



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 008

Le mercredi 16 février 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mercredi 16 février 2022

• (1615)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): Bonjour, tout le monde. La séance est ouverte. Bienvenue à la réunion numéro huit du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Nous avons deux heures, aujourd'hui. Puisque nous avons commencé en retard, nous aurons jusqu'à 18 h 14, heure de l'Est, pour entendre nos témoins pour notre étude sur les effectifs du secteur de la santé au Canada.

Avant de présenter les témoins d'aujourd'hui, je dois faire les rappels habituels concernant les réunions hybrides. La réunion d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément à l'ordre de la Chambre adopté le 25 novembre 2021. Les membres peuvent participer en personne dans la salle ou à distance avec l'application Zoom.

Je tiens à rappeler à ceux et à celles qui participent virtuellement de ne pas prendre de captures d'écran. Les délibérations seront diffusées sur le site Web de la Chambre des communes.

Toutes les recommandations des autorités sanitaires ainsi que la directive du Bureau de régie interne du 19 octobre 2021 sont en vigueur et seront appliquées.

Pour commencer, chaque organisation aura cinq minutes pour présenter sa déclaration préliminaire, puis nous passerons aux questions pour ce qu'il restera des deux heures.

Nous sommes très heureux d'accueillir cet après-midi les témoins suivants: M. Bacchus Barua, directeur, Études sur les politiques de santé de l'Institut Fraser, à titre personnel; le Dr Gilles Soulez, président de l'Association canadienne des radiologistes; Mme Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers; la Dre Katharine Smart, présidente de l'Association médicale canadienne; et les représentants de SoinsSanté-CAN, M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction, et Mme Elaine Watson, directrice des ressources humaines, Covenant Health.

Merci à tous et à toutes de prendre le temps d'être avec nous et de témoigner aujourd'hui.

Nous allons suivre l'ordre de l'avis de convocation.

Monsieur Barua, vous avez la parole pour cinq minutes. Bienvenue au Comité.

M. Bacchus Barua (directeur, Études sur les politiques de santé, Institut Fraser, à titre personnel): Merci beaucoup.

Bonjour et merci de m'avoir invité à contribuer à l'étude du Comité sur les effectifs du secteur de la santé au Canada. Je suis hono-

ré d'être ici, et j'espère que mes commentaires seront utiles aux honorables députés.

Avant toute chose, je devrais souligner que, même si je suis directeur des Études sur les politiques de santé de l'Institut Fraser, centre d'études et de recherches non partisan, l'organisation elle-même ne prend pas position. Cela veut dire que mon témoignage reflète mes propres opinions et des études qui ont été publiées.

Je crois comprendre que ma tâche aujourd'hui consiste à vous aider à situer le contexte en fournissant de l'information qui pourrait s'avérer pertinente dans le cadre des discussions futures du Comité sur le sujet. Dans cette optique, il y a trois volets que j'aimerais mettre en relief: premièrement, je veux souligner la pénurie relative de ressources médicales clés au Canada; deuxièmement, je veux distinguer les répercussions liées à la COVID des problèmes structurels; et, troisièmement, je vais examiner le problème sous l'angle de l'offre et de la demande pour cerner des solutions potentielles.

Premièrement, faisons le point. Le Canada est aux prises avec une pénurie relative de ressources médicales clés, des ressources en effectif et en capital. Selon notre plus récent rapport sur le rendement du système de santé, en 2019, sur 28 pays à revenu élevé qui offrent une assurance-maladie universelle, le Canada se classe 26^e pour les médecins et 18^e pour le personnel infirmier, et il se classe 25^e sur 26 pour les lits d'hôpitaux ou les places en soins intensifs. Le Canada se classe également 22^e sur 24 pour les unités d'imagerie par résonance magnétique et 24^e sur 26 pour le nombre de tomodensitomètres par tranche d'un million d'habitants.

Il y a donc une pénurie relative. Pourtant, au cours de la même année, le Canada se classe sixième pour les dépenses en santé sur le pourcentage du PIB, et au dixième rang pour les dépenses en santé par habitant.

Deuxièmement, même s'il est important de reconnaître qu'il y a actuellement des pressions dues à la COVID, il ne faut pas les mélanger avec les problèmes structurels plus importants. Rapidement, je vais vous donner trois exemples.

Les données que j'ai mentionnées datent de 2019, donc d'un an avant la pandémie. Cela fait des dizaines d'années qu'il y a une pénurie relative de médecins au Canada. Le rapport du nombre de médecins sur la population a commencé à diminuer vers le milieu des années 1970, et a chuté davantage après le rapport Barer-Stoddart en 1991. Il y a tout de même une légère augmentation depuis le début du millénaire. Cependant, en 2018, j'ai été le coauteur d'un rapport annonçant que, d'ici 2030, il y aura toujours au Canada moins de médecins pour 1 000 habitants que dans la moyenne des pays de l'OCDE en 2018. Il convient aussi de souligner que la pénurie relative de médecins au Canada est plus prononcée pour les spécialistes que pour les médecins de famille.

Les temps d'attente ont clairement augmenté durant la pandémie de COVID, mais cela fait des décennies qu'ils augmentent. Selon une enquête de l'Institut Fraser, le temps d'attente en 2021 est estimé à 25,6 semaines entre le moment où vous êtes aiguillé par votre médecin de famille et le moment où vous recevez le traitement médical non urgent dont vous aviez besoin. En 2019, donc un an avant la pandémie, le temps d'attente était tout de même de 20,9 semaines. Le même genre d'observations sont faites dans d'autres enquêtes internationales, par exemple celles que le Fonds du Commonwealth a entreprises en 2020 et en 2016.

Ce qu'il faut retenir, c'est que le contexte a de l'importance. La COVID a aggravé les problèmes que nous avons actuellement par rapport aux effectifs du secteur de la santé, mais elle n'en est pas la cause. De plus, l'effet cumulatif des retards dus au délestage des opérations chirurgicales, des conséquences potentiellement à long terme de la COVID et du vieillissement de la population fera inévitablement en sorte que ces problèmes vont persister longtemps après la fin de la pandémie. La question qui se pose est donc: que pouvons-nous faire?

Pour commencer, nous devons comprendre que le déséquilibre entre la demande et l'offre de services médicaux se manifeste de nombreuses façons: je parle des hôpitaux débordés, ce qui était déjà un problème avant la pandémie; du personnel surchargé, comme c'est le cas actuellement; et du rationnement des soins offerts aux patients, un problème avec lequel le Canada est aux prises depuis des décennies. Toute solution que nous retiendrons devra donc rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande en augmentant l'offre, en réduisant la demande et en harmonisant mieux les mesures incitatives.

De nombreux pays, comme la Suisse, les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Australie, qui ont mis sur pied un système de santé universel et efficace s'y prennent de trois façons. Ils traitent le secteur privé en tant que partenaire ou soupape de sûreté pour composer avec la demande. Ils ont un régime de contributions financières des patients afin de réduire la demande, mais proposent également des mesures de soutien pour les populations vulnérables ainsi que des exemptions. Ils encouragent la concurrence et encouragent les traitements en finançant les hôpitaux en fonction de leurs activités, à l'inverse de l'approche canadienne du budget global.

Sans ces trois types de réformes [*difficultés techniques*] amélioration de la marge d'efficacité. Cependant, cela coûterait de l'argent au gouvernement et n'aurait qu'une portée limitée.

Il y a un certain nombre de moyens d'élargir l'offre, par exemple: augmenter le nombre d'inscriptions et de programmes de résidence au Canada, puisque cela est aussi très important pour les médecins, par exemple. On pourrait aussi favoriser l'immigration de médecins formés à l'étranger ou d'autres travailleurs de la santé importants, comme les infirmiers et infirmières; et accroître l'adoption de nouvelles technologies, comme la télémédecine, qu'on appelle aussi les soins virtuels.

Chacune de ces mesures pose des défis uniques, sans pour autant être insurmontable. Par exemple, il faut du temps pour former des médecins au Canada, et les soins virtuels vont peut-être finir par donner lieu à des contestations en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Ce serait inutile d'avoir plus de médecins si on ne peut pas les payer ou s'ils sont incapables de se trouver du travail, deux problèmes documentés de l'approche canadienne de budget global des hôpitaux.

• (1620)

En résumé, il y a une pénurie relative et documentée de ressources médicales clés. Il s'agit d'une pénurie structurelle, qui persistera même quand le monde sera sorti de la pandémie. Nous pouvons effectivement trouver des solutions, dans le cadre actuel, mais, sans une réforme possiblement très importante, ces solutions seront probablement coûteuses, n'auront qu'une faible portée limitée et n'entraîneront que des réussites temporaires.

J'espère que mes commentaires seront d'une certaine utilité pour les membres du Comité.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Barua.

C'est maintenant au tour de l'Association canadienne des radiologistes.

Docteur Soulez, vous avez la parole pour cinq minutes.

Dr Gilles Soulez (président, Association canadienne des radiologistes): Merci.

[*Français*]

Monsieur le président, membres du Comité, collègues témoins, bonjour.

Je m'appelle Gilles Soulez et je suis le président de L'Association canadienne des radiologistes, professeur titulaire au département de radiologie de l'Université de Montréal et radiologiste d'intervention au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, ou CHUM, à Montréal. C'est un honneur d'être ici avec vous aujourd'hui, malheureusement dans des circonstances difficiles pour les Canadiens qui ont besoin de soins.

Notre main-d'œuvre est épuisée et en nombre insuffisant. Nous avons besoin d'investissements à court, moyen et long termes dès aujourd'hui pour redresser la situation.

Comme vous le savez, l'imagerie médicale est la porte d'entrée dans notre réseau de santé pour diagnostiquer les maladies, mais elle est aussi nécessaire pour évaluer l'efficacité des traitements et orienter les traitements minimalement invasifs en radiologie interventionnelle. Que vous ayez un accident cérébrovasculaire, ou ACV, un cancer, un traumatisme ou des douleurs lombaires, l'imagerie médicale sera souvent nécessaire à plusieurs reprises dans votre parcours de soins.

Dans le temps qui m'est imparti, j'aborderai trois sujets: les temps d'attente excessifs et croissants; la nécessité d'investir dans les ressources humaines en santé; et les besoins en équipement de dernière génération et en technologies de l'information pour optimiser l'utilisation de nos ressources humaines.

Parlons d'abord des temps d'attente. Les Canadiens attendent trop longtemps pour les procédures d'imagerie diagnostique interventionnelles, et la pandémie n'a fait qu'aggraver la situation. Originaire de la France, je suis arrivé au Canada en 1991. À l'époque, le Canada comptait parmi les pays les plus performants pour les temps d'attente en imagerie médicale. Après 20 ans de sous-investissement dans l'infrastructure des soins de santé, les temps d'attente dépassent à nouveau le délai de priorité 3, ou délai P3, de 30 jours dans tout le pays.

Avant la pandémie, les patients attendaient en moyenne 50 jours pour un diagnostic par scanner, ou tomodensitométrie, et de 69 à 89 jours pour un diagnostic par imagerie par résonance magnétique, ou IRM, ce qui est déjà beaucoup trop long. Ces chiffres n'ont pas cessé d'augmenter en raison de la diminution de la productivité de nos tests pendant la pandémie. Au pire de la crise, une diminution de 50 à 70 % des services de radiologie a été observée au pays.

En ce moment, les activités ne sont malheureusement pas revenues à la normale. Notre réseau de santé n'est actuellement pas équipé pour gérer de tels volumes. Si la situation persiste, nous risquons de laisser de nombreux patients non diagnostiqués et non traités.

En 2019, le Conference Board du Canada a estimé que les coûts de ces temps d'attente excessifs ont entraîné une baisse de 3,7 milliards de dollars du produit intérieur brut, ou PIB, et une perte de 400 millions de dollars de recettes fiscales en 2017. Il est clair que ces coûts seront bien pires en 2022.

Le deuxième sujet concerne les ressources humaines en santé. Les temps d'attente excessifs ont conduit à une situation où les technologues en radiation médicale et en échographie font des heures supplémentaires pour tenter de répondre à la demande. Beaucoup de ces travailleurs de première ligne sont épuisés, ils tombent malades, y compris à cause de la COVID-19, ce qui exacerbe une situation déjà désastreuse pour les patients. Par ailleurs, le coût humain de près de 24 mois d'heures supplémentaires a eu une incidence généralisée sur ces travailleurs de la santé de première ligne. Il est de notre responsabilité de proposer un plan pour améliorer leur vie et prendre mieux soin des Canadiens.

Enfin, il faut investir dès maintenant dans les ressources humaines de la santé. Nous devons mettre en œuvre une stratégie pour accroître les ressources humaines en santé dans le domaine de l'imagerie médicale en embauchant plus de personnel, en mettant en œuvre de nouveaux programmes de formation et en élargissant les programmes existants.

Une enquête menée auprès de nos membres indique que 70 % des radiologistes considèrent le manque de personnel comme l'obstacle le plus important à la réduction des temps d'attente. À titre d'exemple, dans la région de Gatineau, près de chez vous, au Parlement, 25 % des postes de technologues ne sont pas pourvus. Les ressources humaines de la santé sont également entravées par un équipement vieillissant et souvent insuffisant ainsi que par un retard flagrant dans l'intégration des technologies de l'information. Ces technologies permettent d'optimiser le processus organisationnel et le débit de travail avec moins d'interventions humaines répétitives. Elles permettent aussi de s'assurer de la pertinence des examens dans une prescription et de diminuer les examens inutiles.

Nous devons travailler plus intelligemment pour améliorer notre performance tout en protégeant notre personnel.

Un investissement dans l'équipement d'imagerie médicale est nécessaire. En 2019, le Conference Board du Canada a estimé qu'environ 30 % de notre équipement d'imagerie médicale diagnostique avait 10 ans ou plus. L'investissement dans l'équipement d'imagerie diagnostique partout au pays est au plus bas depuis 20 ans. L'équipement d'imagerie plus récent, notamment l'IRM, mais aussi le scanner, permet de diminuer le temps d'examen en offrant une meilleure performance diagnostique et moins de radiation pour les patients.

Par exemple, l'utilisation de l'intelligence artificielle dans des unités récentes et les nouvelles fréquences rapides permettent de diminuer de 30 % le temps d'examen en IRM.

• (1625)

Notre équipement vieillissant nous expose aussi à des pannes plus fréquentes qu'auparavant, ce qui aggrave malheureusement le problème.

En 2003, le gouvernement fédéral, sous la direction de M. Paul Martin, a injecté 1,5 milliard de dollars dans l'équipement d'imagerie médicale. Cela a réellement aidé le Canada à assurer un accès équitable à l'imagerie médicale pour tous les Canadiens.

Le moment est venu d'investir dans une stratégie au chapitre des ressources humaines en santé pour la radiologie et dans l'acquisition d'équipement d'imagerie médicale performant afin d'éviter de paralyser notre système de soins de santé et de garantir que les patients reçoivent le bon test au bon moment, ce qui permet de sauver des vies.

