



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 044 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 18 novembre 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mercredi 18 novembre 2009

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
La séance est ouverte.

Bonjour, mesdames et messieurs, et bienvenue à cette réunion du comité de la santé. Ravie de vous voir.

Comptent parmi nous des invités très bien informés. Merci d'être venus.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, étude des ressources humaines en santé, qui est une étude fort importante que nous poursuivons ici, nous accueillons des représentants du Regroupement canadien d'associations de centres communautaires de santé. M. Jack McCarthy en est le président. Représentant le Collège des médecins de famille du Canada, souhaitons la bienvenue au Dr John Maxted, directeur général associé, Politiques publiques et de la santé. Bienvenue docteur Maxted. Et, représentant le Réseau local d'intégration des services de santé, souhaitons la bienvenue à M. Gary Switzer, président-directeur général, Erie St. Clair.

Nous allons commencer avec M. McCarthy. Allez-y, je vous prie.

M. Jack McCarthy (président, Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé): Merci, madame la présidente.

Comme vous l'avez indiqué, je m'appelle Jack McCarthy. Je suis à la fois le président du Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé et directeur exécutif du Somerset West Community Health Centre, ici à Ottawa. J'arrive tout juste de réunions au sujet des centres d'évaluation de la grippe, et c'est donc dans le cadre d'un horaire très chargé que je comparais ici devant le comité.

Je vais, dans mes remarques liminaires, beaucoup puiser dans mon expérience au centre de santé communautaire dont je suis le directeur exécutif. Je suis ici aujourd'hui pour vous livrer ce qui, selon notre expérience, est une solution en vue du déploiement optimal des ressources en matière de soins de santé humaine à l'échelle du pays, et je veux parler de l'utilisation de professionnels de la santé qui sont salariés et qui travaillent dans des équipes interprofessionnelles.

J'avancerai que les CSC sont une solution au problème du nombre insuffisant de médecins de famille et une occasion d'attirer l'attention sur la contribution des autres professionnels de la santé, comme les infirmières praticiennes, dans l'offre de soins de santé primaires globaux. La solution que nous recherchons ne repose pas forcément sur l'ajout de ressources humaines en santé, mais sur le redéploiement et l'utilisation de manière différente de nos actuelles ressources humaines en santé.

Je vais vous expliquer un petit peu ce que sont les centres de santé communautaires. Il s'agit d'organisations sans but lucratif gouvernées par des conseils d'administration ou des comités consultatifs qui font appel à des médecins salariés travaillant côte à côte avec d'autres

professionnels de la santé salariés. Les CSC se concentrent sur l'accès, sur l'élimination des barrières structurales, que celles-ci soit culturelles, économiques ou sociales, et ils offrent toute une gamme de soins de santé primaires, de services sociaux, récréatifs et non institutionnels, axés sur la prévention, la promotion de la santé, l'éducation en matière de santé et le développement communautaire. Nous travaillons en partenariat avec des organismes d'autres secteurs, tels l'éducation, la justice, les loisirs, et le développement économique, ce dans le but de promouvoir la santé de la communauté dans son entier.

Le modèle des CSC présente huit caractéristiques bien particulières. Il est exhaustif, accessible, centré sur le client et centré sur la communauté, intégré aux côtés d'autres partenaires du système de soins de santé, régi par la collectivité, sensible aux déterminants sociaux de la santé et fondé sur une approche favorisant le développement communautaire. Je vais, dans mes propos de cet après-midi, me concentrer tout particulièrement sur l'une de ces caractéristiques, soit les équipes inter-professionnelles.

Les équipes inter-professionnelles permettent aux centres de santé communautaires d'offrir le bon soin, livré par le bon intervenant, au bon moment. Notre équipe au CSC de Somerset West, dans le centre-ville d'Ottawa, réunit des médecins, des infirmières praticiennes, des diététiciens, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes, des acupuncteurs, des podologistes, des travailleurs sociaux, des infirmières, des promoteurs de la santé et, bien sûr, un personnel de soutien administratif. Cette équipe inter-professionnelle propose un processus dynamique dans le cadre duquel deux professionnels de la santé ou plus, aux compétences ou aux antécédents complémentaires, partageant une vision commune en matière d'objectifs de santé, travaillent ensemble pour planifier, examiner, évaluer et livrer des soins de santé axés sur le client.

