuvent devenir médecins parce qu'ils n'obtiennent pas de poste de résidents.

Dre Geneviève Moineau: Au moment où ils obtiennent leur diplôme... C'est exact.

M. Stephen Ellis: Avons-nous une idée du nombre de ces personnes qui se trouvent au Canada et qui ont abandonné l'idée d'un jumelage?

Est-ce que ces données sont disponibles?

Dre Geneviève Moineau: Ce sont des diplômés des écoles de médecine canadienne, alors ils sont au Canada.

Le problème, c'est qu'ils perdent du temps s'ils ne font pas leur résidence tout de suite après avoir obtenu leur diplôme, au cours de la même année. Bon nombre d'entre eux seront jumelés au bout du compte, mais ils devront attendre une année, ce qui est très malheureux, à la fois pour le système de santé, parce que nous voulons que ces personnes terminent leur formation et deviennent des praticiens indépendants, mais aussi pour les stagiaires.

M. Stephen Ellis: Je comprends; merci. Avons-nous une idée du nombre de personnes qui n'ont jamais été jumelées? Est-ce que ce sont 50 ou 1 000 personnes au fil des années? Est-ce qu'il y en a 100 de plus par année qu'il y a 10 ans?

• (1650)

Dre Geneviève Moineau: Il y en a eu plus que 50 au cours des dernières années. Cette information est un peu plus difficile à obtenir, mais nous pouvons vous donner un ordre d'idées, si cela peut vous être utile.

M. Stephen Ellis: C'est excellent. Merci, docteur Moineau. Je vous en suis reconnaissant.

J'aimerais maintenant poser une question au représentant du groupe de soins palliatifs, Pallium, si possible.

Les soins palliatifs me tiennent à coeur, en tant que médecin de famille, et il y a un lien à faire avec l'aide médicale à mourir, entre autres. Le budget de 2017 prévoyait un financement de 6 milliards de dollars sur 10 ans à cet égard.

Pouvez-vous nous dire combien d'argent les organisations comme Pallium ont reçu et quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour affecter les fonds et éduquer la population au sujet des soins palliatifs?

M. Jeffrey Moat: Je vous remercie pour votre question, monsieur Ellis.

La réponse courte à votre question, c'est très peu. Nous avons fait nos devoirs afin de comprendre quelle part de cet investissement avait été consacrée aux soins palliatifs.

Selon son bureau, lorsque le directeur parlementaire du budget s'est vu demander de déterminer les investissements du gouvernement fédéral dans les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir depuis que le Canada avait légalisé l'AMM en décembre 2020, c'est l'information qui a été transmise. Comme nous le savons, selon un ensemble commun de principes sur les priorités partagées en matière de santé, le gouvernement a subséquemment signé des accords de financement bilatéraux avec chaque province et chaque territoire, qui ont ensuite élaboré un plan d'action. Ce plan est habituellement annexé à l'accord bilatéral et explique en détail comment les transferts du gouvernement fédéral seront utilisés. Toutefois, seulement six provinces ont désigné des initiatives propres aux soins palliatifs: la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador.

Selon les accords bilatéraux provinciaux, le financement total des initiatives en matière de soins palliatifs pour ces six provinces était de 170 millions de dollars, et ce jusqu'à la fin de l'exercice 2021-2022, mais nous n'avons pas de détails sur la façon dont les fonds ont été dépensés. Malheureusement, les montants consacrés par les autres provinces et territoires aux soins palliatifs ne sont pas disponibles, parce que la santé relève de la compétence provinciale. Comme nous le savons, Santé Canada n'a pas l'accès ou le pouvoir requis pour demander des comptes propres aux programmes.

En gros, monsieur Ellis, nous ne savons tout simplement pas combien d'argent a été dépensé ni comment il a été dépensé, ce qui est décevant.

Docteur Pereira, voulez-vous ajouter quelque chose?

Dr José Pereira: C'est intéressant, parce que...

Le président: Très rapidement, docteur Pereira, s'il vous plaît, parce que nous avons dépassé le temps prévu.