Pour résumer, les temps d'attente excessifs et croissants en imagerie médicale bloquent l'efficacité dans l'ensemble de notre système de santé, car notre action est déterminante dans le processus de soins au patient. Il faut rapidement investir pour favoriser le recrutement et la rétention des ressources humaines en imagerie médicale. Nous avons besoin d'équipement d'imagerie plus performant et de technologies d'information pour optimiser à nouveau le processus opérationnel tout en préservant nos ressources humaines.

Un investissement de 6 milliards de dollars a été inclus dans la plateforme électorale libérale de 2021 pour réduire les temps d'attente, et l'IRM a été précisément mentionnée, car c'est vraiment le domaine où il y a le plus de retards.

L'investissement de 1,5 milliard de dollars dans les ressources humaines et l'équipement profitera non seulement à nos intervenants de première et deuxième ligne, mais surtout...

Le président: Docteur Soulez, je suis désolé, mais votre temps de parole est écoulé. Pourriez-vous conclure vos remarques, s'il vous plaît?

Dr Gilles Soulez: D'accord.

Cet investissement permettra de garantir à long terme un accès raisonnable aux soins dont nos patients ont besoin.

Je serai heureux de répondre à vos questions.

Je vous remercie beaucoup.

Le président: Je vous remercie.

Comme vous le savez, docteur Soulez, vous aurez l'occasion de parler un peu plus de ces sujets. Je suis certain qu'il y aura des questions là-dessus.

[Traduction]

Madame Silas, de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, vous avez la parole pour cinq minutes. Bienvenue.

Mme Linda Silas (présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers): Bonjour, tout le monde.

Je m'adresse à vous depuis Ottawa, depuis le magnifique territoire des peuples algonquins et Anishinabe.

Monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner devant le Comité au nom de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. Comme vous le savez, je m'appelle Linda Silas, et je suis la présidente nationale.

Je tiens à féliciter le comité de la santé d'avoir entrepris cette importante étude. Dans mon milieu, on aurait appelé cela une étude sur le maintien en poste et le recrutement, parce que, si vous n'arrivez pas à maintenir vos infirmières et infirmiers en poste, vous n'arriverez jamais à en recruter d'autres.

Même avant la pandémie, le personnel infirmier était au bout du rouleau. Selon un rapport publié par l'Université de Regina sur la santé mentale des infirmières, pour lequel plus de 7 000 infirmières ont été questionnées, les membres du personnel infirmier présentent des symptômes de troubles de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression majeure à des taux similaires ou supérieurs à ceux des agents de la sécurité publique. En 2019, 29 % des infirmiers et infirmières présentaient des symptômes d'épuisement professionnel graves. Aujourd'hui, c'est 45 %.

Les effectifs du secteur de la santé représentent plus de 10 % de la main-d'œuvre canadienne, plus des deux tiers des dépenses dans le domaine de la santé et près de 8 % du PIB total du Canada. Le personnel infirmier constitue le plus important groupe de professionnels réglementés au Canada. Nous comptons plus de 450 000 infirmières et infirmiers, qui sont responsables de la plus grande partie des soins directs et en personne fournis dans le système de santé canadien. La FCSII est fière de représenter la plupart de ces travailleurs et travailleuses, qui prennent soin de leurs patients 24 heures sur 24, sept jours sur sept, que ce soit dans les unités de soins intensifs ou dans les unités de soins de longue durée.

Le Conference Board du Canada a récemment annoncé que, d'ici 2026, le Canada risque de perdre 20 % de ses effectifs dans le secteur de la santé à cause des retraites. Je rappelle que plus de 50 % des effectifs de la santé sont des infirmières ou des infirmiers. D'ailleurs, Statistique Canada a signalé que, sur une période de deux ans, le nombre de postes d'infirmières à combler avait plus que doublé. La FCSII a mené une enquête auprès des infirmiers et infirmières à l'échelle du Canada, juste avant la vague du variant Omicron, et 80 % d'entre eux ont déclaré qu'il n'y avait pas assez de personnel pendant les quarts de travail pour répondre aux demandes des patients ou des résidents des unités de soins de longue durée.

Les infirmières et infirmiers doivent aussi couramment faire des quarts de travail de 16 à 24 heures, dans certaines provinces ou certains territoires. Cela n'est pas sécuritaire. Qu'arrive-t-il quand vous commencez votre quart à 7 heures du matin, que vous pensez avoir fini à 15 heures ou à 19 heures, mais qu'on vous dit que vous devez rester obligatoirement parce qu'il manque de personnel? C'est le genre de choses qui arrivent à des infirmières comme Pauline, une mère célibataire avec deux enfants. Qui peut-elle appeler à 19 heures pour aller s'occuper de ses enfants? Il y a aussi Yvette, qui doit porter un EPI complet qui ressemble à une combinaison d'astronaute durant tout son quart de travail. Elle ne peut même pas aller boire un verre d'eau, parce que les salles de repos sont toutes soit trop petites, soit carrément fermées. Et là, on lui demande de rester un peu plus longtemps.

Une infirmière sur deux dit songer à quitter son poste actuel d'ici un an, et j'imagine que vous comprenez pourquoi. La vérité, c'est que nous pouvons nous attendre à ce qu'encore plus d'infirmières et

d'infirmiers quittent la profession si nous ne prenons pas immédiatement des mesures.

Avant de conclure, je veux vous faire part de deux commentaires d'infirmières qui travaillent, aujourd'hui, pendant que je suis sur Zoom pour vous parler en leur nom. L'une a dit: « Être infirmière, c'est ma vie, et j'ai adoré l'être pendant plus de 20 ans. Je déteste avoir l'impression que c'est le pire emploi du monde, maintenant, et que personne ne se soucie de ce que nous devons endurer. » Une autre m'a dit: « Je prépare mon départ. »

Je vous implore de les écouter et de vous engager à financer immédiatement des projets novateurs pour maintenir en poste les infirmières chevronnées, mais aussi les nouvelles infirmières qui viennent de recevoir leur diplôme et qui ne survivront pas à ce travail à moins que les choses ne changent radicalement. Je vous en supplie, ne jouez pas à jeter le blâme sur l'autre parti. Vous représentez les Canadiens et les Canadiennes de tout le pays, y compris les infirmières et les infirmiers, les patients et les patientes du Canada.

L'heure est venue de discuter de solutions comme du financement pour les étudiants et étudiantes, les programmes de préparation à l'emploi, les initiatives de maintien en poste du personnel infirmier chevronné et les initiatives visant les nouveaux diplômés, un ratio infirmière-patients sécuritaire, des conditions de travail sécuritaires sans violence ni temps supplémentaire obligatoire, des emplois permanents à temps plein avec des salaires et des avantages respectables et un organisme national ayant pour mandat de fournir les meilleures données et les meilleures stratégies aux provinces et territoires.

Le moment est critique pour les infirmières et infirmiers ainsi que pour les gens dont nous prenons soin. Cela fait des années que nous voyons venir la crise qui nous frappe. Si nous n'agissons pas maintenant, nous risquons une défaillance complète de notre précieux système universel de soins de santé publique.

• (1630)

Je remercie encore une fois les membres du Comité.

Je répondrai à vos questions plus tard.

Le président: Merci, madame Silas.

La parole va maintenant à la Dre Katharine Smart, présidente de l'Association médicale canadienne.

Les cinq prochaines minutes sont toutes à vous.

Dre Katharine Smart (présidente, Association médicale canadienne): Merci, monsieur le président et distingués membres du Comité, de me permettre de m'adresser à vous aujourd'hui.

Je suis la Dre Katharine Smart. Je m'adresse à vous depuis le territoire traditionnel de la Première Nation de Kwanlin Dün et du Conseil des Ta'an Kwäch'än. Je suis pédiatre au Yukon.

À titre de présidente de l'Association médicale canadienne, c'est un honneur pour moi de représenter les médecins et les étudiants en médecine de l'ensemble des provinces et des territoires. Le système de santé a été poussé au-delà de ses capacités, et nous en avons tous subi les contrecoups.

Pour les travailleurs de la santé, la pandémie est un défi incessant. Nous sommes exténués, épuisés et démoralisés. En prenant soin des patients dans un système déjà défaillant, nous avons été poussés à bout. À chaque vague, nous sommes encore plus débordés, et ce n'est pas sans conséquence pour les effectifs et le système. Il s'agit de la plus grande crise que nous ayons jamais connue dans le secteur de la santé.

L'automne dernier, l'AMC a coanimé, avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, un sommet d'urgence qui réunissait près de 40 organisations de santé représentant notamment du personnel infirmier, des médecins, des inhalothérapeutes, du personnel préposé aux services de soutien à la personne, des psychologues ainsi que des établissements d'enseignement. Tous étaient d'accord pour dire que nous traversons une crise sans précédent.

L'AMC salue évidemment l'engagement du gouvernement fédéral jusqu'ici en réponse à la pandémie, mais cette dernière n'est toujours pas terminée, et lorsqu'elle le sera, les répercussions se feront sentir dans les soins de santé pendant encore de nombreuses années. Les travailleurs de la santé comptent sur le leadership du gouvernement fédéral pour trouver une solution. En les aidant, vous aidez les Canadiens et Canadiennes, aujourd'hui et demain.

Monsieur le président, la présente étude sur les effectifs du secteur de la santé au Canada est la bienvenue. Il y a d'autres leçons à tirer de cette crise. Permettez-moi de vous dire ce qui se passe en ce moment. Les médecins sont plus épuisés que jamais. Plus de la moitié d'entre eux signalent un niveau élevé d'épuisement professionnel, soit presque deux fois plus qu'avant la pandémie, et presque 50 % ont dit qu'ils allaient probablement ou très probablement réduire leurs heures de travail cliniques au cours des 24 prochains mois.

Les répercussions de cette situation pourraient être catastrophiques. Plus de cinq millions de Canadiens et de Canadiennes n'ont pas de fournisseur de soins de santé attiré, et parmi ceux et celles qui en ont un, seulement 48 % ont pu obtenir un rendez-vous dans les 48 heures. Pour les collectivités rurales et éloignées ainsi que les populations vulnérables et à risque, la situation est encore pire.

Par ailleurs, les médecins et le personnel infirmier qui pratiquent dans une nouvelle province ou un nouveau territoire sont confrontés à des obstacles. Il faut revoir les cadres réglementaires actuels de délivrance de permis et passer à un modèle pancanadien. Cela permettrait aux professionnels de la santé de travailler là où ils le souhaitent et où les besoins sont les plus criants. Il est temps d'éliminer ces obstacles réglementaires inutiles.

Avant la pandémie, notre système de soins de santé battait déjà de l'aile. Aujourd'hui, il est plus fragile que jamais. Pire encore, les personnes qui prennent soin des patients finissent par quitter la profession tant elles sont épuisées. Cela ne manquera pas de toucher tous les Canadiens et toutes les Canadiennes, de mettre leur santé et leur accès aux soins en péril. Cette crise a pris des proportions qui dépassent les capacités de gestion des provinces et des territoires.

Nous savons que les premiers ministres provinciaux et territoriaux comptent sur une augmentation du financement fédéral, sans condition. Nous croyons qu'il faut plus d'investissements stratégiques fédéraux dès maintenant pour soutenir la reconstruction du système de santé canadien.

D'abord, il faut un leadership fédéral pour créer un cadre pancanadien de planification intégrée des ressources humaines de la santé. Nous avons besoin d'une approche intergouvernementale, dirigée par le gouvernement fédéral.

Ensuite, il est temps pour le gouvernement fédéral d'honorer son engagement à verser 3,2 milliards de dollars pour élargir l'accès des patients aux médecins de famille et aux équipes de soins primaires. De cette somme, l'AMC recommande que 1,2 milliard de dollars sur quatre ans aille directement au fonds d'accès aux soins primaires et que 2 millions de dollars soient alloués à l'évaluation de la capacité de formation interprofessionnelle des médecins de famille et des autres professionnels du secteur des soins primaires. Le développement des soins primaires collaboratifs interprofessionnels est essentiel si nous voulons augmenter l'accès aux soins.

Enfin, nous devons abolir les obstacles auxquels sont confrontés les professionnels de la santé en permettant l'adoption d'un permis d'exercice pancanadien. Les professionnels de la santé doivent pouvoir se déplacer entre les provinces pour fournir des soins là où ils sont requis.

Ces dernières décennies ont été marquées par des avancées remarquables en médecine, mais les travailleurs de la santé demeurent essentiels, car ce sont eux qui assurent les services de première ligne. Il est donc crucial que le gouvernement prenne des décisions pour assurer leur protection. Nous avons besoin du soutien du fédéral pour la suite des choses.

Merci, monsieur le président.

• (1635)

Le président: Merci beaucoup, docteur Smart.

Le dernier, mais non le moindre, SoinsSantéCAN.

Monsieur Paul-Émile Cloutier, je crois que vous prendrez la parole pour votre délégation?

• (1640)

M. Paul-Émile Cloutier (président et chef de la direction, SoinsSantéCAN): Oui.

Le président: Très bien. Vous avez la parole pour cinq minutes. Bienvenue.

M. Paul-Émile Cloutier: Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité et chers collègues. Merci beaucoup de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Je suis accompagné de ma collègue, Mme Elaine Watson, qui est la directrice des ressources humaines à Covenant Health, en Alberta, l'un des plus grands établissements catholiques de soins de santé au pays. Mme Watson est également coprésidente du Comité consultatif des ressources humaines en santé de SoinsSantéCAN. Elle sera disponible pour répondre à bon nombre de vos questions.

[Français]

En tant qu'organisation nationale représentant les hôpitaux, les instituts de recherche en santé et les organisations de soins de santé, les leaders de la santé ne cessent de nous répéter que les ressources humaines sont le premier défi auquel nous devons faire face et que nous devons le régler le plus vite possible.

[Traduction]

C'est un problème sérieux, parce que la prestation des soins de santé est assurée par des personnes, et les travailleurs de soins de santé sont le fondement de notre système de santé. Je félicite le Comité d'avoir entrepris cette étude importante et opportune sur une question qui a été négligée pendant trop longtemps.

Les travailleurs de la santé ne sont pas seulement les infirmières, les médecins et les travailleurs auxiliaires. Ce sont aussi les employés de soutien, de garde et d'administration, les chercheurs, les techniciens de laboratoire et les équipes de direction qui travaillent dans le système de santé. Toutes ces personnes sont nécessaires pour assurer le bon fonctionnement du système et la prestation de soins de qualité à la population canadienne.

Lorsque nous cherchons à élaborer des solutions aux problèmes d'effectifs du secteur de la santé, nous devons tenir compte de toutes ces personnes, plutôt que d'adopter une approche cloisonnée, par profession. Le surmenage et l'épuisement professionnel d'un trop grand nombre d'employés du secteur de la santé en raison de la pandémie ont rendu critique une situation déjà précaire. Il y a actuellement de nombreux postes vacants dans le pays et dans tout le système, et on peut s'attendre à ce qu'il y en ait encore plus lorsque la pandémie sera terminée, car bien des travailleurs de la santé décideront de prendre une retraite hâtive, d'occuper des postes moins exigeants dans le système de santé ou de quitter complètement le système.