La clé d'une équipe inter-professionnelle réussie est la communication, la collaboration et la consultation. Ces trois conditions amènent un leadership partagé et un sentiment positif d'appartenance à la communauté, équilibrés par une autonomie individuelle et, bien sûr, l'intérêt du client. Contrairement aux équipes multidisciplinaires, les équipes inter-professionnelles ne fonctionnent pas à la manière de praticiens indépendants, mais réunissent plutôt une toile d'outils, de méthodes et de procédures en vue de livrer des soins et de surmonter les problèmes et les préoccupations communs. Au CSC de Somerset West, nous participons à un projet pilote intégrant dans notre équipe de soins de santé primaires des auxiliaires médicaux. À l'avenir, nous aimerions beaucoup ajouter un pharmacien à notre équipe de soins de santé primaires intégrés.

Contrairement aux visites chez le médecin de famille traditionnel, notre modèle ne présume pas que les soins dont vous avez besoin doivent être encadrés ni prescrits par le seul médecin. Le CSC de Somerset West, situé dans le centre-ville d'Ottawa, comme je l'ai mentionné, exploite une clinique sans rendez-vous dotée d'infirmières praticiennes. Nous y voyons 31 clients en moyenne par jour, dont la plupart souffrent d'au moins une maladie chronique, par exemple maladie mentale grave, maladie du coeur, maladie pulmonaire obstructive chronique, ou MPOC, ou diabète. Je pense que c'est là un élément crucial. Dans le cas de cette clinique dont le personnel ne compte que des infirmières praticiennes, un médecin n'est consulté que pour 0,5 p. 100 de l'ensemble des visites. En d'autres termes, il n'y a consultation d'un médecin que dans le cas d'une visite de patient sur 200 visites. Compte tenu de l'écart salarial de 52 000 \$ entre un médecin — 125 000 \$ — et une infirmière praticienne — 73 000 \$ —, je pense qu'il y a un avantage sensible côté coûts à recourir à des infirmières praticiennes.

• (1535)

Tous les membres de l'équipe sont habilités à renvoyer le patient, selon ses besoins, à d'autres membres de l'équipe ou à consulter ces derniers. Soixante-quatre pour cent de tous nos clients sont vus par trois autres dispensateurs de soins de types différents. Contrairement à la très grande majorité des médecins de famille au Canada, tous nos médecins sont salariés, ce qui permet une planification inter-professionnelle des soins, fondée sur les besoins des clients plutôt que sur un barème de tarifs. Nombre de nos clients souffrent d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques. Le fait que les médecins soient salariés leur permet de disposer de suffisamment de temps pour faire une évaluation approfondie du problème en vue d'en assurer le traitement, voire même d'empêcher une aggravation de l'état du malade.

Contrairement à d'autres organisations de soins de santé, le CSC de Somerset West affiche un niveau élevé de satisfaction parmi le personnel et un très faible roulement chez les personnels médicaux, infirmiers et autres. Je crois que cela peut en grande partie être attribué à l'organisation, à la culture et aux soins axés sur le client qui sont le fait de l'adoption d'un modèle de soins inter-professionnels. La souplesse de ce modèle de soins primaires a pour objet de répondre aux besoins particuliers des collectivités et des clients. Il est également suffisamment agile pour pouvoir réagir en situation de crise, comme cela a été le cas avec la récente pandémie du virus H1N1, qui a vu nos centres de soins de santé communautaires et d'autres centres de soins d'Ottawa intervenir en tant que centres d'évaluation de la grippe. Il s'est fait une excellente coordination avec Santé publique Ottawa pour assurer ce service.

Je vous fournis d'autres renseignements dans mon document au sujet des diplômés en médecine qui ont fait leurs études ailleurs, et nous en traiterons pendant la période des questions et réponses.

En conclusion, je tiens à dire que j'ai constaté avec plaisir que les professionnels de la santé, qu'il s'agisse d'infirmiers ou de médecins, sont motivés par le désir d'offrir les meilleurs soins possibles à leurs patients et que ce sont les travailleurs heureux qui offrent les meilleurs soins. Je pense que l'actuelle fournée de diplômés en médecine est principalement composée de femmes, et c'est là une bonne chose. Je crois que cette nouvelle race de médecins de famille accorde un poids égal aux aspects de leur vie qui se situent à l'extérieur de leur vie professionnelle, par exemple le fait d'élever une famille. C'est pourquoi la plupart de nos médecins sont des femmes. La plupart travaillent à temps partiel. La plupart ont de jeunes enfants.

En l'absence d'un changement systémique dans la façon dont nous structurons l'exercice de la médecine dans ce pays, ces attentes changeantes des prestataires de soins résulteront en un accès réduit aux soins de santé primaires pour les Canadiens. Dans le cadre du modèle du CSC, où les médecins sont salariés et font partie d'une équipe au sein de laquelle tout le monde collabore, nous voyons peu, si même il y en a, d'exemples de médecins souffrant des pressions qu'imposent les longues heures de travail, qui se soldent par leur épuisement et, parfois, par des soins de piètre qualité. Ces médecins peuvent se concentrer sur la prestation de services à leurs patients.

