



**Regarder en amont : rôle de la formation médicale
dans la promotion de la diversité pour l'organisation et
la prestation des services de santé**

**par Michael Kirby
président du Conseil
Commission de la santé mentale du Canada**

**Conférence commémorative MacLeod
Conférence annuelle de l'Association des facultés de médecine du Canada
Edmonton (Alberta)
dimanche 3 mai 2009**

Wendell MacLeod a fait figure de pionnier charismatique en médecine sociale et en formation médicale. Premier doyen de la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan, il a enseigné que la compréhension des conditions sociales, économiques et politiques de la vie des gens était essentielle à la qualité de la formation et de la pratique médicales. Il en a fait le cœur du programme pédagogique. J'espère que mes propos d'aujourd'hui en l'honneur du D^r MacLeod seront dignes de ce louable objectif.

Cette conférence a pour thème la « diversité » qui peut s'interpréter de diverses manières. Je m'attacherai à la façon dont est structuré le système de santé au Canada et dont sont financés les services de santé en en évoquant les conséquences pour la prochaine génération de professionnels de la santé.

Je parlerai avant tout de l'impératif de la diversité dans la manière dont vous et vos étudiants fournissez – et êtes payés pour fournir – des services de santé. Il sera également question de la nécessité pour vous, éducateurs en médecine, de former vos élèves pour les préparer à ce nouveau monde. Étant les successeurs de Wendell McLeod, vous vous devez à son exemple de veiller à ce que vos étudiants comprennent le monde social, politique et économique où ils vivront et travailleront.

Abordons d'abord la question de la structure de notre système de santé. Nous avons toujours prôné le tout ou rien jusqu'à maintenant : notre régime de santé doit demeurer structuré exactement comme il a été organisé à l'origine il y a plus de 40 ans! Toute velléité de changement se heurte à un débat émotif mené par des gens qui se prétendent amis du régime. C'est comme si le monde de la santé s'était figé vers la fin des années 1960 et ne devait jamais plus changer. Imaginez ce qu'il en serait si vous enseigniez à vos étudiants que la façon de traiter les patients devrait être exactement la même qu'il y a 40 ans.

Partout, le système de santé canadien est financé et structuré pour l'essentiel de la même manière, bien que les provinces gèrent chacune leur propre système. Cette voie unique – sans bifurcations – a eu un effet polarisateur sur notre pays en opposant les soins publics aux soins privés. Tout progrès pourtant jugé drôlement nécessaire s'est enlisé de ce fait.

À mon avis, un peu de diversité dans le mode d'organisation et de prestation des services de santé pourrait nous aider à répondre à un certain nombre de préoccupations grandissantes au sujet de l'avenir de notre système de santé. Le plus important, c'est qu'un peu de diversité aidera à mettre le mouvement de changement en branle.

Une des choses qui m'ont étonné au plus haut point quand j'ai commencé à travailler au dossier de la santé il y a près d'une décennie était de voir les fournisseurs de services de santé, c'est-à-dire les médecins, rester d'un esprit fermé devant l'évolution de la structure du système de santé.

Ce n'est pas que notre équipe médicale répugne au changement. En fait, on enseigne aux professionnels de la médecine à se préparer à modifier l'exécution des actes médicaux ou l'administration des médicaments qu'ils prescrivent en fonction de l'évolution du domaine médical. C'est là la réalité de la pratique par données probantes au XXI^e siècle, ainsi que d'une culture de la formation médicale continue.

Un sujet d'étonnement pour moi est donc de voir comment les professionnels de la médecine peuvent être d'un esprit ouvert et accueillir si volontiers le changement en ce qui concerne leurs compétences, tout en restant d'un esprit fermé devant toute évolution de la structure et du financement du régime de santé même.

Si je voulais être facétieux, je vous féliciterais d'avoir accompli une tâche pédagogique extrêmement difficile où on produit des diplômés chez qui les deux hémisphères cérébraux sont un esprit ouvert et un esprit fermé. Bien sûr, ce résultat n'est pas ce qu'on voulait. Il faut néanmoins en changer.

Je vous demanderais donc en premier lieu aujourd'hui d'ouvrir l'esprit de vos étudiants à la nécessité d'une restructuration de notre système de santé. Le système en place DOIT évoluer s'il doit survivre!

Je sais qu'une partie de ce que je m'apprête à vous dire – ou vous ai déjà dit – ne plaira pas à beaucoup d'entre vous. Ce sont néanmoins des choses qui doivent être dites. J'espère qu'elles vous amèneront à infléchir un peu votre réflexion sur un certain nombre de grands enjeux en politique de la santé. Je crois ainsi m'en tenir à l'objectif des conférences commémoratives Wendell McLeod qui est de vous inspirer des réflexions en ce début de votre conférence annuelle.