Alors que les vagues successives de la pandémie ont augmenté la demande sur le système, les besoins en soins de santé demeurent, même si le pire de la COVID-19 semble derrière nous. Le système de santé est toujours aux prises avec une demande accrue, car les travailleurs de la santé s'efforcent de rattraper les retards dans les interventions médicales, de soigner les gens dont les traitements ont été retardés et qui sont donc plus malades, et de traiter une population qui vit plus longtemps, mais avec des troubles plus complexes et plus chroniques.

Nous devons repenser tout notre système de santé, et la résolution des problèmes d'effectifs doit être au cœur de cette démarche pour renforcer la résilience du système et nous assurer qu'il puisse répondre aux besoins de la population en matière de soins.

[Français]

Nous avons besoin de solutions innovantes à court et à long terme pour répondre aux préoccupations des professionnels de la santé. Une main-d'œuvre de la santé adaptée et en nombre suffisant, au bon endroit et au bon moment pour répondre aux besoins des populations partout au Canada, est tout à fait primordiale.

SoinsSantéCAN souhaite faire certaines recommandations au gouvernement fédéral par l'entremise de votre comité.

[Traduction]

La première recommandation est d'améliorer le processus d'immigration pour mieux tirer parti des compétences des nouveaux arrivants et pour aider à répondre aux besoins actuels du système de santé à court et à moyen terme.

La deuxième est de collaborer avec les autres ordres du gouvernement, les organismes de réglementation des professions et les établissements d'enseignement pour accroître le nombre de professionnels de la santé formés au Canada qui occupent les bons postes pour répondre aux besoins à long terme.

La troisième est de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations de soins de santé de tout le pays pour soutenir la santé, le bien-être, la sécurité et la résilience des effectifs du secteur de la santé. Cette mesure pourrait inclure une hausse des investissements fédéraux dans la recherche en santé mentale et en bien-être mental, ainsi que dans des programmes et des ressources s'adressant spécifiquement aux travailleurs de la santé.

• (1645)

La dernière recommandation est de mettre en place un organisme pancanadien sur les effectifs du secteur de la santé et le charger de la collecte de données stratégiques et normalisées et de la recherche et de la planification en cette matière, pour nous aider à mieux comprendre les effectifs actuels et les besoins futurs. Cet organisme pourrait travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation et les intervenants de soins de santé et utiliser les renseignements recueillis pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à régler les problèmes systémiques relatifs aux effectifs du secteur de la santé.

[Français]

Les Canadiens s'attendent à ce que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership et qu'il s'attaque à ces problèmes en collaboration avec les provinces, les territoires et toutes les parties prenantes du secteur de la santé.

[Traduction]

Le statu quo n'est clairement plus viable. Le défaut d'agir dès maintenant entraînera une diminution de la qualité des soins, une augmentation des temps d'attente et une aggravation des résultats en matière de santé.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Cloutier.

Avant de commencer la période de questions, je veux m'assurer que je n'ai pas dit quelque chose de faux au Comité. J'ai dit au début que nous allions siéger jusqu'à 19 h 14. Ce que j'aurais dû dire est que nous avons le soutien des braves gens de la Chambre des communes pendant deux heures complètes, si le Comité désire siéger pendant deux heures complètes.

Regardez ça, je suis encore à l'heure de l'Atlantique, même si je suis à Ottawa.

Le Comité veut-il siéger jusqu'à 18 h 15?

J'ai le consentement des membres dans la salle et à l'écran. Excellent.

Nous allons passer à la période de questions, en commençant par le Parti conservateur.

La parole va à M. Ellis pour six minutes

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

Merci à tous les témoins d'être avec nous. C'est un travail colossal, et j'en sais quelque chose personnellement, car j'ai fourni toutes sortes de soins quand j'étais médecin de famille. Je vous remercie d'être avec nous et d'avoir tenté à un moment ou à un autre d'améliorer la situation.

Ma question s'adresse à notre premier témoin. En ce qui concerne le modèle de financement actuel et les 7 500 travailleurs de la santé que le premier ministre a promis pendant les élections et plusieurs fois par après pendant la période de questions, pouvez-vous me dire combien de ces travailleurs de la santé ont maintenant intégré notre système?

Le président: C'est une question pour vous, monsieur Barua.

M. Bacchus Barua: Merci de la question.

Je ne crois pas avoir fait de commentaire là-dessus, et je ne pense pas pouvoir répondre à cette question.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

À la Dre Smart de l'ACM, j'aimerais vous poser la même question, si cela ne vous dérange pas.

Dre Katharine Smart: Merci de la question.

Je ne crois pas que nous ayons encore des données sur le nombre de fournisseurs de soins primaires qui se sont ajoutés au système. Ce que nous savons, c'est qu'il y a des obstacles majeurs présentement pour les personnes qui fournissent des soins longitudinaux en médecine familiale, ainsi que beaucoup d'obstacles pour celles qui fournissent des soins intégrés en équipe. Cela fait partie des raisons pour lesquelles nous voulons une planification intégrée des effectifs du secteur de la santé. Nous voulons savoir quelle direction nous allons prendre en ce qui concerne la prestation des soins intégrés en équipe, les raisons pour lesquelles certaines personnes choisissent de ne pas offrir ce type de soins et le nombre et les types de fournisseurs qu'il nous faut pour que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes aient accès à des soins primaires. Ce travail n'a pas encore été fait, et nous croyons que cela est essentiel pour la suite des choses.

M. Stephen Ellis: Merci.

À Mme Silas de la FCSII, savez-vous si des infirmières ou infirmiers recrutés faisaient partie des 7 500 que le gouvernement fédéral a promis?

Mme Linda Silas: Bonjour, monsieur Ellis. Je viens moi aussi des Maritimes.

Non, nous ne le savons pas. La Dre Smart a dit très clairement que c'est une de nos demandes, que le gouvernement fédéral prenne l'initiative pour recueillir les données pertinentes. Nous savons cependant qu'il y a eu une augmentation d'un certain type d'effectif, celui des préposés aux soins personnels. Nous avons observé cette augmentation au Québec, en Ontario et un peu en Alberta. C'est à peu près tout ce que j'ai à dire sur les mesures concrètes qui ont été prises pour augmenter l'effectif.

Si vous lisez le dernier rapport de Statistique Canada, vous constaterez qu'il y a plus de 118 postes vacants parmi les effectifs réglementés des soins de santé, et que cela n'inclut pas les préposés aux soins personnels.

M. Stephen Ellis: Merci.

Monsieur Barua, de retour à vous. Avez-vous une idée du nombre de travailleurs de la santé dont le Canada aurait besoin pour pourvoir même une partie de ces postes vacants?

• (1650)

M. Bacchus Barua: Je vais seulement répondre en ce qui concerne les médecins, parce que c'est vraiment sur cette question que nous nous sommes penchés.

Ce que je peux dire, c'est que, en 2019, comme je l'ai mentionné, le Canada s'est classé 26^e sur 28 pays pour le nombre de médecins par tranche de 1 000 habitants. Je n'ai pas les données sous les yeux présentement, mais je crois que cela voulait dire environ 2,8 médecins par 1 000 habitants, en comparaison de la moyenne des pays de l'OCDE qui est d'environ 3,8. C'est possible que mes décimales ne soient pas exactes. Les calculs seraient donc fondés là-dessus.

Bien sûr, il est très, très important de formuler les questions avec précision. Par exemple, comme je l'ai dit, le Canada fait aussi bien, ou même un peu mieux que les autres, en ce qui concerne les médecins de famille par tranche de 1 000 habitants, mais fait nettement pire du côté des spécialistes. Malgré cela, la demande pour un médecin de famille continue d'être un grave problème présentement. À mon avis, cela montre vraiment qu'il y a un effet d'étranglement, parce que les gens essaient d'aller à l'hôpital, essaient de recevoir un traitement, mais ils doivent entretemps être traités par un médecin de famille.

Avec ces ratios, comme je l'ai dit, même si je ne connais pas les chiffres absolus, cela vous donne une idée générale de l'écart qui nous sépare de la moyenne des pays de l'OCDE. C'est sans compter [*difficultés techniques*].

M. Stephen Ellis: C'est très bien. Merci.

Selon mes calculs, cela veut dire qu'il nous manque environ 38 000 médecins en comparaison de la moyenne des pays de l'OCDE, et 7 500 ne seraient qu'une goutte d'eau dans la mer.

C'est intéressant. Je me demandais, madame Silas, si vous aviez une idée du nombre d'infirmières qui nous manquent. Je crois savoir qu'il y a 450 000 infirmières et infirmiers au Canada. Nous disons que nous allons perdre environ 26 % d'entre eux, et ils représentent 50 % des effectifs du secteur de la santé. Avez-vous une idée de ce que cela représente en chiffres?

Mme Linda Silas: Eh bien, dans votre magnifique province, docteur, je dirais 1 300. C'est un nombre très précis, parce que c'est facile d'aller d'un établissement à un autre et de compter les postes vacants. Dans la province de l'Ontario, il y a plus de 20 000 postes vacants. Encore une fois, c'est énorme. Nous n'essayons même pas d'atteindre la moyenne des pays de l'OCDE. Ce que nous essayons de faire, c'est maintenir en poste les effectifs que nous avons.

Si nous faisons ce que la Nouvelle-Écosse a fait... honnêtement. Votre premier ministre a promis des emplois pour les cinq prochaines années aux infirmières et infirmiers nouvellement diplômés de sa région, et ce sont des emplois permanents. Il faut que tous les ordres de gouvernement prennent des mesures comme celles-là.

M. Stephen Ellis: Si nous pouvions continuer...

Le président: Merci, docteur Ellis.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président.

Le président: Nous allons maintenant nous tourner vers le Yukon.

Docteur Hanley, c'est votre tour, pour six minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup.

Je tiens moi aussi à remercier tous les témoins. Il est clair que cela n'a été facile pour aucun d'entre vous de décrire en cinq minutes l'état des ressources humaines du secteur des soins de santé, mais je vous suis très reconnaissant de nous avoir présenté différents points de vue.

Je veux souligner qu'il arrive à peu près une fois tous les 100 ans seulement qu'un médecin devient député du Yukon, et seulement à peu près tous les 23 ans qu'une Yukonnaise est présidente de l'AMC. Pour souligner cette occasion, je vais adresser ma première question à ma collègue et amie, la Dre Smart.

J'aimerais en savoir un peu plus sur la façon dont, selon vous, l'épuisement professionnel a une incidence non seulement sur les chiffres, mais aussi sur la productivité des médecins en général.

Je vous prie de répondre rapidement et avec concision, dans la mesure du raisonnable, afin que je puisse poser toutes mes autres questions.

Dre Katharine Smart: Merci, monsieur le président.

Merci, docteur Hanley. Vous posez une question très importante.

L'épuisement professionnel met en relief un très grand nombre des problèmes du système avec lesquels nous devons composer. Notre compréhension des conséquences de l'épuisement professionnel a vraiment évolué au cours des 10 ou 15 dernières années. Nous savons que les taux d'épuisement professionnel chez les médecins ont doublé, comme je l'ai déjà dit. Nous savons que l'épuisement professionnel est principalement lié au fait de travailler dans un système qui n'est pas fonctionnel. C'est la première cause de l'épuisement professionnel des médecins et des autres professionnels de la santé.

Nous savons également que l'épuisement professionnel a des conséquences directes sur d'autres aspects, comme la productivité, la qualité des soins et les erreurs médicales. Il est essentiel de nous attaquer au problème de l'épuisement professionnel et de créer un système dans lequel les travailleurs de la santé pourront s'épanouir et rester en santé si nous voulons offrir des soins de qualité aux Canadiens et aux Canadiennes.

M. Brendan Hanley: Merci, docteur Smart.

Madame Silas, j'aimerais vous poser la même question, en gardant à l'esprit la portée et l'optimisation de la portée des soins infirmiers, dans le cadre de cette profession déjà très vaste.

Mme Linda Silas: Nos chiffres ressemblent beaucoup à ce que la docteur Smart a dit. Nous parlons d'une augmentation de 50 %, mais il y a une différence. Il y a une différence entre vouloir se cacher sous un bureau ou dans un coin parce qu'on se sent épuisé professionnellement, et avoir besoin de soins de santé mentaux, comme c'est le cas pour plus de 30 % du personnel infirmier. C'est là que nous voyons une énorme lacune, parce qu'il y a un manque de services partout. Cela ne mine pas seulement la productivité, parce que, quand nous sondons les infirmières, elles disent que les soins qu'elles essaient de donner sont bons, mais qu'elles ne sont pas assez nombreuses. C'est une façon de dire qu'elles veulent partir, et encore une fois, c'est la raison pour laquelle nous devons nous attaquer au problème du maintien en poste.

Dans l'Ouest du Canada, du Manitoba vers le nord, nous avons des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés — encore une fois, les rôles sont différents dans les Prairies — qui s'occupent de la santé mentale. Nous devons avoir des mesures novatrices partout au Canada pour nous attaquer au problème de la santé mentale, autant pour ceux et celles qui fournissent les services de soins de santé que pour les autres Canadiens et Canadiennes qui en ont besoin.

• (1655)

M. Brendan Hanley: Merci.

Je vais maintenant m'adresser au Dr Soulez.

[Français]

Bonjour, docteur Soulez.

Je vous remercie de votre présentation.

[Traduction]

Nous savons que la technologie est l'un des principaux facteurs qui ont une incidence sur les coûts dans le secteur de la santé. Selon vous, quel équilibre devrait-on rechercher entre l'évolution technologique, l'adoption de nouvelles technologies, et la gestion du facteur coût que représentent les nouvelles technologies?

Dr Gilles Soulez: C'est une très bonne question.

Si on prend l'imagerie, il ne fait aucun doute qu'il faut un investissement en capital assez important, mais les retards de diagnostic entraînent aussi des coûts très élevés. Il faut donc prendre en considération cet équilibre entre l'argent que nous versons, l'investissement, et le rapport coût-efficacité des avantages que cela apportera pour le flux de travail et la prise en charge des patients. De ce point de vue-là, c'est clair qu'il y a de plus en plus d'investissements actuellement dans les technologies de l'information, les nouvelles technologies qui faciliteront le flux de travail et qui nous permettront de traiter plus de patients, avec plus d'efficacité et en moins de temps. Si nous ciblons nos investissements, nous pouvons aller chercher un bon rendement du capital investi.

Un autre exemple est le système d'aide à la décision clinique. Ce type de système d'information permet à un médecin de première ligne de faire une demande d'imagerie; lorsqu'il fait sa demande, il reçoit des conseils et peut s'assurer que sa demande est appropriée et pertinente pour son patient. Si ce genre de système était utilisé dans tout le Canada, nous pourrions éliminer 10 ou 15 % d'examen inutiles, ce qui offrirait un excellent rendement sur le capital investi.

Nous devons vraiment chercher à trouver cet équilibre.

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup.

Je m'adresse à mon ancien collègue, M. Paul-Émile Cloutier; j'aimerais vous demander, quand vous avez parlé de la résilience des effectifs du secteur de la santé, des cadres, avons-nous la bonne combinaison de professionnels de la santé, et sinon, qu'est-ce qui nous manque? Qu'est-ce qui est de trop?