Dr José Pereira: Merci.

Nous avons visité environ huit provinces et territoires entre 2019 et 2020, et la réponse était toujours: « C'est important et cela fait partie de notre plan stratégique, mais nous n'avons pas les fonds pour l'appuyer. »

Le président: Merci.

Merci, monsieur Ellis.

Nous allons maintenant entendre M. Powlowski, qui dispose de six minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):

Nous sommes ici pour étudier la pénurie de main-d'oeuvre dans le domaine des soins de santé et ce que nous pouvons faire pour y remédier. J'ai obtenu mon diplôme de médecine en 1986. J'ai fait ce métier pendant longtemps et vous savez quoi? Rien n'a changé. Nous manquions déjà de personnel il y a 35 ans, surtout dans les régions mal servies. Il y a toujours une pénurie dans le domaine.

À mon avis, la solution réside dans l'embauche des diplômés étrangers. Ils ont toujours été nombreux au Canada. J'en ai connu plusieurs qui avaient de la difficulté à obtenir un permis au Canada. Il y a une incompatibilité. Le besoin est là et les médecins formés à l'étranger souhaitent travailler dans les régions mal servies. Où est le problème?

J'ai posé la question à quelques personnes, je crois. Je ne sais pas quel est le problème.

Je soupçonne que le protectionnisme médical y est pour quelque chose. Des organisations comme l'AMC et l'OMA sont dominées par des médecins des grandes villes. Lorsque vous travaillez dans les grandes villes, ce que j'ai fait pendant un temps — j'ai surtout travaillé dans les régions mal servies —, vous voulez des patients. Vous êtes en compétition pour obtenir des patients. Vous voulez maintenir votre salaire. Je soupçonne que le problème, ce sont les médecins qui ne veulent pas faciliter la tâche aux médecins formés à l'étranger qui souhaitent obtenir un permis.

L'autre possibilité, c'est que les provinces réalisent que les plus hauts taux de facturation entraînent des coûts de santé plus importants.

Je lance ces deux possibilités. J'aimerais connaître l'opinion de Mme Lefebvre, de l'autorité de réglementation fédérale, à ce sujet. Qu'est-ce qui nous empêche d'octroyer plus de permis aux diplômés étrangers?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Je vous remercie pour cette question, à laquelle je m'attendais.

On nous a posé la question à plusieurs reprises auparavant. Ma réponse est en deux volets. Premièrement, je ne peux vous parler de l'approche des payeurs à cet égard. Les autorités réglementaires ne publient pas les chiffres en matière de facturation. Elles octroient des permis aux médecins. Comme je l'ai dit plus tôt, les médecins diplômés à l'étranger viennent de partout et les systèmes de formation varient grandement d'une région à l'autre. Les diplômés canadiens font l'objet d'évaluations très exhaustives avec de vrais patients, dans des situations de soins de santé réelles.

Pour venir au Canada, la plupart des médecins diplômés à l'étranger — pas tous — doivent passer une évaluation pratique similaire. C'est un processus coûteux et concurrentiel. Il y a plus de médecins diplômés à l'étranger qualifiés que de places offertes. Lorsqu'ils ont terminé le processus de 12 semaines, ils obtiennent un permis provisoire et font l'objet d'une supervision. Ensuite, ils franchissent certaines étapes pour passer d'un permis provisoire à un permis complet sans restriction.

Vous avez entendu les représentants de l'AMC et du Collège royal. Le Collège met sur pied divers mécanismes dans l'espoir d'évaluer ces gens un peu plus rapidement.

La formation médicale représente un système complexe et très coûteux. Je crois qu'il est temps d'accélérer les choses, mais pour ce faire, il faut avoir la capacité nécessaire pour réaliser les évaluations, ce qui représente un défi à l'heure actuelle.