Quelques faits relatifs à la structure du système de santé

Voici d'abord quelques observations sur la nature de notre système de santé :

1. C'est un organisme de services qui a toujours été là en grande partie pour la commodité des fournisseurs de ces services plutôt que pour celle des patients qui en sont les clients. Le système de santé N'EST donc PAS centré sur le patient ou le client.
2. Les gains de productivité – considérables depuis 20 ans – NE SONT PAS répercutés sous forme de baisses de coûts comme dans toute autre entreprise. Ainsi, les progrès de la chirurgie de la cataracte dans les deux dernières décennies n'ont pas abaissé le prix de ces actes chirurgicaux par rapport à ceux des autres actes médicaux, et ce, en grande partie parce que les relèvements de rémunération de la profession médicale se présentent habituellement en pourcentages uniformes d'augmentation pour les divers actes (ou spécialités) sans qu'il soit tenu compte, par conséquent, des relèvements de la productivité. Je soupçonne qu'on agit ainsi pour que les spécialités médicales ne rivalisent pas entre elles pour se tailler leur « part de l'acheteur » dans les sommes disponibles. Les parts sont égales sur le plan des majorations en pourcentage.

3. Dans les principaux changements apportés au système de santé depuis 20 ans, on s'est employé à alléger les coûts pris en charge par les gouvernements, mais au même moment, les dépenses en soins augmentaient en proportion du PIB.
4. C'est ainsi que, l'accent ayant été mis sur les réductions ou les restrictions de coûts des apports, les mesures de la qualité du service ne se trouvent pas à intervenir dans le débat sur le système de santé. Répétons qu'une telle constatation ne vaudrait pas pour toute autre industrie de services. La qualité du service n'est pas la même chez tous les médecins. Après tout, 50 % de vos étudiants obtiennent leur diplôme dans la moitié inférieure de leur promotion!
5. La conséquence de ce souci premier des coûts des apports est que les gouvernements finissent par rationner l'offre de services de santé en fonction de ce qu'ils peuvent se permettre de dépenser, et non pas des besoins effectifs de services.
6. Disons enfin qu'il ne s'est fait que très peu de recherches sur les meilleurs moyens d'organiser le système pour que les coûts baissent et que le niveau de service aux patients s'élève.

Qu'ont à voir ces observations avec vous, éducateurs en médecine? La réponse est qu'elles ont tout à fait à voir.

Vos étudiants finiront par travailler dans l'industrie. En réalité, ils en deviendront les chefs de file. Et pourtant, vous ne vous sentez pas la responsabilité de préparer ces futurs leaders à réfléchir à la façon de mieux faire fonctionner le système de santé pour leurs patients, pour les gouvernements qui le financent et pour eux-mêmes.

Je crois que vous avez cette responsabilité. Votre tâche consiste non seulement à produire les techniciens bien formés que sont les médecins, mais aussi des gens qui peuvent tout autant aider leur industrie à évoluer.

L'idée peut paraître radicale à nombre d'entre vous, mais on doit sérieusement en tenir compte si on entend produire des diplômés qui survivront et prospéreront à mesure qu'évolue l'industrie. C'est aussi là une idée qu'appuierait vivement Wendell MacLeod lui-même.

Exemples de difficultés

Voici des exemples de problèmes causés par le mode actuel d'organisation et de financement du système de santé.

Si une ambulance arrive au service des urgences et qu'il n'y a pas de place disponible pour le patient qu'elle transporte, elle attendra qu'un lit se dégage. Dans ce cas, cette ambulance – avec son équipe paramédicale dûment formée – n'est plus disponible pour d'autres appels d'intervention.

Dans bien des cas, il n'y a plus de lits au service des urgences, parce que beaucoup de patients y attendent déjà qu'un lit se libère en soins de courte durée. De tels lits sont souvent occupés par des patients en soins de longue durée ou en réadaptation qui attendent eux-mêmes que des lits se libèrent dans d'autres établissements comme les maisons de soins infirmiers. Dans un effet domino, les patients utilisent à plus grand prix en pareil cas les services médicaux qu'exige leur état. La situation est nettement d'une extrême inefficacité.

Un autre exemple qui me vient d'emblée à l'esprit ces jours-ci en tant que président du Conseil à la Commission de la santé mentale du Canada est celui de la proportion de gens qui s'amènent au service des urgences avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie.