M. Paul-Émile Cloutier: Je ne crois pas que nous avons la bonne combinaison, mais je ne suis pas certain de savoir quelle serait la bonne combinaison. Je crois que le message que nous voulons transmettre au Comité aujourd'hui est que nous devons examiner le problème très attentivement et tenir compte de tous les professionnels qui font partie du système de santé.

Vous avez dit, il y a à peine quelques secondes, combien de personnes étaient parties à cause de l'épuisement professionnel, et c'est beaucoup de personnes. Nous avons fait un sondage en Ontario avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Sur l'ensemble du personnel hospitalier, entre 2020 et 2021, 45 % ont démissionné. Pour ce qui est du personnel infirmier et du personnel infirmier autorisé spécifiquement, 71 % des infirmières et infirmiers ont démissionné entre 2020 et 2021. Pour ce qui est des services fournis aux médecins et au personnel infirmier, environ 40 % du personnel a démissionné entre 2020 et 2021.

Clairement, le message du système est qu'il ne fonctionne pas. Beaucoup de gens partent à cause de l'épuisement professionnel. Ils voient que le système ne change pas et qu'il ne s'améliore pas.

Ce que je redoute, par rapport à votre étude, c'est que si nous n'examinons pas le système dans son ensemble, avant de commencer à dire faisons ceci pour les infirmières, faisons cela pour les radiologistes, faisons... Je sais qu'il y a des besoins dans l'ensemble du système. Je ne veux pas vous critiquer, mais, si vous cherchez seulement à régler le problème pour les médecins et le personnel infirmier, sans réparer le système dans son intégralité, vous n'allez pas rendre service aux Canadiens et aux patients qui ont besoin de soins. C'est ce que je pense.

• (1700)

Le président: Merci, monsieur Cloutier.

[Français]

C'est au tour du Bloc québécois.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Je veux remercier l'ensemble des témoins d'avoir contribué à faciliter notre compréhension du problème ainsi qu'à la recherche de solutions.

Je vais m'adresser principalement à MM. Soulez et Cloutier.

Docteur Soulez, la dernière fois que nous nous sommes rencontrés, nous subissions la troisième vague de la pandémie, et nous parlions alors de problèmes structurels. Aujourd'hui, quand on me parle de problèmes liés à la rétention de la main-d'œuvre en fonction de conditions de travail, je me rends compte que nous n'éprouvons pas des problèmes conjoncturels, mais des problèmes antérieurs à la pandémie, que celle-ci a exacerbés. Il s'agit donc de problèmes structurels.

En ce sens, cela n'exige-t-il pas d'avoir des solutions structurelles?

Ajoutons à cela la question du sous-financement chronique. Lors de la première vague, on a dit qu'un sous-financement chronique nous avait fragilisés. Nous vivons présentement une situation apocalyptique. Il y a une bombe à retardement dans les réseaux de la santé, qui aura peut-être un effet pendant les 10 prochaines années.

Ne faudrait-il pas alors parler de financement structurel?

Docteur Soulez, je vous laisse répondre à cette première question. Je me tournerai ensuite vers M. Cloutier.

Dr Gilles Soulez: Votre remarque est très pertinente.

Ce qui se produit, c'est que les budgets de fonctionnement des provinces leur permettent seulement de régler les problèmes immédiats et d'offrir des services, mais c'est très difficile à l'heure actuelle pour les provinces. On a l'impression d'avoir une stratégie d'infrastructures et de réorganisation du système de santé.

Il est indéniable qu'il faut du financement additionnel pour mettre en œuvre ces réformes à long terme. Nous parlons d'investissements structurels. À mon avis, il faut avoir une excellente collaboration avec les provinces pour réussir à définir les besoins, parce qu'ils ne sont pas les mêmes partout. Les besoins peuvent assurément être différents d'une province à l'autre. Il faut donc avoir une

stratégie souple, favorisant l'intégration, et qui permettrait aux différentes provinces d'investir dans les secteurs prioritaires, mais toujours avec l'aide du gouvernement fédéral pour ce qui est des investissements structurels. Cela signifie qu'il faut des investissements à long terme.

Comme je l'ai dit plus tôt, il faut s'assurer d'obtenir un rendement des investissements, mais sans avoir à payer la facture d'épicerie, si je peux m'exprimer ainsi.

M. Luc Thériault: Les transferts en santé sont indexés à 3 %, et un représentant de SoinsSantéCAN, dans un mémoire déposé devant le Comité permanent des finances en 2021, mentionnait que, en raison de la pandémie, à très court terme, les coûts liés au système de santé représenteraient 8,4 % du budget. Il est aussi prévu que l'indexation restera à 3 % jusqu'à 2027.

Je ne parle pas ici d'une augmentation des transferts à « 35 sous pour une piastre ». C'est clair, net et précis que nous ne pouvons pas être sérieux si nous ne respectons pas les priorités budgétaires et si nous n'investissons pas maintenant de façon massive dans la priorité des priorités, qui est la santé.

Monsieur Cloutier, ne croyez-vous pas que si nous voulons avoir les moyens d'assurer la rétention du personnel, nous devons obtenir des investissements structurels considérables et récurrents à long terme?

M. Paul-Émile Cloutier: C'est une très bonne question.

Je rejoins un peu les propos tenus par le Dr Soulez il y a quelques minutes. Il y a un manque de financement évident au Canada pour aider le système de santé de façon adéquate. Je ne le cache pas, les besoins sont énormes.

Ma plus grosse crainte, monsieur Thériault, c'est que si nous accordons un financement sans savoir pourquoi, sans savoir le but que nous voulons atteindre ni les changements que nous voulons apporter dans le système, il se peut que nous nous retrouvions dans la même situation que dans le passé, c'est-à-dire que des fonds seront alloués à des secteurs où il n'y aura presque pas de résultats.

Je pense que les Canadiens et même les premiers ministres des provinces ont un rôle à jouer. J'ai écrit à tous les premiers ministres dans le cadre de la conférence du Conseil de la fédération pour leur faire savoir que nous étions d'avis que le gouvernement fédéral devait jouer un rôle primordial dans le financement du système de santé, voire un rôle plus important que celui joué aujourd'hui. Il doit jouer ce rôle de façon stratégique afin de répondre aux priorités de chacune des provinces.

Par exemple, nous avons un budget de 4,5 milliards de dollars pour la santé mentale, mais la santé mentale englobe un vaste champ de domaines. Certaines provinces auront peut-être une priorité dans certains secteurs de la santé mentale, tandis que d'autres n'auront pas la même priorité. C'est là que nous demanderons aux politiciens d'être un peu plus flexibles, c'est-à-dire que le gouvernement fédéral est prêt à accorder des fonds aux secteurs prioritaires, tout en assurant une certaine reddition de compte pour ce qui est des résultats. Je pense que c'est ce que les Canadiens veulent vraiment voir aujourd'hui.

Pour répondre à votre question, il y a un manque considérable de fonds fédéraux destinés aux provinces. Selon l'étude de Deloitte parrainée par l'Association médicale canadienne, ou AMC, juste pour s'occuper des soins qui n'ont pas eu lieu, il peut en coûter jusqu'à 1,3 milliard de dollars. C'est une somme dont les provinces ne disposent pas en ce moment, et je ne pense pas qu'elles pourront fournir ces sommes aux hôpitaux.

• (1705)

M. Luc Thériault: On s'entend que, dans votre mémoire...

Le président: Je vous remercie, monsieur Thériault. Votre temps de parole est écoulé.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

[Français]

M. Luc Thériault: D'accord.

Je vais revenir plus tard sur cette question.

[Traduction]

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

Merci aux témoins d'être avec nous et de nous faire profiter de leur expertise et de leurs brillantes idées.

Madame Silas, je vais commencer par vous.

Je me demandais simplement si une réorganisation de la façon dont nous fournissons les soins pourrait avoir une incidence sur l'épuisement professionnel et sur le maintien en poste des effectifs actuels. Je pense, par exemple, aux soins en équipe ou peut-être à l'élargissement du champ de pratique.

Selon vous, y a-t-il des possibilités de réorganiser la façon dont nous fournissons les services pour que la prestation soit plus efficace pour les patients?

Mme Linda Silas: Eh bien, monsieur Davies, vous siégez depuis longtemps au comité de la santé. Vous savez que nous avons tous fait la promotion d'une prestation différente des soins de santé. Nous avons commencé dans les années 1990 en demandant d'ouvrir plus de centres de santé communautaires, pour fournir de meilleurs soins primaires, et aujourd'hui, en 2022, nous demandons toujours de meilleurs soins primaires.

En ce qui concerne les équipes, si je pense à la prestation de soins infirmiers en équipe, tout va dépendre de la composition de l'équipe et de l'objectif visé. Nous avons des années et des années de recherches scientifiques sur la question de la bonne infirmière pour le bon patient, c'est-à-dire les bonnes compétences et la bonne formation pour une bonne expérience pour le patient. Tout est relatif: plus votre patient est malade, plus vous avez besoin de compétences et de formation, etc. Nous devons faire preuve d'une grande prudence à l'égard des nouveaux modèles de soins que certains employeurs ont appliqués durant la COVID, parce qu'ils sont tout simplement dangereux. Nous allons devoir travailler là-dessus.

Je suis tout à fait d'accord pour dire que nous devons insister davantage sur les soins à domicile, sur les centres de santé communautaires et sur le renforcement des soins de santé mentale. Il pourrait s'agir d'un programme comme celui que le gouvernement fédéral a mis en place il y a un an et demi ou deux ans, le programme Espace mieux-être Canada. C'est une ressource de santé mentale

sur Internet. C'est disponible, c'est accessible à tous. D'accord, et maintenant, quelle est la prochaine étape?

M. Don Davies: Merci beaucoup.

Je pense que vous venez de me traiter de « vieux », mais avec beaucoup de diplomatie.

Des voix: Ha, ha!

Mme Linda Silas: C'est aussi vieux que moi. Je suis dans ce domaine depuis aussi longtemps que M. Cloutier.

M. Don Davies: Oui, c'est vrai, depuis aussi longtemps que moi.

Docteur Smart, peut-être pourrais-je m'adresser à vous, maintenant. Je me souviens, il y a longtemps, en 2007, que Jack Layton, l'ancien chef de notre parti, était parti en croisade pour qu'il y ait plus de médecins de famille. Je crois que, à cette époque, cinq millions de Canadiens et de Canadiennes n'avaient pas accès à un médecin de famille.

Je vais vous poser rapidement trois questions, et vous pouvez répondre à chacune d'entre elles.

Premièrement, vous avez parlé de l'épuisement professionnel. Je me demandais si vos membres avaient montré un quelconque intérêt pour passer de la rémunération de type paiement à l'acte, à une structure davantage salariale; ce serait une solution qui pourrait peut-être aider les médecins qui ont l'impression d'être forcés à voir beaucoup de patients. Est-ce que c'est une idée qui mérite qu'on s'y attarde?

• (1710)

Dre Katharine Smart: C'est une excellente question. Encore une fois, je pense que cela nous ramène à certains des problèmes structurels qui touchent la prestation des soins de santé. Il ne fait aucun doute que certains des modèles de rémunération et des modèles structurels actuels pour les soins de santé primaires empêchent les gens de choisir la médecine familiale longitudinale. Nous avons de nombreux exemples de réussite en matière de soins primaires en équipe au Canada, qui pourraient être offerts à plus grande échelle. Nous avons des experts, eux-mêmes des fournisseurs de soins primaires, qui ont fait dans ce domaine des recherches, indiquant que différents modèles de rémunération et de travail en équipe permettent de mieux servir les Canadiens et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.

Nous pensons vraiment que ces choses doivent être envisagées et rattachées à cet investissement de 3,2 milliards de dollars dans les soins primaires. Une partie de la planification intégrée du personnel de santé consiste à comprendre quels sont les obstacles qui empêchent nos nouveaux médecins de famille de choisir d'offrir aux patients des possibilités de médecine familiale longitudinale.

M. Don Davies: Merci.

J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus sur ce que je pense être une solution très créative et novatrice, soit l'idée d'un permis d'expérience national des praticiens. Pourriez-vous nous donner rapidement la raison pour laquelle le gouvernement fédéral ou les gouvernements dans tout le pays devraient le faire?

Dre Katharine Smart: Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles un permis d'expérience national pourrait être un grand avantage pour les Canadiens, mais je pense surtout que cela concerne l'accès aux soins de santé. À mesure que nous en apprenons davantage sur les soins virtuels et la façon dont ils peuvent être offerts, un permis d'expérience pancanadien permet soudainement à tout praticien du pays d'être disponible pour n'importe quel patient. Il offre également des possibilités de favoriser la mobilité du personnel de santé afin de fournir un soutien dans les régions rurales et éloignées du pays.

Je pense qu'il y a de très nombreux avantages pour les médecins et les patients, qui permettront d'améliorer l'accès, la durabilité et le maintien en poste.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Cloutier, j'aimerais vous poser un certain nombre de questions, mais je ne pense pas avoir le temps de le faire.

Une des questions concerne le rôle du gouvernement fédéral. Je suppose qu'il y a des pénuries de main-d'œuvre dans toutes les provinces, dans tous les territoires et dans toutes les professions, comme vous l'avez souligné. Vous avez également mentionné l'importance des données.

Je vais vous orienter un peu. Estimez-vous que le gouvernement fédéral joue un rôle de rassembleur et de coordonnateur pour aider toutes les provinces, qui souffrent clairement des mêmes problèmes, à recueillir des données et à définir une vision nationale permettant de régler ce problème? Si c'est le cas, j'aimerais que vous nous disiez quel rôle, selon vous, le gouvernement fédéral pourrait jouer pour aider à régler ce problème.

M. Paul-Émile Cloutier: Certainement. C'est une excellente question.

Croyez-moi, les données ne sont pas du tout uniformes dans tout le pays. Il n'y a pas de plan normalisé quant à ce que vous obtenez et pourquoi vous l'obtenez. Je pense que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle de rassembleur, de facilitateur, pour obtenir ce type de données, et travailler en collaboration avec les provinces, les organismes de réglementation et les grandes associations nationales de la santé pour recueillir certaines données. Au bout du compte, ce que l'on veut, c'est un système uniforme dans tout le pays, afin de savoir exactement où il y a une pénurie de personnel infirmier, de médecins ou de techniciens.

Quand on parle d'épuisement professionnel — et je dois le dire, et je sais que cela n'a rien à voir avec votre question, monsieur Davies —, je parlais avec quelques-uns de nos PDG membres. En ce moment, on a très peur que, après la COVID, un grand nombre de nos gestionnaires, qui sont responsables dans des hôpitaux, les hôpitaux de recherche, disent tous « *Hasta la vista*, je veux partir. J'en ai assez. »

Le président: Merci, monsieur Cloutier.

Voulez-vous aller au bout de votre pensée? Nous avons largement dépassé le temps prévu, mais allez-y.