• (1655)

M. Marcus Powlowski: Est-ce que je peux vous interrompre?

C'est la première fois que j'entends parler d'un processus d'évaluation de 12 semaines. Excusez mon ignorance, mais de quoi s'agit-il? Est-ce que tous les collèges des médecins et chirurgiens du Canada offrent cette option, ou seulement quelques-uns? Comment cela fonctionne?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Plus de la moitié des collèges offrent cette option, soit l'évaluation de la capacité à exercer. Elle a été conçue pour les médecins qui venaient au Canada pour travailler à titre d'internistes généraux ou de médecins de famille. Pour évaluer les médecins spécialistes et surspécialisés, il faut un programme particulier, ce qui représente un autre défi.

M. Marcus Powlowski: Est-ce que j'ai bien compris qu'il n'y avait pas suffisamment de places offertes pour ces évaluations de la capacité à exercer? Donc bon nombre des diplômés étrangers ne peuvent prendre part au processus et être évalués?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: C'est exact. En raison du manque de ressources, il s'agit d'un processus concurrentiel. Il y a donc beaucoup de candidats qui seraient admissibles si le nombre de places était illimité.

M. Marcus Powlowski: Savez-vous combien de places sont offertes au Canada chaque année?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Je pourrais obtenir ce chiffre. Je ne l'ai pas pour le moment. C'est assez modeste, mais cela varie selon les administrations. Environ 25 % — et je dirais plus de 25 %, mais je vais m'abstenir — des médecins en exercice au Canada ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Donc, bon nombre d'entre eux réussissent à avoir une place.

M. Marcus Powlowski: Vous dites que le chiffre est modeste. Pouvez-vous me donner un ordre de grandeur? Est-ce qu'on parle de milliers ou de centaines?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: De centaines.

M. Marcus Powlowski: Pourriez-vous nous transmettre cette information?

Si le gouvernement fédéral investissait davantage pour offrir plus d'évaluations de la capacité à exercer, croyez-vous que nous pourrions évaluer rapidement les compétences des médecins formés à l'étranger afin qu'ils commencent à travailler rapidement?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: J'aimerais beaucoup pouvoir vous répondre oui, mais puisqu'il faut des ressources humaines pour pro-

céder aux évaluations — des médecins en exercice qui évaluent les médecins diplômés à l'étranger —, je crois qu'il faudrait tenir compte de l'autre côté de la médaille. Il faudrait en discuter, mais je serais optimiste.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

[Français]

Merci, madame Lefebvre.

Monsieur Garon, vous avez la parole pour six minutes.

M. Jean-Denis Garon (Mirabel, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Je débiterais en posant une question à la Dre Moineau.

Docteure Moineau, vous avez éloquemment mentionné que 4,6 millions de Canadiens avaient de la difficulté à avoir accès à un médecin ou à des services médicaux de proximité présentement. Cela nous ramène à la nécessité d'avoir une meilleure planification et d'être plus en mesure de former des médecins et de les envoyer dans les hôpitaux en région. Sans grande surprise, la question du financement se pose.

Cette semaine, au Comité, nous avons reçu des représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Ils nous ont dit que, pour améliorer les conditions de pratique des médecins et les rendre plus disponibles en région, il fallait, de façon importante et immédiate, augmenter les transferts en santé aux provinces. Auparavant, ces transferts couvraient jusqu'à 35 % des coûts du système, mais cette proportion a été réduite à 22 % et pourrait bien diminuer jusqu'à 18 %.

Ce financement supplémentaire aiderait-il les provinces à faire une meilleure planification à long terme?

• (1700)

Dre Geneviève Moineau: Je vous remercie beaucoup de la question.

En fait, il ne relève pas de l'autorité de l'Association des facultés de médecine du Canada de faire des commentaires directement à ce sujet. Ce que je peux dire, cependant, c'est qu'il est vraiment important de penser à la façon dont les médecins omnipraticiens sont rémunérés pour leur travail et pour les soins qu'ils donnent, si l'on veut pouvoir répondre aux besoins de la population. Les provinces devraient vraiment s'attaquer à l'iniquité qu'il existe parfois dans les remboursements pour les soins.