Nous ne disposons pas de statistiques précises à ce sujet, mais les gens sont proportionnellement nombreux à se présenter en salle d'urgence avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie. La majorité d'entre eux n'ont pas besoin des appareils ni des services spécialisés d'un service des urgences. On pourrait les traiter à moindre prix et plus rapidement dans une salle d'urgence conçue expressément pour eux.

À Toronto par exemple, le Centre de toxicomanie et de santé mentale dispose de son propre service des urgences. Lorsqu'ils appréhendent quelqu'un qui est aux prises avec la maladie mentale, les policiers torontois savent pouvoir mettre celui-ci entre bonnes mains en quelques minutes, et non pas dans les heures qu'impose la réception en salle d'urgence dans un hôpital général.

Un simple changement comme celui-là – s'il était plus répandu – aurait nettement pour effet de désencombrer les services des urgences et d'y réduire les temps d'attente. Là encore, il ne se passe rien.

Je suis sûr que vous pouvez chacun citer d'autres exemples de situations qui demandent juste à se régler, souvent en relativement peu de temps.

Quelles sont donc ces choses que l'on peut faire pour améliorer le système de santé?

Je propose deux changements importants qui, l'un et l'autre, influeraient directement sur vos étudiants une fois diplômés. Ces idées – et bien d'autres – sont à examiner avec eux pendant qu'ils sont toujours aux études.

Financement d'abord

Il faut d'abord qu'évolue foncièrement le mode de financement du système de santé. Dans celui-ci, le financement doit être lié au patient, et non pas à l'établissement hospitalier. Il est question ici non pas de comptes d'épargne pour soins médicaux, mais plutôt d'élimination des budgets de base des hôpitaux. Je propose de rattacher le financement public qui va aux hôpitaux – et aux cliniques privées – autant au volume de traitement clinique qu'aux mesures de qualité, le « volume clinique » étant payé au gré de la prise en charge hospitalière de patients.

Tant que les budgets seront attribués à intervalles annuels aux établissements, le système de santé ne sera jamais centré sur le patient. S'il ne l'est pas, il ne deviendra jamais l'organisme de services qu'il devrait être et que méritent les Canadiens.

Ce qu'on constate aujourd'hui, c'est que le patient n'est pas considéré comme une source de rentrées, étant plutôt un consommateur des ressources financières qui sont fixées à intervalles annuels par le gouvernement provincial. Le patient est donc en pareil cas la ponction qui s'opère sur ces ressources.

Je crois fermement que, si on devait voir le patient comme une source de recettes, on aurait là le premier grand pas en avant dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de santé. C'est la façon dont tous les autres organismes de services fonctionnent. Pourquoi le système de santé ne ferait-il pas de même?

Étendons-nous un peu sur la question.

Avec le changement que je propose, le gouvernement – en tant qu'assureur et bailleur de fonds – se procurerait des services auprès du fournisseur le plus efficace – et qui coûte donc le moins cher – si celui-ci satisfait aux normes de qualité établies. Il nous faut délaissier le mythe selon lequel la qualité est tributaire du coût.

Ainsi, la qualité d'un service déterminé n'exige pas nécessairement l'intervention du professionnel de la santé le plus qualifié qui soit. On n'a pas non plus à assurer le service dans un hôpital tertiaire. Il est ridicule de confier une amygdaléctomie à un hôpital universitaire avec ses vastes frais généraux, alors que l'intervention pourrait se faire aussi bien et à un prix bien plus modeste dans un hôpital communautaire.

Dans nos normes de qualité, il faut aussi qu'intervienne la réalité du grand rôle que jouent des établissements plus coûteux comme les hôpitaux universitaires dans la prise en charge des cas médicaux difficiles dont, dans bien des cas, ne saurait s'occuper un hôpital communautaire.

L'idée que l'État se procure des services auprès du fournisseur le moins-disant (au prix le plus bas), que l'établissement soit public ou privé, pourra paraître radicale, mais rappelons-nous que, à l'époque de Tommy Douglas, l'intention au départ pour le régime universel d'assurance-maladie était que l'État soit l'assureur du programme, et non pas le fournisseur de services. Tommy Douglas, qui a dirigé le Nouveau parti démocratique en Saskatchewan, est le « père » du régime, ce dont pourraient ne pas se souvenir les plus jeunes! Dans la conception initiale de ce régime, le gouvernement réglait les factures une fois les services fournis. C'est la manière de fonctionner dans le domaine des assurances.