M. Paul-Émile Cloutier: Pour conclure, je dirais que le stress se fait sentir, et pas seulement au niveau clinique: il est présent dans tout le réseau, depuis les intervenants de première ligne jusqu'au responsable de l'établissement.

Pour répondre à votre question, le gouvernement devrait jouer un rôle de facilitateur et rassembler toutes ces informations.

Le président: Merci, monsieur Cloutier et monsieur Davies.

Nous allons passer à Mme Kramp-Neuman pour cinq minutes, s'il vous plaît.

Mme Shelby Kramp-Neuman (Hastings—Lennox and Addington, PCC): Je suis Shelby Kramp-Neuman, députée de Hastings—Lennox et Addington.

J'aimerais commencer par remercier chacun de vous de votre présence. Je ne suis aucunement médecin, donc je suis heureuse d'être entourée de personnes possédant votre niveau d'expertise. C'est mon premier mandat et ma première fois devant le comité de la santé. Je suis ravie d'être ici.

Je vais commencer par intervenir sur quelque chose dont on a déjà discuté, soit la question de l'épuisement professionnel, de la charge de travail, des facteurs de stress et de l'anxiété.

Il y a quelques années, la profession d'infirmière était une profession très recherchée. Cela devrait toujours être le cas, mais quand vous faites partie du personnel infirmier pendant une pandémie, c'est le dernier endroit où vous voulez être. Nous devons nous efforcer de réparer l'image de la profession et d'encourager les gens à intégrer le marché du travail. Je vais en parler un peu plus précisément.

La charge de travail excessive en raison de l'insuffisance des ressources humaines dans le personnel de santé existait avant la COVID, et en fait, elle a été accentuée par la COVID. Les facteurs de stress supplémentaires et l'anxiété causés par la pandémie ont conduit à un épuisement professionnel supplémentaire. La santé mentale est un enjeu majeur, et les conséquences que nous constatons tous chez nos collègues, nos voisins et nos amis, surtout dans le domaine de la santé, sont l'anxiété et la dépression.

Vous avez déjà parlé de certains taux. Cinquante pour cent des personnes sont épuisées et 45 % veulent démissionner. On en a déjà parlé, mais estimez-vous que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle pour fournir des soutiens particuliers aux professionnels de la santé et aux fournisseurs de soins de santé dans leurs organisations respectives? Quel est, d'après vous, le rôle que nous pouvons jouer pour offrir une solution en ce qui concerne la maladie mentale, les facteurs de stress et l'anxiété? C'est une grande question.

• (1715)

Mme Linda Silas: Je ne suis pas sûre de savoir à qui vous adressez votre question, mais vous avez dit « infirmière », alors je vais intervenir.

Bienvenue à notre comité. Vous verrez, c'est le meilleur comité de la Colline. C'est un comité très productif.

Le gouvernement fédéral l'a fait auparavant, et nous devons nous en souvenir. La dernière pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé était en 1997. Le gouvernement fédéral a organisé des tables rondes de 1997 à 2008 environ. Nous avons ensuite connu une récession, et tout est tombé à l'eau. Nous avons effectué des études sur le secteur des soins infirmiers, sur le secteur médical et sur le secteur paramédical. Nous sommes un pays beaucoup trop petit pour nous attendre à ce que les 13 provinces et territoires aient toutes les données, toutes les pratiques exemplaires et tous les experts. C'est à ce chapitre que le gouvernement fédéral peut intervenir: il peut financer ces projets.

Je pense que M. Paul-Émile Cloutier l'a très bien dit. Nous devons rendre des comptes. Oui, le gouvernement fédéral doit augmenter sa part de 22 % à 35 %, mais il doit y avoir un plan, depuis les soins de longue durée jusqu'à la santé mentale, en passant par les soins de courte durée.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Parfait. Merci beaucoup.

Ma deuxième question est une véritable surprise. Nous parlions de la santé mentale et de l'épuisement professionnel, mais je vais parler du recrutement de nouveaux médecins et de nouveaux membres du personnel infirmier.

Le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec ont compétence dans le domaine de l'immigration. Une option pour recruter des fournisseurs de soins de santé, c'est d'accepter des personnes formées à l'étranger. Encore une fois, cette pandémie a mis en relief cette nécessité.

Pourriez-vous nous dire quelles initiatives ont été mises en œuvre pour encourager des personnes d'autres pays ou celles qui ont étudié ailleurs à faire partie de la main-d'œuvre du Canada ou pour s'inscrire ici au Canada? Dans le cas de ces personnes, quelles sont les professions qui ont été ciblées par ces initiatives? Selon vous, ces initiatives ont-elles été fructueuses?

Dre Katharine Smart: Je peux répondre. Merci de poser la question.

Nous savons qu'il y a actuellement d'énormes obstacles qui empêchent les diplômés en médecine à l'étranger de pratiquer au Canada. De nombreux médecins vivent ici et ont été formés dans d'autres pays, mais ne travaillent pas dans le réseau de soins de santé. Nous pouvons éliminer de nombreux obstacles à l'aide d'initiatives du gouvernement fédéral.

La question est de savoir si l'on peut former et évaluer des gens dans notre réseau, et quels en sont les coûts et les obstacles. Le gouvernement fédéral peut soutenir ce domaine.

L'autre question, c'est le processus d'évaluation et d'agrément. Je fais allusion à la nécessité de mettre en place un permis d'expérience pancanadien pour les médecins. Nous avons ce même processus, où chaque province et chaque territoire a sa propre façon d'évaluer les titres de compétence, de former et d'agréer les diplômés en médecine de l'étranger. Cela crée un énorme obstacle administratif.

Nous estimons que le gouvernement fédéral a assurément la possibilité de soutenir les diplômés en médecine étrangers pour qu'ils aient un meilleur accès au réseau, à la formation, à la supervision et à l'évaluation dont ils ont besoin pour intégrer notre réseau. Il faut aussi s'assurer que le processus d'agrément est plus transparent et clair et qu'il ne comporte pas d'obstacles.

Il y a, bien sûr, des préoccupations d'ordre éthique liées au fait que, au Canada, nous ne créons pas suffisamment de ressources humaines en matière de santé dans notre propre pays et que nous prenons ces ressources dans d'autres pays. Nous pensons que, à long terme, nous devons être autonomes pour former assez de ressources ici. Cependant, de nombreux médecins, membres du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé sont déjà ici, au Canada, et ne peuvent pas actuellement pratiquer.

• (1720)

Le président: Merci, docteur Smart

Merci, madame Kramp-Neuman.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Merci.

Le président: Le prochain sur la liste est M. Jowhari, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Merci, monsieur le président. Merci à nos témoins.

Avant de poser ma question, en mon nom, au nom de mes collègues du Comité ainsi qu'au nom des 338 députés et de tous les Canadiens, veuillez faire part de notre gratitude à tous vos membres. Nous vous remercions et remercions vos membres de ce que vous avez fait au cours des deux dernières années et de ce que vous continuez de faire, malgré toutes les incertitudes et les inconnus. Merci d'assurer notre protection.

Des députés: Bravo!

M. Majid Mowhari: Encore une fois, merci de vos témoignages.

J'écoutais le témoignage. Il semble que les soins virtuels s'imposent comme l'un des moyens par lesquels nous pourrions peut-être combler l'écart. J'ai parlé de l'écart.

Pour ma première question, j'aimerais commencer par M. Barua.

Vous avez parlé de l'OCDE. Vous avez parlé de ce que j'ai considéré comme étant l'écart entre le financement et la prestation. Il semblait que nous étions au sixième ou septième rang pour ce qui est du montant de nos investissements en matière de soins de santé. Cela nous classe dans les 20 % supérieurs, mais nous nous classons au 25^e ou 26^e rang sur 38 pour ce qui est de la prestation ou de la capacité.

Comment expliquez-vous cet écart? Si nous voulons combler cet écart au moyen du financement actuel, où en serions-nous? Comment pouvons-nous nous mesurer à ceux qui sont classés sixième et septième et dont la prestation se situe dans les 20 % supérieurs?

M. Bacchus Barua: Vous avez absolument raison. Il y a un déséquilibre fondamental entre le montant que le Canada dépense pour les soins de santé et ce qu'il obtient en retour. Comme vous l'avez mentionné, nous sommes classés au sixième rang en ce qui concerne les dépenses en soins de santé en fonction du PIB. Si nous nous arrêtons pour rajuster cela en fonction de l'âge, nous finirons en fait au deuxième rang.

Je souligne ce point, parce que, quand la discussion commence à tourner autour de l'injection de plus d'argent dans le réseau, nous devons comprendre que nous sommes déjà l'un des plus grands dépensiers. Notre gouvernement fédéral est très endetté. Nos gouvernements provinciaux n'équilibreront pas leur budget pendant un certain temps dans de nombreux cas. Nous devons réellement comprendre pourquoi cet argent ne se répercute pas ailleurs.

Il ne s'agit pas seulement de ressources. Nous avons également les délais d'attente les plus longs des pays industrialisés. Nous sommes médiocres au chapitre de l'exploitation. Notre bilan est partagé pour ce qui est...

M. Majid Jowhari: Toutes mes excuses. De quelle façon pouvons-nous remédier à cet écart?

M. Bacchus Barua: Il existe un déséquilibre fondamental entre les deux.

M. Majid Jowhari: Je suis désolé de vous interrompre, mais comment pouvons-nous combler cet écart? Vous nous dites que nous disposons de l'argent, mais que du point de vue de la capacité et de la prestation, nous n'en sommes pas là. M. Cloutier a parlé d'un investissement structurel et d'un investissement à long terme, qui est flexible et collaboratif. Comment pouvons-nous corriger cet écart?

M. Bacchus Barua: Je vais répéter les trois points que j'ai soulevés au sujet de différences de politique. Ces différences permettent de distinguer un réseau de soins de santé plus efficace d'un réseau moins efficace.

Il existe trois choses que font ces autres réseaux de soins de santé efficaces. Ils collaborent avec le secteur privé, qui sert de partenaire, ou de soupape permettant de réduire la pression. Il s'agit de pays comme l'Australie, la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne. Il faut savoir qu'ils tempèrent également la demande. Ils s'attendent à ce que les patients assument une partie du coût du traitement, ce qui constitue une stratégie essentielle dans presque tous les autres pays ayant un réseau de soins de santé universels. Il est important de mentionner qu'ils financent leurs hôpitaux en fonction de l'activité, ce qui est très différent de la manière dont le Canada procède. Cette manière de financer les hôpitaux les incite à traiter les patients et fait en sorte que les hôpitaux soient payés chaque fois qu'un patient se présente. Cette manière de procéder élimine entièrement le processus de budgétisation que nous avons.

Enfin, la dernière chose que je vais mentionner concerne les soins virtuels. Comme vous l'avez mentionné, je voulais aborder ce point. Selon moi, les soins virtuels vont assurément aider, et dans de nombreux cas, ils ont déjà été mis en place. Il faut toutefois comprendre que les soins virtuels ne concernent pour l'instant que les médecins généralistes et les services médicaux. Ils ne vont pas permettre...

• (1725)

M. Majid Jowhari: Oui. Je vous remercie d'aborder les soins virtuels. À la fin de votre déclaration préliminaire, vous avez parlé des défis que les soins virtuels ont à relever par rapport à la Loi canadienne sur la santé.

Pouvez-vous faire quelques brefs commentaires à ce sujet et si vous manquez de temps, pouvez-vous présenter un mémoire? Il est vraiment important pour nous de comprendre ces défis. Merci.

M. Bacchus Barua: Il s'agit vraiment d'un domaine encore inexploré. Je pense que le défi ne se présentera pas avant un certain temps, mais il demeure très important.

Les soins de santé virtuels sont généralement offerts par des services qui ne font pas vraiment partie du réseau de soins de santé public et ces services sont également offerts en échange d'un paiement. Vous le savez bien, la mise en place de frais d'utilisation et de frais modérateurs entre en conflit avec les articles 18 à 21 de la Loi canadienne sur la santé, en ce qui concerne les frais modérateurs et les copaiements.

Si ces services, considérés comme des services virtuels, sont jugés nécessaires sur le plan médical, cela pourrait créer un conflit à l'avenir avec la Loi canadienne sur la santé. Cette question n'est pas explorée pour l'instant, et j'espère que nous n'en arriverons pas là, mais il s'agit d'un problème qui risque de se poser à l'avenir.

Encore une fois, je précise que les soins virtuels ne sont pour l'instant qu'une solution dans le domaine de médecins généralistes.

Ils ne seront d'aucune utilité pour les spécialistes ni pour les [difficultés techniques].

Le président: Je vous remercie, monsieur Barua.
[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Monsieur Cloutier, toujours dans votre mémoire, vous dites ceci: « le Transfert canadien en matière de santé n'a pas suivi le rythme de l'augmentation des coûts des soins de santé causés par l'inflation, la croissance démographique, le vieillissement de la population, l'état de santé de la population et les améliorations du système de santé ». Nous devrions ajouter la pandémie à cette liste.

Selon ce que vous me disiez tantôt, vous doutez que les gouvernements provinciaux et le gouvernement du Québec, qui ne sont pas écoutés quant aux problèmes liés à la santé, ne profitent pas du recul et de ce qu'ils sont en train de vivre pour bien utiliser les transferts en santé qui leur seraient donnés de façon substantielle.

Or, le gouvernement fédéral, pendant 30 ans, n'a jamais donné ni fait sa juste part à cet égard. Si tel avait été le cas, nous ne serions pas en train d'en discuter aujourd'hui. Je trouve que cette position est quelque peu étrange.

Ne serait-il pas préférable que le Québec et les provinces fassent front commun pour demander un investissement récurrent et substantiel qui leur donnerait de la prévisibilité et qui leur permettrait de pouvoir réparer ce qui peut l'être dans le système?

M. Paul-Émile Cloutier: Vous avez peut-être mal interprété ma réponse. Le mémoire que vous mentionnez, c'est sans doute notre mémoire prébudgétaire, dans lequel nous convenons que le fédéral doit, quand le moment viendra, augmenter les transferts aux provinces. Tout le monde s'entend évidemment sur cela.

M. Luc Thériault: Ne considérez-vous pas que le moment est venu de le faire, étant donné que, si l'on n'agit pas actuellement, les coûts à assumer par le réseau de santé pourraient continuer d'exploser tous les mois et toutes les semaines à cause de la pandémie? Il y a des gens qui ne sont pas dépistés pour des cancers actuellement. Cela va coûter cher dans l'avenir.

M. Paul-Émile Cloutier: C'est là qu'intervient la collaboration entre les provinces et le fédéral. Dans certains de nos messages, chez SoinsSantéCAN, nous avons invité tous les premiers ministres à tenir une conférence des premiers ministres sur la santé pour essayer d'évaluer où en sont les coûts liés à la santé dans les provinces. Les coûts dans une province ne sont peut-être pas les mêmes dans une autre.

M. Luc Thériault: Seriez-vous d'accord pour tenir un sommet sur le financement de la santé?

M. Paul-Émile Cloutier: Je serais entièrement d'accord sur cela.

Le président: Je vous remercie, monsieur Cloutier.