M. Jean-Denis Garon: Je comprends que cela relève des provinces. Je comprends votre réticence. Cela dit, je pense que la question du manque de médecins de famille touche les facultés de médecine, docteure Moineau. Lorsqu'il a été question de cela pendant la comparaison des représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec devant le Comité, ils nous ont dit qu'il fallait revaloriser la profession de médecin de famille. Selon eux, les facultés de médecine ont parfois de la difficulté à attirer les candidats vers la médecine générale plutôt que vers certaines spécialités.

Il importe donc d'effectuer des changements majeurs sur le plan des technologies et des conditions de pratique ainsi que de faciliter le travail en région. On nous disait qu'un meilleur financement, qui serait plus pérenne et plus prévisible et qui passerait par les provinces, pourrait aider les facultés à effectuer ce changement.

Qu'en pensez-vous?

Dre Geneviève Moineau: Je suis d'accord avec vous qu'il est important que les facultés de médecine acceptent des étudiants qui sont prêts à devenir des médecins de famille omnipraticiens. Nous nous penchons beaucoup sur cette question. Que ce soit au Québec ou dans les autres provinces, c'est vraiment un aspect important.

De fait, ce sont les facultés qui décident qui fait son entrée ou qui est accepté dans la profession. Nous devons nous assurer que nous acceptons des individus qui sont prêts à pratiquer la médecine généraliste, la médecine d'omnipraticien, et à pratiquer dans les régions.

Permettez-moi de faire un commentaire sur la conversation précédente. En effet, nous croyons qu'il est important que les jeunes gens qui vivent en région puissent recevoir leur éducation médicale en région, et ce, dans toutes les provinces du Canada. Cela nous aidera à nous assurer qu'il y aura plus de médecins qui pratiqueront en région. Il y a encore beaucoup de travail à faire à cet égard, mais c'est un de nos buts pour les facultés de médecine.

M. Jean-Denis Garon: Merci beaucoup.

J'aimerais maintenant m'adresser brièvement à Mme Bourgeault.

J'ai lu votre mémoire, qui est très intéressant et dans lequel on trouve plusieurs pistes de solutions. Cela dit, je remarque que plusieurs de vos propositions visent à centraliser au fédéral la collecte et la gestion de l'information en santé. Je me rappelle, par exemple, les années de la commission Romanow. À cette époque, on avait créé l'Institut canadien d'information sur la santé. Cette centralisation avait causé des problèmes majeurs d'adhésion, notamment au Québec, et en fin de compte il y avait eu des retards dans le processus de collecte d'information.

Seriez-vous ouverte à une approche plus décentralisée, qui respecterait davantage les compétences des provinces, mais qui pourrait faire place à énormément de collaboration? Je pense, par exemple, à un groupe de travail qui donnerait une grande marge de manœuvre aux gouvernements des provinces et du Québec.

[Traduction]

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Je vous remercie beaucoup de votre question.

Il est important de reconnaître ce que nous proposons de centraliser, soit les données à normaliser. À l'heure actuelle, les données recueillies par les organismes de réglementation médicale, même sur la profession médicale représentée par mes collègues présents, données dont la Dre Lefebvre a souligné l'excellence, ne sont pas transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les données — très nombreuses — recueillies par l'Association des facultés de médecine du Canada sur les étudiants en médecine ne correspondent pas non plus aux données recueillies par les ordres des médecins et à celles qui sont transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé.

Un système d'enregistrement pancanadien serait un excellent moyen de normaliser les données, et c'est vraiment important. Nous ne suggérons pas que la planification des effectifs de santé soit entreprise à l'échelle nationale. Ce n'est pas un niveau qui convient à cela. Ce que nous suggérons, c'est que des données normalisées soient recueillies de la même façon que Statistique Canada recueille des données normalisées au moyen du recensement de la population. Les provinces, les territoires, les régions, les hôpitaux et les établissements médicaux pourraient alors faire de la planification.