Je vais m'arrêter là et me ferai un plaisir de répondre à toutes les questions que vous voudrez me poser.

• (1540)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au Collège des médecins de famille du Canada.

Docteur Maxted, allez-y, je vous prie.

Dr John Maxted (directeur général associé, Politiques publiques et de la santé, Collège des médecins de famille du Canada): Merci beaucoup, madame la présidente. Je suis heureux de discuter aujourd'hui avec le comité permanent de la question des ressources humaines en santé, un sujet qui continue de préoccuper les médecins de famille et le Collège des médecins de famille du Canada.

Réunissant plus de 22 000 membres partout au pays, le CMFC est l'organisation professionnelle responsable de l'établissement de normes pour la formation, l'accréditation et l'apprentissage continu des médecins de famille au pays. En tant que voix de la médecine familiale, nous défendons également les médecins de famille spécialisés et, ce qui est très important, leurs patients.

Près de la moitié des médecins au Canada sont des médecins de famille, ce qui est l'une des forces du système de soins de santé de notre pays; pourtant, il demeure encore près de quatre millions de personnes au Canada qui n'ont pas de médecin de famille. Cela fait de nombreuses années que nous cherchons des moyens d'accroître le nombre de Canadiens ayant un médecin de famille, mais le CMFC ne peut pas y parvenir seul. Comptent parmi d'autres intervenants clés les pouvoirs publics et les écoles de médecine.

Nous estimons que deux éléments sont au centre de la planification en ce qui concerne la médecine familiale: l'équilibre entre l'offre et la demande et des changements dans les habitudes d'exercice de la médecine. Ces deux choses sont interreliées.

Le nombre d'étudiants en médecine qui choisissent la médecine familiale comme carrière est un ingrédient essentiel pour ce qui est de l'offre. Il faudrait que 45 p. 100 de tous les diplômés entrent dans des programmes de résidence de première année en médecine familiale pour qu'il y ait suffisamment de médecins de famille pour combler les besoins présents et futurs.

Alors que nous nous efforçons de former davantage de médecins de famille et davantage de jeunes médecins de famille, nous nous trouvons également confrontés aux réalités d'une population active vieillissante, 13 p. 100 des médecins de famille étant âgés de plus de 65 ans et envisageant de prendre leur retraite. De nombreux jeunes médecins de famille recherchent quant à eux un meilleur équilibre dans leur vie professionnelle. Des changements au niveau du travail et des champs d'activité sont en train d'avoir une incidence sur le nombre de médecins de famille dont nous avons besoin. Plus de 50 p. 100 des médecins de famille sont des femmes qui doivent s'absenter de leur pratique active pour faire et élever des enfants. Les gouvernements doivent être au courant des tendances changeantes dans la médecine familiale s'ils veulent prévoir pour l'avenir un nombre suffisant de médecins de famille.

Une priorité pour le CMFC est la formation, le recrutement et la rétention de médecins de famille offrant un vaste éventail de services médicaux à leurs patients. Cependant, le tiers des médecins de famille d'aujourd'hui ont un domaine d'intérêt spécial. Bien que cela ait une incidence sur le nombre total de médecins offrant des soins globaux, ces médecins comblent des besoins en soins de santé au sein de leurs collectivités. Les médecins de famille ayant des intérêts spéciaux ou des cabinets spécialisés collaborent avec leurs collègues et sont en train de changer la façon dont sont assurés les soins de santé globaux. Le CMFC reconnaît la chose et appuie ces médecins.

Avec une population vieillissante, nous constatons une augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et, partant, de co-morbidités complexes. Ces facteurs exercent davantage de pressions sur la demande de services de médecine familiale en même temps que des facteurs démographiques viennent influencer sur l'offre. Même si le Canada a déjà commencé à corriger ses erreurs passées en matière de politiques visant les ressources médicales, il se pourrait qu'il faille attendre encore une décennie pour atteindre l'objectif que d'autres pays développés ont déjà atteint, soit que chaque personne ait un médecin de famille.

Tout comme la migration de la population des régions rurales vers les collectivités urbaines ne laisse à de nombreux hameaux et villages que de rares ressources humaines, la pénurie de médecins de famille est souvent ressentie de manière plus aiguë dans les collectivités rurales. C'est ainsi qu'il y a une pénurie disproportionnée de médecins de famille dans les collectivités isolées et un besoin aigu de services médicaux pour les populations à risque élevé dans les collectivités des premières nations, inuites et métisses. Ces défis continuent de militer en faveur d'une approche stratégique.