Je vous remercie, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Davies, qui dispose de deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Je ne sais pas lequel d'entre vous, madame Silas, docteur Smart ou monsieur Cloutier, peut y répondre, mais j'ai deux questions.

Premièrement, quelles mesures le gouvernement fédéral peut-il ou devrait-il prendre en vue d'améliorer la reconnaissance des titres de compétence des travailleurs de la santé formés à l'étranger? Cette question est récurrente dans notre pays.

Deuxièmement, je suppose que notre système d'immigration constitue, à tout le moins, une partie de la solution à la pénurie de personnel médical que nous constatons. Comment pouvons-nous utiliser plus efficacement notre système d'immigration pour combler certaines de ces pénuries?

Cette question s'adresse à n'importe lequel de vous trois qui a une opinion sur le sujet.

• (1730)

M. Paul-Émile Cloutier: Monsieur Davies, j'aimerais inviter Elaine Watson à répondre à cette question, si vous le permettez.

M. Don Davies: Bien sûr.

Mme Elaine Watson (directrice des ressources humaines, Covenant Health, SoinsSantéCAN): Bon après-midi, tout le monde. Je suis heureuse de vous faire part de quelques réflexions.

Certains éléments du processus de demande sont destinés aux travailleurs de la santé formés à l'étranger. Il est difficile de s'y retrouver. Certains aspects de l'étude d'impact sur le marché du travail peuvent créer un obstacle. Nous pourrions travailler de manière plus efficace avec les organismes de réglementation professionnels et leurs homologues dans les pays d'où proviennent les immigrants, et nous pourrions en outre faciliter les choses pour les gens à leur arrivée au Canada.

En tant qu'immigrante, je peux vous dire que le processus de demande et d'entrée au Canada ne correspondait pas à mon expérience quand je suis arrivée ici. Le gouvernement fédéral peut aider en aidant les gens à s'établir dans le pays et à accéder à ces rôles le plus rapidement et le plus efficacement possible, et en s'assurant que les exigences en matière de réglementation professionnelle sont toutes réglées avant que les gens n'entrent au pays.

Certains éléments assez simples peuvent être abordés plutôt rapidement.

M. Don Davies: Qu'en est-il des infirmières et des infirmiers, madame Silas?

Mme Linda Silas: Je suis d'accord avec Mme Watson. Nous avons au Canada un réseau qui est surréglementé par les provinces et les territoires. La Dre Smart en a parlé. Il est très difficile pour toutes les provinces et tous les territoires de recruter à l'extérieur de notre pays, car il n'y a littéralement aucun soutien.

Je vais faire valoir, comme l'a mentionné la Dre Smart, la nécessité de former notre propre personnel. Notre pays est vaste. Les soins infirmiers, la médecine, la radiologie, etc. sont tous de belles professions. Nous devons en faire de grandes professions.

La clé, comme l'a dit Mme Watson, consiste à aider les professionnels de la santé formés à l'étranger qui viennent dans notre pays et à faire en sorte qu'ils se sentent les bienvenus lorsqu'ils s'établissent dans notre pays, en particulier dans les régions rurales et éloignées. Il est très difficile d'aller vivre dans des régions rurales et éloignées quand on n'a jamais vécu au Canada. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle à cet égard pour aider l'ensemble des provinces et des territoires.

Cela nous ramène à notre principale recommandation. Nous devons réunir tous les experts pour savoir quelles sont les meilleures

stratégies et les meilleures pratiques dans le monde, afin que nous puissions nous en inspirer. Nous pouvons les adopter et les mettre en œuvre dans notre pays.

Le président: Je vous remercie, madame Silas.

Merci, monsieur Davies.

Nous passons maintenant à M. Lake, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins. Je reprends à mon compte les remerciements de mes collègues.

Monsieur Barua, je vais revenir à vous. Je vais faire un aveu. Lorsque j'ai voté pour la première fois en 1988, j'ai voté pour le NDP. Il s'agit d'une divulgation complète.

Des députés: Ha, ha!

L'hon. Mike Lake: La raison pour laquelle j'ai changé de parti politique au fil des ans — je parle souvent à mes étudiants d'université, qui me posent cette question — ce n'est pas parce que les choses qui me tiennent à cœur ont changé, mais plutôt parce que la façon d'y parvenir a changé.

Pour moi, l'élément déclencheur a été les réductions des paiements de transfert dans les années 1990, en particulier le transfert relatif à la santé. Je crois que 25 milliards de dollars ont été coupés sur plusieurs années. J'ai sorti un tableau ici, et il est encore plus choquant de voir ces réductions dévastatrices que dans mon souvenir. À l'époque, le gouvernement était libéral, et cette décision tenait en grande partie à la dette accumulée dans les années 1970 et aux frais d'intérêts sur cette dette dans les années 1980.

Monsieur Barua, quel a été l'impact de ces réductions budgétaires dans les années 1990, et sommes-nous jamais parvenus à nous en remettre complètement?

M. Bacchus Barua: Je ne suis pas tout à fait sûr de pouvoir répondre directement à la question. Je dirais deux choses qui peuvent être pertinentes.

Tout d'abord, la situation des médecins est directement liée au rapport Barer-Stoddart de 1991, qui recommandait une réduction de 10 % des inscriptions dans les écoles de médecine, une réduction de 10 % des résidences et aussi une réduction du recours aux médecins étrangers.

Cette situation a été quelque peu renversée à la fin des années 1990, comme l'a mentionné Mme Silas, avec le groupe de travail sur le secteur médical canadien, et les inscriptions ont repris. Cependant, il faut faire une mise en garde importante: les inscriptions et les résidences ne changent pas grand chose s'il n'y a pas d'emplois. Les emplois offerts au Canada sont fortement limités par les budgets globaux.

À cet égard, en 2013, une enquête du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a montré que 16 % des médecins nouvellement diplômés ne pouvaient pas trouver d'emploi au Canada. Ces situations sont liées les unes aux autres. Si j'en parle, c'est pour faire une mise en garde: on ne peut pas se contenter d'envisager une augmentation des effectifs médicaux sans se demander comment ces emplois et ces services vont être financés.

La deuxième chose que je souhaite souligner, en ce qui concerne des choses comme le transfert canadien relatif à la santé et le rôle du gouvernement fédéral, c'est qu'il est important de commencer par comprendre que les soins de santé sont techniquement une responsabilité provinciale. Le gouvernement fédéral emploie essentiellement son pouvoir de dépenser pour dicter les caractéristiques de réseaux de soins de santé provinciaux au moyen de la Loi canadienne sur la santé.

Ce point est important, puisque ce qui fonctionne en Colombie-Britannique pourrait ne pas être aussi efficace à l'Île-du-Prince-Édouard. L'une des choses qui se produisent lorsque vous augmentez le transfert canadien relatif à la santé au-dessus du taux de croissance du PIB, ce qui a été fait par les gouvernements du premier ministre Trudeau et de l'ancien premier ministre Harper, c'est que les provinces dépendent davantage du gouvernement fédéral, ce qui implique qu'elles sont moins en mesure d'adapter leurs propres programmes.

Je sais que je n'ai pas répondu directement à votre question, mais il s'agit de deux choses importantes [*difficultés techniques*].

● (1735)

L'hon. Mike Lake: À cette fin, je pense que tout le monde au sein du Comité est d'accord pour dire que nous devons augmenter les investissements. Je sais que notre programme prévoyait un investissement de 60 milliards de dollars sur dix ans, dont une part importante devait être consacrée à la santé mentale.

Dans votre déclaration préliminaire, vous disiez que nous avions des dépenses très élevées et que nous avions des chiffres très faibles au chapitre des résultats de ces dépenses. Si tel est le cas, sur quoi dépensons-nous l'argent?

M. Bacchus Barua: C'est là toute la question concernant les dépenses en soins de santé.

Je ne peux pas répondre directement à cette question. Je peux cependant dire que les politiques qui différencient le réseau du Canada des réseaux de soins de santé universels plus efficaces sont claires et nettes. Il s'agit de l'attitude à l'égard du secteur privé, par rapport au fait de considérer les soins de santé universels comme une approche réservée au seul gouvernement. Il faut penser à l'importance des copaiements pour tempérer la demande, une pratique qui est utilisée dans presque tous les autres pays de soins de santé universels, même si elle ne concerne que le secteur public. C'est ainsi que ces hôpitaux sont financés. Ces facteurs dictent ce que nous voyons dans les pays dont les soins de santé universels sont les plus performants.

Par exemple, selon le Fonds du Commonwealth, 62 % des Canadiens ont déclaré avoir besoin de moins de quatre mois pour se faire soigner. Ce chiffre était de 99 % en Allemagne, et 72 % en Australie. Aux Pays-Bas, il était de 87 % et en Suisse, il était de 94 %. Quel est le point commun entre ces pays? Ils ont tous une approche différente des soins de santé universels.

J'apprécie les discussions que nous avons en ce moment. Elles auront un impact au bout du compte, mais il n'y aura pas de changement important tant que l'on n'envisagera pas une réforme importante à un moment donné.

Le président: Je vous remercie, monsieur Barua.

Merci, monsieur Lake.

La parole est maintenant à Mme Sidhu, pour cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins d'avoir présenté leur témoignage.

Nous connaissons tous la lourde charge de travail des travailleurs de la santé. Ils sont victimes d'épuisement professionnel, et leur santé mentale s'en ressent. Il y a maintenant une pénurie de travailleurs de la santé. Nous sommes en train d'en discuter.

Lorsque nous nous sommes rencontrés le mois dernier — madame Silas et docteur Smart, vous pouvez aussi répondre —, le problème dont nous entendions tous parler était que, même avant la pandémie, les travailleurs de la santé qualifiés ne pouvaient pas travailler dans leur domaine. Ils viennent ici en tant que travailleurs qualifiés, mais sont limités par les règlements provinciaux. Lorsque la pandémie a commencé, certaines provinces leur ont accordé une autorisation d'urgence. Maintenant, il n'y a pas d'entente. Nous sommes tous d'accord pour dire que nous avons besoin de plus de travailleurs de la santé.

Que va faire votre organisation pour [*difficultés techniques*] et les obstacles auxquels les travailleurs qualifiés sont confrontés? Pensez-vous que c'est un manque de ressources de formation?

Mme Linda Silas: En ce qui concerne la question des professionnels de la santé formés à l'étranger, oui, c'est une question qui concerne les collèges et les provinces et territoires.

Vous vous souvenez peut-être qu'il y a sept ou huit ans, le Canada a adopté un examen NCLEX américain pour les infirmières et infirmiers autorisés. Nous avons communiqué avec les premiers ministres de chaque province et territoire pour leur dire qu'ils avaient fait une erreur. D'abord, il sera beaucoup plus facile d'attirer des infirmières aux États-Unis, et ensuite, trop d'entre elles échouent, surtout en français. Tous les ministres de la Santé ont dit que ce n'est pas de leur ressort, car ils leur ont donné une responsabilité totale à cet égard. Nous devons retourner auprès des ministres de la Santé et de l'ordre de réglementation pour qu'ils corrigent la façon dont ils saisissent et évaluent la demande des infirmières étrangères ou autres personnes formées à l'étranger. Ce que le gouvernement fédéral peut faire, encore une fois, c'est de fournir des pratiques exemplaires aux provinces et aux territoires. Il est crucial de le faire.

Nous vous enverrons un mémoire. Nous allons également faire savoir au Comité permanent des finances que nous avons besoin de programmes de transition. Nous avons travaillé sur les programmes de transition au début des années 2000. Beaucoup d'entre vous étiez là dans les années 1990. Je l'ai lancé. Mais en 2004, nous avons conclu un accord sur la santé sur lequel tous les premiers ministres provinciaux et le premier ministre fédéral se sont entendus. M. Cloutier se souviendra qu'il a été signé à 1 h 30 du matin, en septembre 2004; nous avons examiné où l'argent allait aller et comment il allait augmenter de 6 % par année.

Nous pouvons le faire. Nous avons besoin de programmes de transition pour les préposés aux bénéficiaires qui veulent devenir des infirmières auxiliaires autorisées et pour les infirmières auxiliaires autorisées qui veulent devenir des infirmières autorisées, et ainsi de suite. C'est ainsi que nous renforçons les compétences de notre main-d'œuvre actuelle et de notre main-d'œuvre future.

● (1740)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Docteure Smart, mes électeurs m'ont parlé de Canadiens qui fréquentent l'école de médecine ici, mais qui ont de la difficulté à trouver des postes de résident. Parfois, ils doivent aller aux États-Unis pour trouver une place en résidence. Je vous ai entendu dire qu'il y a des obstacles bureaucratiques ou des obstacles liés aux titres de compétence. Pouvez-vous expliquer comment le gouvernement fédéral peut jouer un rôle dans ce domaine?

Dre Katharine Smart: Merci de poser la question.

Je pense que votre question comporte deux aspects.

Le premier concerne les possibilités de formation pour les étudiants en médecine formés au Canada afin qu'ils puissent entreprendre le processus de résidence nécessaire pour devenir un médecin pratiquant au Canada. Encore une fois, cela fait partie du problème lié à l'absence d'un plan national intégré des effectifs. Il n'y a pas nécessairement de coordination du nombre de places offertes dans les facultés de médecine par rapport au nombre de possibilités de formation médicale postuniversitaire. Ce décalage crée... certaines personnes qui ont suivi une formation en médecine, mais qui ne sont pas en mesure d'accéder à l'étape suivante de la formation qui leur permettrait de pratiquer. Encore une fois, cela doit faire partie d'un plan, et nous croyons qu'une perspective nationale à cet égard serait utile.

L'autre élément dont vous parlez, je pense, ce sont les obstacles structurels réglementaires pour les stagiaires internationaux en médecine qui sont des médecins d'autres pays, qui entrent au Canada et qui ne peuvent pas travailler. Là encore, il y a vraiment deux problèmes. Le premier, c'est le coût de l'accès à un permis d'exercice canadien, le processus de formation et d'apprentissage auquel les médecins formés à l'étranger doivent souvent accéder pour être qualifiés ici. C'est très difficile. Le deuxième, c'est que le coût est très prohibitif et qu'il y a beaucoup d'obstacles qui empêchent les gens d'accéder à ce système. Il y a, encore une fois, le fait que, comme cela est réglementé par les provinces et les territoires, l'approche de l'évaluation des titres de compétence et ce qui est requis pour obtenir le permis d'exercice diffèrent dans chaque province et territoire. Encore une fois, il n'y a pas de structure unique, et cela crée beaucoup de défis et d'obstacles inutiles au chapitre de la réglementation.

Je pense que le gouvernement fédéral aurait l'occasion de fournir ce soutien, que ce soit par l'intermédiaire de bourses ou d'autres soutiens monétaires, afin de permettre aux médecins formés à l'étranger de recevoir cette formation et le soutien financier nécessaire pour pouvoir y accéder. Il s'agit d'accroître la disponibilité de ces possibilités et de créer une approche pancanadienne concernant la reconnaissance des titres et les exigences relatives à l'obtention d'un permis d'exercice au Canada, de sorte que les provinces et les territoires ne créent pas d'obstacles réglementaires pour les fournisseurs formés à l'étranger.