À l'heure actuelle, les données sont cloisonnées selon les instances, les organisations au sein d'une même profession, ainsi que selon les professions. L'infrastructure de données dont nous parlons permettrait de les rassembler. Lors de nos entretiens avec les Québécois, ils ont dit qu'ils accueilleraient très favorablement cette infrastructure et la conception d'outils pour les aider à mieux planifier à l'échelle locale, ce qui serait plus indiqué à cette fin.

J'espère avoir répondu à votre question.

• (1705)

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Merci.

Le président: Merci, monsieur Garon.

[Traduction]

Notre prochain intervenant est M. Davies, qui dispose de six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leurs excellents témoignages.

Docteur Moineau, j'aimerais commencer par vous.

Dans un article de 2018 d'*Affaires universitaires*, vous avez été citée comme ayant dit ceci: « Les doyens ciblent désormais les diplômés canadiens non jumelés comme une priorité. » Vous en avez déjà un peu parlé, mais je me demande quelle est l'orientation depuis que cet article a été écrit il y a quatre ans.

Est-ce que le nombre de diplômés canadiens en médecine qui ne réussissent pas à correspondre à une exigence de résidence chaque année a diminué ou augmenté depuis la publication de cet article?

Dre Geneviève Moineau: Je vous remercie de cette question.

Comme vous le dites, c'est la recommandation qui a été formulée en 2018. En fait, nous avons eu une réponse nettement positive à cette recommandation, en ce sens que trois provinces ont modifié leur politique sur la façon de structurer le jumelage, ce qui a permis de réduire considérablement le nombre de cas non jumelés.

Malheureusement, le nombre a recommencé à augmenter. Le principal problème qui subsiste est que nous n'avons pas la marge appropriée entre le nombre de diplômés des écoles de médecine canadiennes et le nombre de postes de résidence.

Nous savons que lorsque nous avons une marge d'au moins 10 postes — donc, encore une fois, pour 100 diplômés — il y a une possibilité d'environ 110 postes de résidence, et il s'agit de postes dans toutes les spécialités, en médecine familiale et dans toutes les autres spécialités. Cela permet un jumelage pour à peu près tout le monde. En 2009, 11 diplômés canadiens n'ont pas été jumelés à travers le pays. Nous espérons vraiment être en mesure de revenir à ce type de chiffres et non pas à la centaine que nous avons actuellement. Il faut vraiment que les provinces soient en mesure d'atteindre ce ratio. Nous espérons que votre comité et le gouvernement fédéral encourageront les provinces à atteindre ce niveau pour les résidences dans chaque province et territoire.

M. Don Davies: Merci.

En ce qui concerne les diplômés en général, dont vous avez parlé, nous savons que le Canada a décerné quelque 7,5 diplômes en médecine par 100 000 habitants en 2020. Ce chiffre nous place parmi les cinq derniers pays de l'OCDE — sur 38, je crois. Nous ne faisons donc pas bonne figure à l'échelle internationale. Quels conseils donneriez-vous à ce comité quant à la façon d'augmenter le nombre de places dans les écoles de médecine?

Dre Geneviève Moineau: Encore une fois, nous sollicitons votre soutien pour encourager les provinces à augmenter le nombre de places dans les facultés de médecine — les postes pour les étudiants — ainsi que le nombre de postes de résidence. Vous devez harmoniser ces deux éléments, et nous suggérons un rapport de 1:1,1. Certaines provinces ont déjà fait des annonces qui vont dans le bon sens, mais nous avons vraiment besoin de voir cela dans toutes les provinces qui comptent actuellement des écoles de médecine.

M. Don Davies: Merci.

Madame Bourgeault, je vais peut-être m'adresser à vous. Dans un article d'opinion paru en mai 2021, que vous avez cosigné avec la présidente de la FCSII, Linda Silas, vous avez dit ce qui suit:

La plupart des Canadiens ne savent probablement pas que nous manquons de données sur les éléments les plus fondamentaux de notre personnel de santé.

Nous manquons de données sur la portée du travail des travailleurs de la santé et sur la diversité de la main-d'œuvre, comme l'identité autochtone ou raciale et la langue de service. Nous ignorons la façon dont les différentes équipes de santé travaillent ensemble ou la façon dont elles peuvent être recrutées, formées et maintenues en poste là où on en a le plus besoin.