Avec le changement que je propose, on multiplierait les cliniques spécialisées appelées à fournir des services à grand volume. Du fait de ce volume, les cliniques en question pourraient fournir des services à un prix nettement inférieur au coût unitaire de la prestation des mêmes services dans un hôpital général, puisque les aménagements des cliniques spécialisées seraient uniquement destinés à l'acte ou au service prévu; on serait loin de la grande diversité de matériel et de services que nous voyons aujourd'hui dans les hôpitaux. L'État économiserait et cela aiderait à comprimer les coûts de la santé.

Les services gagneraient aussi en rapidité pour les clients, mais dans la mesure où l'État ne continue pas à rationner les services. L'État se doit de répondre aux besoins légitimes des patients, qui sont ses clients. Un assureur ne dit pas : « Nous avons payé 1 000 actes médicaux cette année, et c'est la limite. Vous vous amenez avec l'acte numéro 1001, et tout financement est donc exclu. » Un assureur n'agit pas ainsi. L'État ne devrait pas agir non plus de cette manière en tant qu'assureur du régime!

C'est aussi dire que le gouvernement ne se soucierait pas de la propriété même des cliniques. Il aurait pour **seule** préoccupation le prix et la qualité du service hors de toute considération de propriété (société privée, organisme sans but lucratif ou secteur public).

Comme vous le savez sans doute, il y a déjà des pionniers qui, dans le système de santé, appliquent ce modèle avec succès. On a juste à penser à la clinique Shouldice pour les opérations herniaires en Ontario. Un autre exemple est le centre Cambie de chirurgie orthopédique à Vancouver. Ici en Alberta, il y a le centre oculo-visuel Gimbel, chef de file pour l'innovation technologique en soins de la vue.

Dans le système de santé canadien, un des grands mythes consiste à dire que Tommy Douglas prônait la propriété publique du réseau hospitalier. La vérité est tout autre. Le régime d'assurance-maladie visait à garantir que personne ne tomberait en faillite personnelle ni ne perdrait sa ferme – comme l'a dit Tommy Douglas – parce qu'il était malade et avait des factures d'hôpital ou de médecin à régler. L'objectif est entièrement réalisable sans égard à la propriété des établissements de services.

Songons enfin à l'incidence d'un changement de mode de financement sur les gouvernements. À l'heure actuelle, ceux-ci rationnent l'offre de services par un contrôle exercé sur la taille des budgets de la santé. Ce rationnement est largement caché au public à cause de ce financement d'ensemble des établissements. Si on passait à un modèle de financement fondé sur les services fournis, la population pourrait voir les effets du rationnement sur l'offre de services et décider, par conséquent, si elle est prête à payer plus d'impôt pour le réduire. Dans tout sondage jamais mené sur la question, on a constaté que les Canadiens seraient disposés à verser davantage en impôt pour que s'améliorent les services de santé. Le public n'a malheureusement jamais la possibilité d'y aller d'un choix en ce sens.

Dans cette optique, on peut aussi voir comment les professionnels de la médecine pourraient recevoir une formation différente où la connaissance des systèmes de santé et des divers modèles de prestation de soins devrait tenir une plus grande place. Une formation s'impose où les professionnels de la santé acquerraient les capacités et les connaissances dont ils ont besoin pour devenir plus des entrepreneurs et axer davantage sur la collaboration leurs relations de travail avec les autres professionnels du domaine.

Mesure des résultats ensuite

Dans ma première proposition, il était question de changer le mode de financement des services de santé. Dans ma seconde, le système de santé aurait plus à mesurer les « sorties » ou les résultats que les « entrées ».

Comme je l'ai indiqué, le seul apport que l'on mesure aujourd'hui est l'argent. Cet apport est limité, d'où un rationnement des services.

Dans un système centré sur le patient, la seule mesure qui importe réellement est celle de la qualité du service. Ce qui est en cause, c'est ce qui est fourni aux patients et la façon de le fournir.

La mesure des résultats sera primordiale si les patients cherchent à obtenir leurs services d'établissements et de personnes qui se distinguent par la qualité de leurs prestations et le niveau de service. C'est, bien sûr, la situation bien précise dans toute autre industrie de services si on s'adresse à un plombier, à un menuisier ou à un informaticien qui se démarque par la qualité et la rapidité de ses services.

Certains s'offenseront peut-être de cette comparaison des services de santé avec d'autres services que nous employons tous les jours. Vous ne devriez pas m'en tenir rigueur. Je ne dis pas que les services de santé n'exigent pas de professionnels jouissant de la meilleure des éducations et des formations. Loin de là. Une opération au cœur n'a rien de la réparation d'installations sanitaires.