Le président: Merci, docteure Smart et madame Sidhu.

Nous allons maintenant passer à M. Ellis, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président.

Encore une fois, merci aux témoins.

Peut-être pourriez-vous fournir une réponse rapide à cette question, s'il vous plaît, docteure Smart. Je me demande si, en préconisant un permis pancanadien, vous proposez que nous nous débarassions des collègues et des registraires provinciaux?

Dre Katharine Smart: Merci de poser la question.

Non, je ne pense pas que c'est ce que nous proposons, mais je pense que ce que nous aimerions voir, c'est une meilleure coordination, avec une norme nationale unique à laquelle tous les médecins canadiens pourraient être assujettis, ainsi qu'une coopération et une coordination continues à l'échelle provinciale et territoriale, ce qui sera toujours important du point de vue de la réglementation.

Nous croyons qu'il est possible d'avoir ce permis d'exercice pancanadien avec la coordination des structures existantes et aussi en étant capable de briser certaines de ces barrières pour que vous n'ayez pas nécessairement à demander un permis d'exercice dans chaque province indépendamment.

• (1745)

M. Stephen Ellis: Malheureusement, à mes yeux de médecin, cela me semble être une autre couche de bureaucratie, mais ce n'est que mon opinion.

Monsieur Soulez, nous avons beaucoup parlé des soins virtuels et peut-être de leur utilité. Voyez-vous des difficultés, monsieur, en ce qui concerne votre profession de radiologue, avec un recours accru aux soins virtuels, peut-être, par les médecins ou les équipes de soins primaires?

Dr Gilles Soulez: C'est en fait une très bonne question. Il est clair que les soins virtuels ont définitivement augmenté la charge d'imagerie, car les médecins n'examinent pas leurs patients. Nous voyons plus d'échographies et de tomographies. C'est un élément que nous devons prendre en considération lorsque nous pratiquons les soins virtuels.

En ce qui concerne cette augmentation de la demande d'imagerie, nous ne pouvons pas y faire face. Nous sommes en retard et, plus que jamais, il est très important d'améliorer les directives et les lignes directrices de référence pour s'assurer que chaque examen est pertinent.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur. Je comprends.

Monsieur Cloutier, vous avez parlé un peu de l'immigration dans votre déclaration originale. Je me demande si nous constatons des blocages particuliers au gouvernement fédéral. En tant que députés, nous comprenons certainement le déluge de retards en matière d'immigration, et je me demande si vous avez des commentaires précis sur la façon dont cela touche les professionnels de la santé qui veulent venir au Canada.

M. Paul-Émile Cloutier: C'est une excellente question. Si vous le voulez bien, je vais l'adresser à ma collègue Elaine Watson pour qu'elle y réponde.

M. Stephen Ellis: Merci.

Mme Elaine Watson: Je vous en remercie.

Je pense que je donnerais une réponse semblable à la précédente. Je pense que, s'il était possible d'accélérer l'arrivée des travailleurs de la santé qui ont été désignés comme ayant les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour occuper les postes que nous devons combler au Canada, nous pourrions accélérer leur entrée au pays et réduire au minimum la bureaucratie liée à l'obtention du permis d'exercice, de sorte que nous puissions commencer ce processus avant...

M. Stephen Ellis: Excusez-moi. Si je peux vous interrompre... je m'excuse.

Je sais que, de toute évidence, il existe des stratégies. Savez-vous précisément si nous rencontrons des retards en matière d'immigration en ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé? Avez-vous des données à ce sujet?

Mme Elaine Watson: Oui.

M. Stephen Ellis: C'est le cas.

Connaissions-nous l'importance de ces retards?

Mme Elaine Watson: Je ne peux pas répondre à cette question ici. Je peux vous dire qu'ils sont importants.

Les choses ont évidemment ralenti pendant la COVID en raison des obstacles liés aux vaccins et à l'entrée dans le pays, donc je dirais que ce n'est pas nécessairement un problème en ce moment, mais c'est quelque chose à quoi nous devons faire attention avec le déluge de départs et de retraites, etc. que nous verrons une fois la pandémie réglée.

M. Stephen Ellis: Bien. Je vous remercie.

Madame Silas, je me questionne sur les programmes d'agrément à l'étranger. Je crois savoir qu'actuellement, le Service national d'évaluation du personnel infirmier est un service d'agrément qui est en fait imparti aux États-Unis. Je me demande si c'est vrai et quelle est la possibilité que nous envoyions des équipes d'agrément, disons, dans des programmes de soins infirmiers à l'étranger.

Mme Linda Silas: Oui, c'est vrai. Certaines provinces envoient des équipes d'agrément à l'extérieur et à l'étranger pour les programmes de soins infirmiers, surtout aux Philippines. Cela existe. Certaines provinces croient que c'est la façon dont elles vont régler la pénurie. Je peux vous dire maintenant que ce ne sera pas le cas. Nous devons travailler sur une stratégie pancanadienne améliorée et élargie en matière de ressources humaines en santé pour y parvenir.

M. Stephen Ellis: Merci.

Monsieur Barua, je ne pense pas que nous ayons beaucoup de temps. Avez-vous des idées, monsieur, sur les obstacles financiers à la formation des fournisseurs de soins de santé au Canada?

M. Bacchus Barua: Malheureusement, ce n'est pas une question que j'ai examinée [*difficultés techniques*].

M. Stephen Ellis: Docteur Smart, avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

Le président: Répondez brièvement si vous le pouvez, s'il vous plaît, docteur Smart.

• (1750)

Dre Katharine Smart: Une des choses que nous savons, c'est qu'il y a des coûts énormes pour obtenir une formation en médecine. Cela peut constituer un véritable obstacle lorsqu'on tient compte de la diversité des personnes qui entrent dans la profession médicale en ce moment, et cela se répercute, bien sûr, sur l'endroit où les gens choisissent de pratiquer en fin de compte. Je pense que ces obstacles financiers ont effectivement des répercussions.

Le président: Merci.

Monsieur Powlowski, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je commencerais par mentionner que M. Lake a dit qu'il a commencé à voter pour le NPD, et qu'en vieillissant et en devenant probablement un peu plus sage, il a rejoint les rangs du PC. Peut-être qu'avec quelques années de plus et un peu plus de sagesse, il finira par devenir un libéral.

Dans la foulée, monsieur Barua, vous avez parlé du sous-financement du réseau. Il semble assez clair que vous pensez que c'est une grande partie du problème. Qu'allons-nous faire à ce sujet? Voilà la question. Dans quelle mesure les Canadiens accepteraient-ils de payer plus d'impôts pour financer de meilleurs soins de santé?

M. Thériault ne cesse de répéter que le Québec doit recevoir plus d'argent afin de pouvoir offrir des soins de santé adéquats au Québec. Je pense que les autres provinces sont du même avis. Cependant, combien les Canadiens sont-ils prêts à payer?

Vous avez parlé de frais d'utilisation et de l'option des soins de santé privés, qui semblent tous deux interdits par la Loi canadienne sur la santé. Devrions-nous autoriser ces choses?

Dans un certain nombre de sondages, on a demandé aux Canadiens quelle était pour eux la chose la plus importante qui définit ce qu'est un Canadien, ou quelle était la valeur la plus importante en tant que Canadien. La plupart des Canadiens répètent deux choses: le hockey et les soins de santé universels. De toute évidence, le hockey est le plus important, mais les soins de santé ne sont pas loin derrière.

Les Canadiens seraient-ils prêts à accepter des frais d'utilisation et la privatisation des soins de santé? Nous sommes tous des politiciens ici. En gros, est-ce que l'idée serait acceptable au Canada?

Pensez-vous que les Canadiens seraient prêts à l'accepter? Est-ce qu'un parti quelconque aura l'audace de le faire, et est-ce que c'est quelque chose qui pourrait exiger un référendum national?

M. Bacchus Barua: Merci beaucoup pour cette question. C'est une question assez importante.

Pour commencer, je veux juste clarifier les choses. Je ne pense pas avoir dit explicitement que le sous-financement était un problème. Nous sommes l'un des pays qui dépensent le plus. Je pense qu'il y a un déséquilibre entre ce que nous dépensons et ce que nous obtenons en retour.

En ce qui concerne les politiques qui nous séparent, je tiens à répéter qu'il y en a en fait trois. Il s'agit non seulement des soins de santé privés et du ticket modérateur, mais aussi du financement des hôpitaux fondé sur l'activité.

Par rapport à ce que vous avez dit au sujet de la désignation des soins de santé universels comme valeur canadienne fondamentale, il est important de souligner que les soins de santé universels ne supposent en aucun cas un réseau de soins de santé imposé par le gouvernement comme les Canadiens ont été amenés à le croire. La plupart des autres pays dotés de soins de santé universels ont en fait un système hybride qui contient la plupart de ces politiques.

La Suisse et les Pays-Bas, par exemple, se situent à un extrême des soins de santé universels. Ils obligent simplement tous leurs résidents à acheter des soins de santé privés sur un marché qui comprend des prestataires publics et privés. La plupart des autres pays, y compris l'Australie et l'Allemagne, ont des hôpitaux publics et privés qui fournissent des services publics. Tous ces pays appliquent un certain niveau de frais d'utilisation. Certains sont déductibles, d'autres représentent un petit copaiement, par exemple 10 % du coût des soins. Tous ces pays prévoient des exemptions. Tous ont des plafonds pour le niveau total des frais à la charge de l'utilisateur. Ce sont tous des pays offrant des soins de santé universels, et ils financent tous leurs hôpitaux d'une manière différente.

Pour répondre à votre dernière question concernant l'appétit politique et l'appétit canadien, je ne peux rien répondre en matière de politique. Je ne suis pas politicien ni expert en politique. Ce que je peux dire, c'est qu'un grand nombre de nouveaux sondages révèlent que les Canadiens sont en train de changer d'avis sur la façon dont ils perçoivent la réforme et sur leur volonté d'expérimenter et d'essayer des choses différentes qui se sont révélées efficaces dans d'autres pays. C'est évidemment le résultat, en partie, de nos réseaux de soins de santé publics surchargés, mais aussi d'une meilleure compréhension de la façon dont les autres pays dotés d'un réseau de soins de santé universels font tout simplement les choses différemment.

M. Marcus Powlowski: Pouvez-vous peut-être citer de façon un peu plus détaillée ces études au chapitre de l'acceptabilité?

Bien que d'autres pays qui offrent des soins de santé universels puissent autoriser la surfacturation et une certaine privatisation, je pense que la plupart des pays, lorsqu'ils pensent aux soins de santé universels, ne pensent pas que ces choses en font partie.

Avez-vous d'autres chiffres et d'autres données probantes? Peut-être pas, et si ce n'est pas le cas, c'est très bien. Encore une fois, je pense que le public canadien n'acceptera pas cela. Il considérera que c'est un compromis injustifié pour le réseau de santé universel qui est si important pour les Canadiens.

• (1755)

Le président: Donnez une brève réponse si possible, monsieur Barua.

M. Bacchus Barua: [*Difficultés techniques*] n'ai pas les chiffres sous la main, mais je crois que l'étude que vous pourriez trouver utile a été menée par secondstreet.org en Alberta.

En ce qui concerne l'acceptation par les Canadiens de ce genre de réformes, je dirai ceci. J'ai une grande confiance dans les Canadiens et dans leur capacité de comprendre de nouvelles informations. Je pense que la pandémie a jeté une merveilleuse lumière sur la façon dont d'autres pays gèrent les soins de santé universels, sur le fait que nombre d'entre eux le font différemment et que nombre d'entre eux ont des caractéristiques qui sont probablement utiles dans le système canadien.

Bien sûr, tout cela serait envisagé dans un cadre canadien, qui serait unique en son genre.

Le président: D'accord, merci.

[*Français*]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Soulez, vous pratiquez la médecine au Québec. Vous savez que, depuis 1992, le Québec a remanié trois fois ses structures pour essayer de faire plus avec moins.

Selon l'évaluation que vous faites, que faudrait-il faire à court et à moyen terme? À long terme, j'imagine que nous irions vers la formation, qui a été déficiente à cause du manque de ressources au cours des 30 dernières années. Il faut du monde pour affronter les problèmes.

À court terme, quelles seraient les mesures les plus importantes à prendre? À la fin, vous me direz si vous seriez en faveur d'un sommet sur le financement des soins de santé.

Dr Gilles Soulez: Votre question est très vaste. Je vais donc mettre quand même l'accent sur l'imagerie médicale, le domaine sur lequel nous nous exprimons.

Globalement, il y a deux besoins urgents dont il faut s'occuper rapidement. D'abord, il faut améliorer les conditions de travail de nos technologues en radiologie et assurer leur rétention. Il s'agit d'un point vraiment important, parce que nous manquons de ces technologues. Il faudrait donc une stratégie de rétention immédiate. La profession est un peu dévalorisée.

L'autre besoin vraiment urgent qui peut rapidement être réglé, c'est l'intégration d'un système d'information. Actuellement, cela n'a aucun sens qu'un patient envoie encore une télécopie pour avoir un rendez-vous en imagerie médicale. Quand on regarde le processus de traitement du patient, à partir du moment où le médecin fait part de sa prescription, le moment où le patient obtient le rendez-vous et celui où l'on fait l'examen, plusieurs des systèmes d'information utilisés ne sont pas intégrés. Il faut accorder une priorité énorme à l'intégration de ces systèmes. Cela permettrait à mon avis de faire d'énormes économies en personnel et d'enlever de la pression sur celui-ci.

Par la suite, l'élément dans lequel il faut investir, mais davantage à long terme, c'est l'équipement. Cela nous aiderait certainement d'avoir de l'équipement plus moderne que celui dont nous disposons actuellement. En ce qui concerne le personnel, il faut miser sur sa formation. Par exemple, en Saskatchewan, il n'y a pas de formation pour les technologues. Au Québec, nous pourrions en former davantage. Nous avons aussi beaucoup de technologues qui partent. Il faut donc améliorer la formation et la valorisation des technologues, et les garder.

Je pense que si nous misons sur ces éléments, nous pourrions améliorer la performance, mais, encore une fois, je crois beaucoup à l'intégration des technologies de l'information. Cela peut nous aider beaucoup.

M. Luc Thériault: Qu'en est-il du sommet sur le financement des soins de santé?

Dr Gilles Soulez: Je suis d'accord.

Le président: Je vous remercie, monsieur Thériault.

[*Traduction*]

Nous avons M. Davies, s'il vous plaît, pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Je me suis donné comme mission dans la vie que chaque fois que quelqu'un dit que les soins de santé sont de compétence provinciale, je dois intervenir. La Constitution ne mentionne même pas les mots « soins de santé » et ne les confie ni aux provinces ni au gouvernement fédéral. En fait, la Cour suprême du Canada a déclaré ce qui suit:

Somme toute, la « santé » n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas.

La seule chose attribuée aux provinces est l'établissement et l'entretien des hôpitaux. Bien sûr, en 1967, nous n'avions même pas de soins de santé universels.