Dans certains secteurs critiques, comme les soins à domicile, les soins de longue durée et les soins de santé mentale, nous ne savons même pas combien il y a de travailleurs.

Vous avez parlé du cloisonnement des données et du fonctionnement indépendant des provinces et des territoires. Quel est le problème lorsqu'une province ne sait pas ce qui se passe dans la province voisine, et comment pensez-vous que la collecte de données nationales, que vous avez décrite, pourrait aider à cet égard?

• (1710)

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Je vous remercie de cette question et de la citation de l'article.

Je pense qu'une coordination pancanadienne de la collecte de données nous permettrait de planifier dans différents secteurs. Nous discutons de professions, mais les professions travaillent dans des secteurs. Des médecins travaillent dans le domaine des soins palliatifs, comme mes collègues l'ont fait remarquer ici. Des gens travaillent dans les soins de longue durée et les soins de santé mentale. Les types de tableaux de bord créés dans d'autres pays de l'OCDE abordent la question sous l'angle interprofessionnel et sectoriel.

Les améliorations de données de ce type aideraient vraiment les décideurs locaux dans une variété d'organisations différentes. Il ne s'agit pas seulement des provinces, des territoires, des régions, des hôpitaux, etc. Ils voudraient y avoir accès afin de savoir si nous en avons assez, et d'établir la façon de planifier les différents modèles de soins.

Nous n'en avons aucune idée. Je ne peux pas vous dire combien de préposés aux services de soutien à la personne il y a au Canada. Je ne peux pas vous dire combien de conseillers en toxicomanie il y a au Canada. Nous avons absolument besoin de cette information.

Voici ce qui se passe avec les données. L'Institut canadien d'information sur la santé obtient des données sur les médecins d'une

entreprise à but lucratif. Il ne les obtient pas des ordres des médecins. Pour toutes les autres professions — pour un nombre limité —, ils les obtiennent des organismes de réglementation. L'Institut canadien d'information sur la santé doit négocier des accords de diffusion de données avec des dizaines d'organismes de réglementation pour les différentes professions qui sont réglementées. Il doit ensuite recueillir toutes ces données qui ne sont absolument pas harmonisées. Il doit donc passer tout son temps à négocier des accords de diffusion des données, puis à essayer de mettre de l'ordre dans tout cela.

Les données dont nous disposons portent sur le sexe de manière binaire — homme ou femme — ainsi que sur l'âge et la province. Vous ne pouvez pas faire de planification des effectifs de santé avec ce type de données. Nous pouvons faire mieux que cela. Nous avons Statistique Canada, un organisme formidable qui recueille des données à l'échelle nationale, sur une base pancanadienne. Ce qui est très intéressant dans les données de Statistique Canada, c'est qu'elles sont basées sur les codes nationaux des professions, et rien de tout cela ne correspond aux données des organismes de réglementation.

Je vais vous donner un seul exemple. Je sais que le Système de projections des professions au Canada — le SPPC — a été mentionné à ce comité. Selon le SPPC, il y aurait 75 000 médecins de famille au Canada. Nous savons qu'il y a environ 45 000 médecins au Canada. Une erreur de 30 000 est donc assez remarquable. Des fonds fédéraux sont investis dans le SPPC. Ces fonds sont consacrés à un code national des professions qui ne fonctionne pas du tout pour les travailleurs de la santé. Je ne suis pas décideur, mais j'ai du mal à imaginer ce que cela doit être de prendre des décisions quand on n'a absolument aucun outil.

Compte tenu des questions que les membres du Comité ont posées à nos collègues ici présents, ces outils devraient être facilement accessibles. Nous devrions avoir des systèmes d'alerte rapide pour les diplômés en médecine qui n'ont pas été sélectionnés et pour les pénuries de préposés aux services de soutien à la personne.