Il reste que le système de santé doit être structuré de manière à ménager l'efficience organisationnelle que d'autres industries de services ont acquise au fil des décennies. La clé de l'efficience est la création d'encouragements pour les fournisseurs de services – particuliers ou organismes – à assurer les meilleurs services possible dans le respect de hautes normes de

qualité. L'obligation de rendre publiquement compte des services fournis doit faire partie intégrante du système, parce que ces services sont financés par les deniers publics.

Le changement organisationnel ne peut être dicté par une bureaucratie centrale. Le seul moyen de bien restructurer l'industrie est de créer des encouragements pour les gens agissant au mieux de leur propre intérêt à apporter le genre de changements qu'exige le système. Il s'agit là d'encouragements aux gains tant d'efficacité que de qualité. Voilà pourquoi, par exemple, les médecins de famille s'acheminent vers un modèle de financement par personne par opposition à un modèle de tarification à l'acte.

Nous devons aussi nous assurer que les intervenants du système garderont l'esprit ouvert dans leur accueil de changements propres à rendre le système plus efficace et à le centrer davantage sur le patient. C'est là que vous entrez en scène. Éducateurs de la prochaine génération de médecins, vous avez l'obligation de faire connaître à vos étudiants un certain nombre de problèmes épineux qui se poseront à eux dans l'« exploitation » de leur carrière.

Il n'y a pas que ces deux grands changements d'ensemble – nouveau modèle de financement et adoption d'une mesure des résultats –, puisque qu'il se pose aussi trois grandes questions dont je dois faire mention :

1. pénurie de ressources humaines;
2. consultation du public dans les décisions de réglementation des domaines d'exercice;
3. nouveaux besoins de formation de vos étudiants.

Pénuries de ressources humaines

Nous savons tous qu'une des plus grandes difficultés que doit affronter le système de santé est la pénurie de ressources humaines, plus particulièrement de personnel médical et infirmier.

Ce qui est principalement à l'origine des pénuries de l'heure, c'est la décision prise il y a plus de deux décennies par les gouvernants de réduire les inscriptions aux écoles de médecine et de

sciences infirmières. Cette décision s'appuyait sur une recommandation parmi plus de deux douzaines dans un rapport qui avait été commandé à l'époque. À la racine même des problèmes que nous connaissons de nos jours, il y a le fait qu'on ait donné suite à une seule recommandation – en faisant fi de bien d'autres –, alors que toutes les recommandations formulées étaient liées les unes aux autres.

Ces dernières années, la mise en place de nouvelles écoles de médecine, la montée des inscriptions dans les écoles établies et de meilleures possibilités pour les diplômés en médecine de l'étranger d'obtenir l'autorisation d'exercer au Canada aident à remédier à court terme à ces pénuries.

Il y a toutefois deux autres raisons pour lesquelles nous vivons en période de pénuries de ressources humaines, à savoir les obstacles créés par une réglementation rigide des domaines d'exercice, d'une part, et le « glissement des titres de compétence », d'autre part.

Les professions de la santé sont maîtres de leur propre réglementation des champs d'exercice et des titres de compétence que requiert l'autorisation d'accomplir un certain nombre de tâches. Comme dans tout organisme d'autoréglementation, c'est un pouvoir qui confère un monopole et dans lequel les décisions qui se prennent vont dans le sens des intérêts monopolistiques. Il n'y a aucun autre domaine public ni privé où un tel genre de pouvoir monopolistique non réglementé deviendrait acceptable.

Je ne suis pas contre les organismes qui se réglementent eux-mêmes, mais je m'inquiète quand on semble abuser de ce pouvoir ou quand un « glissement des titres de compétence » paraît s'opérer. Prenons la profession infirmière, par exemple. Reportons-nous en arrière à l'époque où le personnel infirmier était principalement formé par des programmes de trois ans dans des hôpitaux reconnus à cette fin. Le tout a changé il y a 20 ans quand on a imposé au personnel infirmier autorisé de d'abord obtenir un baccalauréat en sciences infirmières.

Les patients sont-ils nettement mieux pris en charge par le personnel infirmier à la suite de ce relèvement des normes professionnelles? S'ils le sont, les avantages ainsi obtenus l'emportent-ils sur le coût à supporter pour former ce personnel deux ans de plus? Et combien d'infirmières et d'infirmiers avons-nous perdus en étant ainsi passés d'un programme de trois ans à un programme de cinq ans? Des éducateurs de la santé comme vous doivent prendre sur soi de se mettre en quête de réponses à ces questions.