Si je souligne ce point, c'est que je veux approfondir quelque chose. Il me semble que, comme l'a dit Mme Silas, nous devons former nos talents locaux. Cela signifie plus de places. Plus de places dans les écoles de soins infirmiers, les écoles de médecine, pour les techniciens, tout.

Les témoins appuieraient-ils un fonds fédéral qui serait destiné aux provinces dans le but précis d'augmenter le nombre de places dans les professions? La province pourrait déterminer où se trouve la pénurie, mais je fais référence à un financement conditionnel à cet égard. Je sais que certaines personnes refusent toute forme d'aide conditionnelle de la part du gouvernement fédéral; ce n'est pas mon cas.

Est-ce une façon d'obtenir plus de places dans ces écoles pour créer les entités dont nous avons besoin?

• (1800)

Mme Linda Silas: Je suis tout à fait d'accord avec vous, monsieur Davies.

Nous avons besoin du soutien du gouvernement fédéral et de celui de comités comme le vôtre pour ne pas renoncer à préserver notre réseau de soins de santé publique universels. Il y a près d'un million de travailleurs de la santé qui ont travaillé d'arrache-pied et le mieux possible au cours des deux dernières années, et la pire chose qu'ils pourraient entendre en ce moment, c'est: « Nous jetons l'éponge, et nous allons privatiser le tout pour rendre quelques personnes très riches. »

Aidez-nous à éduquer davantage la population. Aidez-nous à améliorer les conditions de travail. Cela aidera et réduira tous les temps d'attente. Nous savons comment le faire, nous avons simplement besoin d'aide.

M. Don Davies: Monsieur Cloutier, est-ce quelque chose que nous devrions envisager, c'est-à-dire un financement fédéral ciblé conditionnel à ce que les provinces utilisent ce financement pour créer plus de postes?

M. Paul-Émile Cloutier: J'approuve entièrement la position que Mme Silas vous a signalée. Je pense que ce serait une façon de s'attaquer à un élément du problème.

Ma plus grande crainte, c'est que vous avez ici un certain nombre de parties prenantes qui ont toutes à cœur les intérêts de leurs intervenants. Je pense qu'il serait totalement erroné, surtout à ce stade, de faire quelque chose qui ne porterait que sur certains éléments du réseau de soins de santé alors que, en fait, je pense que ce que nous devons faire en tant que citoyens et en tant que gouvernements, c'est commencer à repenser le type de réseau de soins de santé que nous voulons et dont nous avons besoin pour les Canadiens après la COVID.

La COVID nous a donné un certain nombre de leçons. Nous n'étions pas préparés, et nous devons nous préparer au prochain virus qui pourrait arriver chez nous. Je pense que cette réflexion doit être globale. Elle ne peut pas concerner que les infirmières. Elle ne peut pas concerner que les écoles. Il ne s'agit pas seulement de financement. Il faut examiner le réseau dans son ensemble, et c'est pourquoi j'en reviens au commentaire de M. Thériault.

Oui, je pense qu'il doit y avoir un dialogue aux échelons fédéral et provincial, y compris avec certains des intervenants autour de la table, pour essayer d'expliquer ce qui se passe et trouver une solution qui sera acceptable pour tous les Canadiens.

Le président: Merci, messieurs Cloutier et Davies.

Le suivant est M. Lake, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

L'hon. Mike Lake: C'est une bonne transition vers ma série de questions.

Monsieur Cloutier, c'était dans notre plateforme. Nous en avons parlé pendant la campagne électorale, lorsque nous nous sommes réunis dans les 100 premiers jours.

J'ai écouté avec intérêt M. Soulez parler de technologie et d'innovation, et j'y reviens sans cesse. J'ai parlé du coût du réseau de soins de santé et du fait que tous les partis s'entendent pour dire que nous devons investir davantage dans les transferts. Je veux voir comment nous pouvons être plus efficaces avec l'argent que nous dépensons actuellement.

J'ai une question très précise pour chacun des témoins, en commençant peut-être par M. Cloutier et Dre Smart.

Quelles innovations technologiques ou structurelles permettraient de...? Je ne parle pas de dépenser plus d'argent. C'est peut-être un peu plus d'argent, mais quelles innovations permettraient d'accroître la productivité par heure de travail pour les gens que vous représentez?

M. Paul-Émile Cloutier: Docteur Smart, voulez-vous commencer?

Dre Katharine Smart: Je pense qu'il y a plusieurs aspects qui posent un défi. Nous parlons d'augmenter la productivité dans un contexte où les gens sont incroyablement épuisés et travaillent déjà de longues heures dans des conditions très difficiles à maintenir.

Mme Silas vous a parlé des heures supplémentaires imposées aux infirmières. Il est très courant en médecine de travailler sans pause pendant 24 à 36 heures dans les établissements de soins actifs, ce qui est vraiment choquant à notre époque. Nous avons des médecins de famille qui fournissent des soins tout au long de la journée et qui passent ensuite des heures et des heures à la maison en raison de la charge administrative que représente la prestation des soins de santé, après les heures et sans rémunération.

Lorsque nous parlons des gains d'efficacité, nous devons reconnaître que, à l'heure actuelle, notre réseau fait peser un lourd fardeau sur les praticiens individuels qui doivent surmonter de nombreux problèmes liés au réseau qui rendent la prestation de soins difficile, et ces problèmes doivent être résolus.

Encore une fois, on en revient à ce que disait M. Cloutier au sujet de la planification intégrée. Nous ne pouvons résoudre aucun de ces problèmes en tant que praticiens individuels ou à des paliers de gouvernement individuels. Nous avons vraiment besoin de plans de soins intégrés pour examiner quelles sont nos ressources humaines en santé et comment nous les déployons de manière à répondre aux besoins des Canadiens. Comment permettre à chacun d'exercer pleinement toutes les activités de son champ de pratique afin d'obtenir ces gains d'efficacité dans le réseau.

Je ne pense pas que ce soit une question à laquelle nous puissions répondre en vase clos. Nous devons vraiment nous réunir, examiner les obstacles et les défis, puis trouver des solutions concrètes.

• (1805)

L'hon. Mike Lake: Monsieur Cloutier, voulez-vous intervenir? Mme Silas pourra répondre par la suite.

M. Paul-Émile Cloutier: J'appuie totalement ce que Dre Smart a dit. Quand on parle d'intégration, c'est une intégration qui inclut les soins à domicile et les soins de longue durée. Nous avons vu pendant la COVID que les soins de longue durée étaient comme le parent pauvre du réseau, et qu'ils étaient laissés à eux-mêmes.

L'intégration doit porter sur les soins primaires, les soins actifs, les soins de longue durée et les soins à domicile. Ça commence. Les gens se rendent compte que le réseau n'est pas bon de la façon dont il a été structuré et que le moment est venu de réfléchir et de dialoguer sur la façon d'intégrer tous les éléments du réseau de soins de santé pour en faire un excellent réseau pour les Canadiens.

Mme Linda Silas: Je suis tout à fait d'accord avec les deux intervenants précédents, mais aussi avec le Dr Soulez, qui a parlé d'intégration. Au cours des deux dernières années, je n'ai pas vu mon fournisseur de soins de santé primaires. Tout a été virtuel, que ce soit par téléphone ou sur Zoom, donc nous devons élargir cette pratique et la rendre sécuritaire. C'est un domaine dans lequel nous devons tous nous asseoir à la même table, qu'il s'agisse du champ d'activité, de l'intégration ou du monde virtuel des soins de santé.

Voyons cela comme une innovation et non comme une dégradation des services de soins de santé que nous offrons actuellement aux Canadiens.

M. Paul-Émile Cloutier: Si vous me le permettez, j'aime l'innovation, j'aime les soins virtuels, mais dans cette équation, nous devons aussi examiner les risques. Si nous ne le faisons pas, nous ne saurons jamais si ce que nous proposons en matière d'innovation sera réellement utile et si nous aurons des résultats positifs. Cela doit faire partie de l'équation.

Le président: Merci, monsieur Lake.

La dernière série de questions sera posée par M. van Koeverden, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

M. Adam van Koeverden (Milton, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais remercier tous nos témoins d'aujourd'hui de leur témoignage, de leur expérience et de leurs efforts au cours des deux dernières années très difficiles. La réunion a été très productive, et je suis vraiment reconnaissant pour tous ces merveilleux témoignages.

Ma première question s'adresse à Mme Silas. Elle porte sur la façon dont le gouvernement a démontré une approche pratique de partenariat avec les provinces et les territoires. Il est pertinent d'examiner la façon dont nos ententes sur les garderies ont été mises en place au cours des deux dernières années. Peut-être cela constituera-t-il un modèle pour d'éventuels partenariats d'investissement futurs avec les provinces afin de fournir un soutien ciblé dans certains domaines.

J'aimerais entendre vos réflexions sur la façon dont nous pourrions investir dans les provinces et les territoires et établir des partenariats avec eux de manière stratégique, afin d'améliorer la qualité des soins et de permettre l'embauche d'un plus grand nombre d'infirmières, d'infirmières praticiennes, d'auxiliaires médicaux et de médecins. Quelles sont vos réflexions sur la façon dont le gouvernement fédéral peut s'associer aux provinces et aux territoires pour accroître cette participation de la main-d'œuvre?

Mme Linda Silas: J'ai parlé plus tôt de l'accord de 2004 sur la santé. Tous les premiers ministres provinciaux, le premier ministre et les ministres de la Santé se sont réunis et ont signé une entente de

10 ans. J'ai travaillé avec de nombreux premiers ministres provinciaux au fil des ans — presque tous — et si vous leur montrez l'argent, ils apporteront des changements. C'est ce que nous constatons pour les services de garde d'enfants. Il s'agit de savoir quel type d'argent est disponible, puis il y a des normes.

C'est ce que je pense que nous verrons avec les soins de longue durée. On dira: « Montrez-moi l'argent », puis nous aurons des normes. Nous devons le faire avec la santé mentale. Nous devons le faire avec notre secteur des soins actifs. Dans notre secteur des soins actifs, la crise actuelle est celle des ressources humaines en santé. Si nous ne réglons pas ce problème, nous n'aurons pas à nous inquiéter, car nous n'aurons pas de réseau.

Vous avez entendu tous les intervenants ici. Nous demandons la création d'une agence d'experts disposant des données appropriées et du financement adéquat pour concevoir des stratégies qui nous aideront à faire notre travail.

La pire chose que j'entends dire de la part des infirmières, presque tous les jours, c'est: « Je vais au travail tous les jours et je sais que je ne suis pas en mesure de fournir les soins que je devrais fournir. Ce qui est triste, c'est que je sais que je vais y retourner demain pour faire exactement la même chose. » Nous devons mettre fin à cela. Nous devons leur donner de l'espoir. J'ai confiance en vous tous pour que ce soit le cas. Vous leur donnerez de l'espoir avec un rapport étonnant du Comité, tout comme vous l'avez fait en 2019 pour la violence dans les soins de santé. C'était le meilleur rapport.

Maintenant, nous devons travailler ensemble et régler le problème.

● (1810)

M. Adam van Koeverden: Merci beaucoup.

Je ne serais pas contre l'idée de m'appuyer un peu sur cela et de faire référence au fait qu'une grande partie de vos membres ont été visés par des manifestations et des actes de violence. Je suis heureux de constater que notre nouvelle loi visant à protéger les travailleurs de la santé contre les manifestations sur place et la violence a eu...

Mme Linda Silas: Avec tout le respect que je vous dois, nous devons demander à la police de la faire respecter. Mme Smart et moi-même étions présentes lorsque le ministre Lametti l'a présentée, et nous étions très fières. C'était un grand succès, mais regardez ce qui s'est passé à Ottawa et dans d'autres régions. La police n'a même pas encore lu la loi, alors nous devons la faire appliquer. Il ne peut s'agir d'une simple loi écrite sur un beau papier. Elle doit être appliquée.

Je suis désolée de vous avoir interrompu.

M. Adam van Koeverden: Non, c'est encouragé. Je vous en suis vraiment reconnaissant, et je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'une loi qui n'est pas appliquée n'est certainement pas utile, et nous n'avons vu que quelques exemples de son application en Ontario.

J'aimerais aborder la question du « financement conditionnel ». C'est un terme couramment utilisé maintenant. Je m'adresse à tous ceux qui ont des convictions fortes à ce sujet. C'est probablement notre dernière chance d'entendre quelqu'un.

Je sais que les défis sont différents d'un bout à l'autre du pays. Nous sommes une fédération, et les diverses administrations font face à des défis différents.

Lorsqu'il envisage la façon d'investir et de s'associer avec des administrations, provinces et territoires différents, quel type de financement conditionnel le gouvernement fédéral devrait-il envisager dans ces partenariats avec les provinces et les territoires?

Dre Katharine Smart: Je pourrais faire des commentaires à ce sujet. Merci d'avoir posé la question.

Du point de vue de l'AMC, ce que nous aimerions voir, c'est que les fonds utilisés par le gouvernement fédéral pour inciter les provinces à agir ciblent vraiment ce que nous estimons être les plus grands problèmes auxquels est confronté le réseau de soins de santé. Pour nous, il s'agit clairement des arriérés et du rattrapage en matière de chirurgie et d'imagerie diagnostique, comme nous l'avons entendu, des engagements visant à garantir que tous les Canadiens ont accès aux soins primaires, qui sont à la base de notre réseau, et aussi des économies à long terme lorsque les gens ont un fournisseur de soins longitudinaux. Nous savons que les soins de longue durée doivent être sérieusement abordés, tout comme la santé mentale.

Nous aimerions que des conditions soient rattachées à un financement ciblé afin que l'on s'assure que ces quatre domaines prioritaires sont réellement abordés et que l'on fait progresser la qualité et l'accès dans ces domaines.

Le président: Merci, docteur Smart.

Merci, monsieur van Koeverden.

Chers collègues, nous avons atteint l'heure prévue, alors, je remercie d'abord beaucoup nos témoins d'avoir été avec nous. Merci

d'avoir tenu le coup pendant que nous exerçons notre devoir démocratique et que nous retardions le début de la réunion.

Merci beaucoup pour les deux dernières années, pour ce que vous et vos membres avez fait et pour les recherches qui ont été présentées aujourd'hui. La séance a été excellente et instructive. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de votre leadership dans vos professions respectives et de la patience et la perspicacité dont vous avez fait preuve dans les questions abordées aujourd'hui. Cela nous sera d'une grande utilité dans notre travail et dans les recommandations que nous ferons au gouvernement, alors merci beaucoup.

Chers collègues, avant de conclure, j'aimerais régler quelques questions administratives. Nous nous reverrons le lundi 28 février pour entendre l'Agence de la santé publique du Canada et la vérificatrice générale dans le cadre de notre étude sur la COVID avant d'entendre d'autres témoins sur cette étude particulière le 2 mars.

Je rappelle à tous que toute liste supplémentaire de témoins pour cette étude doit être soumise au greffier d'ici demain en fin de journée.

Les listes supplémentaires concernant l'étude sur la COVID doivent être remises avant 17 heures le 3 mars.

Le Comité souhaite-t-il lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: Nous avons un consensus.

Merci encore à tous et bonne soirée.

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>