Le président: Madame Bourgeault, votre témoignage est absolument fascinant, mais le temps est largement dépassé.

Veuillez conclure, s'il vous plaît.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Je vais m'arrêter là. Je pourrais parler de ce sujet pendant des heures.

Le président: Vous savez quoi? Nous serions ravis de vous écouter.

M. Don Davies: Monsieur le président, nous pourrions peut-être rappeler aux témoins qu'ils ont la possibilité de fournir des mémoires par écrit, car je pense qu'il s'agit de renseignements vraiment fascinants et pertinents. Je pense que tous les membres du Comité bénéficieraient de toute information supplémentaire que les témoins pourraient nous transmettre par écrit.

Le président: M. Davies a tout à fait raison.

En fait, certains membres qui n'auront pas l'occasion de vous poser des questions m'ont déjà dit qu'ils aimeraient correspondre avec vous. Si le Comité est d'accord avec des questions et des réponses écrites pour compléter ce qui a été dit aujourd'hui, il existe manifestement un appétit pour cela. Je vois qu'il y a des hochements de tête tout autour.

C'est absolument fascinant. C'est dommage que nous n'ayons pas plus de temps. Cependant, il nous en reste un peu, et la prochaine personne à poser des questions est Mme Goodridge, qui dispose de cinq minutes.

• (1715)

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci beaucoup à tous les témoins pour leur témoignage et pour leur présence parmi nous aujourd'hui. Je pense que tous les membres du Comité pensent comme moi que votre passion et vos témoignages sont vraiment importants.

Je m'adresse plus particulièrement à Mme Bourgeault. Certaines des données que vous avez présentées sont vraiment succinctes, et tout ce que vous pouvez nous fournir par écrit serait très utile. Dans ma province, l'Alberta, je crois que les services de santé de l'Alberta avaient à un moment donné plus de 1 300 bases de données différentes qui ne communiquaient pas toutes entre elles. C'est un peu paradoxal pour une province qui a un système de santé unique.

Je me demandais...

Le président: Je suis désolé, madame Goodridge. Je dois vous interrompre. Les cloches sonnent, et le Règlement exige que nous obtenions le consentement unanime du Comité pour poursuivre la réunion.

Le Comité souhaite-t-il que Mme Goodridge termine au moins son tour? Qu'en pensez-vous?

Des députés: D'accord.

Le président: Madame Goodridge, allez-y.

Vous avez vos cinq minutes, après quoi nous allons nous arrêter.

Mme Laila Goodridge: C'est fantastique. Je vais parler un peu plus vite.

Madame Bourgeault, y a-t-il au Canada des provinces ou des territoires que vous pourriez mentionner comme étant meilleurs que d'autres en matière de données?

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Je vous remercie de cette question. En tant qu'ancienne Albertaine, et comme ma famille vit dans une région rurale de l'Alberta, je vais souligner leurs efforts.

Je connais bien les données, la richesse des données en Alberta, mais il n'est pas possible de les harmoniser. Une chose pour laquelle je vais féliciter l'Alberta, c'est qu'elle a un registre des aides-soignants, comme elle les appelle. Je pense que c'est une pratique très prometteuse. Je pense que nous pourrions profiter de l'occasion, pour les professions sur lesquelles nous ne recueillons pas de données à l'heure actuelle, pour passer directement à un système pancanadien, comme l'a dit Mme Lefebvre, en ce qui concerne l'enregistrement pancanadien.

L'autre instance qui a investi dans la normalisation des données entre les professions est l'Ontario, avec la création de la base de données sur les professions de la santé. Elle a créé une norme minimale de données, et ce que cela signifie, c'est... Quelles sont les questions que nous allons poser et les éléments de données dont nous avons besoin? C'est insuffisant. En Ontario, nous n'avons aucune donnée sur l'identité autochtone ou l'identité raciale. Cependant, ils font un assez bon travail, par exemple, sur la capacité de fournir des services dans une autre langue — les langues officielles étant d'une importance critique pour garantir que les gens ont accès aux services en français et en anglais. Donc...