En ce qui concerne les domaines d'exercice, rappelons que ce n'est que tout récemment qu'on s'est entendu pour permettre aux infirmières et infirmiers en anesthésiologie d'obtenir leur formation et leur autorisation d'exercer au Canada. Et pourtant, de tels professionnels sont là depuis des années dans d'autres grands pays industrialisés.

Si on considère cette question de l'extérieur et sous l'angle de l'adoption des politiques, on doit se demander pourquoi il a fallu attendre si longtemps que cette catégorie professionnelle soit officialisée dans notre pays. La réponse, bien sûr, est que le pouvoir est investi dans ceux qui sont maîtres de la réglementation des domaines d'exercice et que, dans cette maîtrise, l'intérêt propre entre inévitablement en jeu.

La même situation n'était pas si longtemps celle des infirmières praticiennes. Elles ne pouvaient non plus rendre leurs services à cause d'une réglementation des domaines d'exercice où les médecins de famille jouissaient d'un pouvoir exclusif. La question est heureusement résolue et les infirmières praticiennes offrent désormais des services des plus utiles, notamment dans les équipes de soins primaires de tout le pays.

Consultation du public à prévoir

À mon avis, il y a un rôle pour l'intérêt propre dans les groupes en autoréglementation comme garantie en matière de normes professionnelles, mais les grandes décisions en santé doivent faire appel à une optique plus générale que celle des seuls intervenants du système.

La réglementation des domaines d'exercice devrait-elle rester l'apanage de chaque profession ou devrait-on aussi prévoir une certaine consultation du public? Je vous prierais instamment de faire en sorte que les diverses spécialités médicales s'attachent à cette possibilité.

Rappelons-nous que, il y a seulement quelques années, les causes de faute professionnelle étaient instruites exclusivement par les membres de la profession. Le public n'y était pas associé. La démarche a changé et, de nos jours, des représentants de l'intérêt public font aussi partie des comités d'examen des fautes professionnelles. On a ainsi amélioré les mécanismes sans affaiblir pour autant la capacité d'autoréglementation des professions. Il devrait en être de même des décisions relatives aux domaines d'exercice et aux titres de compétence.

Je vous invite à revoir la réglementation des champs d'exercice et les titres de compétence requis pour l'exécution d'un certain nombre d'actes et de services, le but étant de s'assurer que les règles se défendent toujours dans un système centré sur le patient et que les décisions se prennent dans l'intérêt public, et non pas dans le seul intérêt des professions en cause.

Nouveaux besoins de formation

Je crois aussi que les éducateurs en santé ont à s'assurer que les futurs membres des professions de la santé s'ouvrent au changement et ne sont ni adeptes ni tributaires du statu quo parce qu'ils s'y sentent en pays de connaissance et à l'aise et que cet état fixe satisfait leurs besoins. À vous de réfléchir à la nature de la formation pouvant le mieux mener à ce résultat. Cette formation s'ajoute, bien entendu, à la sensibilisation culturelle et aux autres types de formation d'adaptation à notre population de plus en plus diversifiée.

En ma qualité de président du Conseil à la Commission de la santé mentale du Canada, je faillirais à ma tâche si je ne vous conscientisais pas mieux à l'importance des problèmes d'éducation et de formation que pose la prise en charge de la santé mentale. De même qu'une formation de sensibilisation culturelle nous permet de rester à la hauteur d'une population de

plus en plus multiculturelle au Canada, de même les professions de la santé doivent recevoir une meilleure formation en fonction des besoins des victimes de la maladie mentale.

Il ne s'agit pas nécessairement d'une formation en milieu scolaire. En ce qui concerne la santé mentale, un certain nombre de psychologues font valoir aujourd'hui que l'autorisation d'exercer à titre de psychologue clinicien devrait dépendre de l'obtention d'un doctorat. Rien n'est plus absurde vraiment.

La qualité du travail que font les psychologues titulaires d'une maîtrise paraît plus que suffisante. Aucune étude n'indique le besoin de pousser la formation en milieu scolaire d'un psychologue s'occupant de « thérapie de la parole. »

En fait, la recherche montre que le succès de cette thérapie dépend au plus haut point de la qualité de la relation qui s'établit entre le client et le thérapeute – et non pas de l'apprentissage en milieu scolaire. Ayant moi-même un doctorat, je puis vous dire qu'une foule de nos docteurs ont de la difficulté à entrer en relation avec les gens. On peut espérer que l'idée de ces psychologues mourra de sa belle mort.