Mme Laila Goodridge: Fantastique. Comme nous n'avons pas beaucoup de temps, je vais changer un peu de sujet. J'en suis désolée. Encore une fois, tout ce que vous pouvez nous fournir par écrit serait utile.

Docteur Moineau, lorsque vous disiez qu'il y a énormément d'étudiants qui ne sont pas placés, pourriez-vous nous indiquer des provinces qui font un meilleur travail en matière de placement que le reste du pays?

Dre Geneviève Moineau: La situation est meilleure dans les provinces qui ont augmenté ce ratio, où il y a plus de postes de résidence que de diplômés des écoles de médecine canadiennes. Je pourrais vous fournir cette information par province. Il y a des provinces qui ont pris cela en considération et qui s'en sortent mieux.

Le problème, c'est que, lorsque nous examinons la situation à l'échelle du Canada, jusqu'à tout récemment, nous en étions encore à un ratio où nous avons à peine 101 à 103 postes pour 100 diplômés. C'est tout simplement trop juste.

Je peux assurément vous fournir cette information.

Mme Laila Goodridge: Fantastique. Je vous remercie.

Je vais poursuivre avec des questions qui concernent Pallium. Je me demande si vous pouvez nommer des provinces ou des territoires qui font un meilleur travail en matière de soins palliatifs.

• (1720)

Dr José Pereira: Certainement. Je vous remercie beaucoup de cette question.

Le Canada est une mosaïque, et dans de nombreuses provinces, dans différents secteurs des soins palliatifs, vous verrez des centres d'excellence, mais aussi de nombreuses lacunes.

Ayant été formé en Alberta, je tiens à féliciter l'Alberta, car je pense que la province fait depuis longtemps de l'excellent travail. Je pense que nous allons voir davantage de choses en provenance de l'Alberta. Je dirais que l'Alberta est également chef de file en matière de soutien aux soins palliatifs et de formation des professionnels des soins palliatifs.

Encore une fois, c'est une mosaïque. Si vous vous déplacez à travers le pays, certains endroits ont suffisamment d'unités de soins palliatifs et de spécialistes en soins palliatifs pour les doter en personnel et d'autres non, alors c'est vraiment très variable à travers le pays.

Mme Laila Goodridge: Fantastique. Vous pourriez nous indiquer, par écrit, où se situent ces centres d'excellence en ce qui concerne divers aspects et les provinces où ils se trouvent, afin de nous aider à formuler nos recommandations.

Dr José Pereira: Je le ferai.

Mme Laila Goodridge: Monsieur Moat, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Jeffrey Moat: J'allais dire que je pense que nous inclurons dans cette information une partie du travail que Pallium effectue avec un certain nombre de systèmes de soins de santé à travers le pays pour développer le premier atlas national des soins palliatifs. Il s'agira d'un incroyable outil de prise de décision pour les dirigeants et les administrateurs des soins de santé, car il leur permettra de cerner les points forts et les lacunes en matière de prestation de services de soins palliatifs.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Très rapidement, je sais que mon temps de parole se termine, mais je veux simplement vous remercier tous les deux du travail que vous faites dans le domaine des soins palliatifs. C'est tellement important, et on n'en fait pas assez dans ce domaine. Merci beaucoup.

Le président: Merci, madame Goodridge.

Conformément à la volonté du Comité, c'est tout le temps dont nous disposons pour les questions. Nous vous avons demandé une heure. Vous avez attendu une heure, puis vous nous avez donné une heure, et nous aimerions en avoir beaucoup plus, alors il se peut que certains membres du Comité vous contactent par écrit.

Merci beaucoup de votre participation, et merci de votre patience. Votre contribution nous sera d'une grande utilité.

Chers collègues, avant de lever la séance, je vous demanderai de bien vouloir nous envoyer d'autres noms de témoins pour les réunions sur l'étude visant la COVID, car nous en manquons.

Sur ce, étant donné que les cloches sonnent, la séance est levée. Merci beaucoup à tous.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 des communes.

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

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

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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

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

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

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>