Par ailleurs, j'appuie les efforts récents en Ontario en vue d'établir des normes de pratique pour la psychothérapie en dehors de la question des titres de compétence. Dans cette province, la *Loi de 2006 sur l'amélioration du système de santé* est entrée en vigueur le 31 mai 2007. Elle traite d'un certain nombre d'importantes questions de réglementation :

1. Elle crée un ordre des psychothérapeutes pour la réglementation de l'exercice de la profession et l'établissement de normes de pratique.
2. Elle arrête les conditions d'attribution des titres de « psychothérapeute » et de « thérapeute autorisé en santé mentale » dans cette province.

3. Elle institue une pratique de la psychothérapie réservée aux gens inscrits aux ordres des médecins, des infirmières et infirmiers, des psychologues et des ergothérapeutes ou au nouvel ordre des psychothérapeutes. Elle permet aux travailleurs sociaux d'exercer en psychothérapie, mais ce volet de la loi n'est pas encore entré en application.
4. La Loi étend l'application de la « norme de risque de lésion » de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* à la protection des patients contre une lésion corporelle grave, ce qui comprendrait les lésions psychiques en traitement ou en consultation thérapeutique.

En dehors de ces modifications de la réglementation, on constate de réelles lacunes dans la formation que reçoivent les médecins de famille dans le domaine de la santé et de la maladie mentales. Dans une proportion de près de 80 %, les victimes de la santé mentale ont leur premier contact avec le système de santé par leur médecin de famille.

Les omnipraticiens sont le personnel de première ligne du système de la santé mentale. À ce titre, ils doivent être mieux formés à la façon de diagnostiquer le patient et de l'aiguiller à des fins de traitement vers le bon fournisseur de services. La responsabilité en revient directement aux éducateurs en médecine.

Comprenez bien que je ne reproche pas aux médecins de famille leur manque de formation en santé mentale. Cette faiblesse tient avant tout au manque d'attention prêté aux questions de santé mentale dans la formation actuelle des omnipraticiens. Une des raisons en est à mon avis la stigmatisation qui, dans la population, s'attache aux victimes de la maladie mentale.

Il y a plusieurs siècles, la profession médicale séparait la tête du reste du corps et cette amputation a encore cours aujourd'hui. Les « vrais médecins » s'attachent à la maladie physique qui sévit entre le cou et la pointe des pieds. D'autres praticiens de la santé appelés psychiatres – que beaucoup de leurs collègues ne tiennent pas pour de « vrais médecins » – s'intéressent aux problèmes qui vont du cou au sommet du crâne. On doit mettre fin à ce

dualisme du corps et de l'esprit qu'a si bien décrit René Descartes. Il est temps que « Descartes » soit mis sur la table!!

Comme nous le découvrons si bien, tête et corps sont étroitement liés. Ainsi, nous savons que, si quelqu'un demeure en proie à la dépression un an après une première crise cardiaque, les risques d'une nouvelle crise sont bien plus élevés, et de loin, que si la dépression était traitée.

Je sais que la transformation du programme de formation des médecins de famille a tout d'un défi et qu'elle se ferait très lentement. Ex-professeur moi-même, je sais que rien ne bouge vite dans le monde universitaire. Mais je vous prie aussi, vous les éducateurs en médecine, de songer sérieusement à changer la façon dont se fait la formation des omnipraticiens. Il est essentiel que les travailleurs de première ligne dans la cause de l'amélioration de la santé mentale des Canadiens soient bien formés à leurs tâches.

À mon avis, il importe tout autant que la question de la stigmatisation soit abordée dans le cadre même des programmes des écoles de médecine.

Quand je me suis attelé au dossier de la santé mentale il y a déjà quatre ans environ, je supposais que les professionnels de la santé regarderaient la maladie mentale comme ils considèrent toute autre maladie, qu'ils n'auraient pas les mêmes attitudes à l'égard des affections mentales que le reste de la population et qu'enfin ils prêteraient main-forte dans la lutte livrée à la stigmatisation et à la discrimination.

Tel n'est malheureusement pas le cas. Les sondages réalisés dans divers pays indiquent que les professionnels de la santé nourrissent les mêmes attitudes discriminatoires à l'égard des victimes de la maladie mentale que le grand public. Dans un sondage récemment mené en Angleterre par exemple, on a constaté que la moitié environ des gens qui consultaient leur médecin de famille à cause d'un problème de santé mentale se heurtaient à une certaine discrimination de la part de ce soignant. On relève des résultats semblables dans d'autres pays.

Au Canada, notre comité sénatorial a entendu les médecins dire qu'ils ne confieraient jamais leur sort à des collègues s'ils venaient à souffrir d'une maladie mentale, craignant que ceux-ci n'adoptent une attitude condescendante à leur égard. En fait, un sondage de 2007 indique que les deux tiers des psychiatres du Michigan se traiteraient eux-mêmes discrètement plutôt que de courir le risque que leur dossier médical ne fasse état d'une maladie mentale.

Lorsque la Commission de la santé mentale du Canada lancera une campagne antistigmatisation plus tard cette année, elle prendra d'abord pour cible deux groupes en particulier, dont les professionnels de la santé. Il est tout simplement inacceptable que les victimes de la maladie mentale à la recherche d'un traitement dans le système de santé canadien doivent affronter la stigmatisation et la discrimination par la nature même de leur affection. Il faut que les professionnels de la santé sortent de cette noirceur moyenâgeuse. Là encore, je juge que la responsabilité d'agir en ce sens revient en partie à vous.

Prendre soin de soi

L'autre problème de santé mentale que je désire évoquer devant vous aujourd'hui est celui de votre propre santé mentale et de celle de vos collègues. Deux statistiques illustrent la profondeur du mal.

La profession qui, au Canada, compte le plus grand nombre de membres en proie au stress, à la dépression et à d'autres troubles psychiques est la profession infirmière. Il est sûr que la façon dont le système est structuré et les exigences excessives à l'endroit du personnel infirmier influent nettement sur la santé mentale des intéressés. Personne ne s'attaque pourtant à ce problème!

Les médecins ne sont pas immunisés non plus contre ce mal. Dans une étude réalisée en Colombie-Britannique, on a estimé l'incidence annuelle du suicide chez les médecins de 1991 à 1998 à 21,9 pour 100 000 personnes. Elle est à comparer à une fréquence de 13,8 pour

100 000 personnes dans l'ensemble de la population. En d'autres termes, le taux de suicide chez les médecins est presque de moitié supérieur à celui de toute la population.

Le fait est que le travail est des plus stressants dans le domaine de la santé. Il reste que les professionnels de la santé qui tombent malades et doivent prendre un congé – ou qui, dans le pire des cas, se suicident – se trouvent à aggraver un problème de ressources humaines déjà épineux, sans parler de la tragédie que vivent les victimes et leur famille.

Il est donc essentiel que la profession fasse des recherches pour cerner les causes des problèmes de santé mentale en son sein et les moyens de les éliminer. Vous vous devez à vous-même et à vos collègues de vous atteler en toute priorité à ce dossier.

La démarche est déjà engagée. J'ai été ravi de constater que, à l'assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne l'an dernier, on a pris diverses résolutions visant à mieux mettre l'accent sur la santé mentale dans les programmes d'études en médecine et à prendre acte des troubles mentaux que subissent les membres.

La Commission de la santé mentale du Canada serait plus qu'heureuse de collaborer avec les éducateurs en médecine dans ce dossier. Nous y voyons une question hautement prioritaire.

Conclusion

Pour conclure, je reviendrai à mon point de départ. La structure en place de financement du système de santé n'est pas viable à long terme. C'est une conclusion à laquelle est parvenu le Comité sénatorial il y a déjà sept ans. La situation n'a fait qu'empirer depuis.

Trop de rapports s'empoussièrent sur les tablettes. Votre profession doit manifester la volonté de voir évoluer le mode d'organisation du système de santé. Vous-même devez prendre l'initiative de modifier la réglementation des domaines d'exercice pour que les actes plus simples puissent être assignés à des gens moins qualifiés en l'espèce. Vous vous devez

d'améliorer la formation des travailleurs de première ligne en santé mentale. Vous devez aussi reconnaître que vos membres ne sont pas immunisés contre les affections mentales et commencer à vous intéresser aux facteurs de stress qui pèsent sur la profession.

Je sais que ces initiatives ont tout d'un défi. S'y opposeront les gens qui, bien que se déclarant pour le progrès, y sont en réalité opposés. S'y opposeront les gens qui croient que seuls les médecins devraient avoir voix au chapitre dans l'organisation du système de santé.

Votre volonté d'accepter le changement est absolument essentielle. À cause de l'énorme poids politique d'une décision de retrait des services des professionnels de la santé – plus particulièrement des médecins –, votre profession a en réalité un veto sur tout grand projet de modification du système.

J'y vois l'expression de votre intérêt propre, mais la longévité du système de santé que connaissent et chérissent les Canadiens dépend aussi de vous. J'espère très vivement que vous formerez vos étudiants pour qu'ils puissent prendre ce défi sur soi. C'est aussi ce que souhaiteraient Tommy Douglas et Wendell MacLeod.

Merci.