J'aimerais vous entretenir brièvement des titulaires de diplômes d'études médicales étrangers. Les diplômés étrangers sont de précieux atouts pour notre effectif de médecins de famille, mais nous ne devrions pas compter uniquement sur eux pour combler nos pénuries de médecins. Il nous faut songer aux ramifications éthiques du fait d'attirer chez nous des médecins de pays qui ont besoin de leurs services.

D'autre part, dans le cas des Canadiens qui obtiennent leur formation dans des écoles de médecine étrangères accréditées, il nous faut veiller à ce qu'il y ait suffisamment de places en formation pour pouvoir les accueillir chez eux pour qu'ils exercent au Canada. Pour sa part, le CMFC est heureux de pouvoir annoncer que nous avons maintenant des accords de réciprocité pour accréditer et accueillir des médecins diplômés américains et australiens. Nous oeuvrons à la négociation d'arrangements semblables avec d'autres pays également.

Il est essentiel que ceux qui sont responsables de la planification des ressources humaines en santé se penchent sur toutes ces questions. Notre collègue serait très heureux d'avoir l'occasion de rencontrer le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation de soins de santé et les ressources humaines en santé, ce afin de discuter des horizons changeants en médecine familiale.

Enfin, il serait négligeant de notre part de ne pas souligner l'importance croissante de la collaboration inter-professionnelle au sein d'équipes de soins de santé primaires comme préférence pour de nombreux médecins de famille. La très grande majorité des jeunes médecins de famille préfèrent aujourd'hui travailler dans un contexte de collaboration en soins de santé. Nous sommes reconnaissants de l'appui que nos pouvoirs publics ont consenti à ce développement.

Au total, le CMFC estime que tous ces défis requièrent une approche pancanadienne coordonnée dans la planification des ressources humaines en santé. La planification de l'effectif de médecins, comme c'est le cas de la planification pour toutes les autres catégories de ressources humaines en santé, est un dossier national qui nous touche tous et chacun.

En conclusion, le CMFC encourage respectueusement le gouvernement à appuyer un plan pancanadien de ressources humaines en santé qui évalue les besoins en santé de la population dans chacune des localités du pays et veille à ce qu'il y ait un nombre suffisant de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé pour satisfaire les besoins en santé de notre population. Ce plan doit livrer le bon nombre et le mélange approprié de prestataires de soins de santé, englobant la formation, le recrutement et la rétention de médecins de famille ainsi que d'autres diplômés en sciences médicales.

● (1545)

Une offre suffisante de médecins, y compris de médecins de famille, continue d'être une priorité des Canadiens. Ce devrait demeurer une priorité pour les gouvernements et les planificateurs en soins de santé. Pour maintenir le nombre requis de médecins de famille pour satisfaire les besoins en santé de la population canadienne, il nous faut l'engagement de notre système de soins de santé et des écoles de médecine à faire en sorte que 45 p. 100 des diplômés choisissent la médecine familiale.

Il nous faut également veiller à ce que les diplômés d'écoles de médecine étrangères aient des possibilités suffisantes d'évaluation et de perfectionnement, au besoin, afin qu'ils puissent intégrer l'effectif de médecins aux côtés des diplômés d'écoles de médecine canadiennes.

Les professeurs en médecine familiale et les autres ressources requises par les établissements d'enseignement de médecine générale sont aujourd'hui sérieusement grevés et leur nombre doit être augmenté si nous voulons être en mesure d'évaluer et de former davantage de médecins de famille.

La prestation de soins de santé globaux doit être appuyée par le biais de notre système de soins de santé pour encourager les médecins de famille à offrir à leurs patients la gamme complète de services médicaux de première ligne dont ceux-ci ont besoin, depuis le berceau jusqu'au cimetière. Comme nous le prônons dans notre document de discussion récemment publié intitulé « Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada: Le concept du « medical home » », les gouvernements devraient appuyer des modèles de soins primaires nouveaux ou améliorés par le biais desquels les patients puissent accéder à un médecin de famille et à une équipe inter-professionnelle de prestataires de soins.

Il nous faut maximiser l'utilisation des moyens de communication électroniques pour réunir des équipes. Notre pays accuse en la matière un retard par rapport à la plupart des pays développés, et il importerait de s'attaquer d'urgence au problème.

En conclusion, le CMFC et les médecins de famille du Canada sont convaincus qu'en travaillant ensemble avec les pouvoirs publics nous pourrions améliorer l'accès pour tous les Canadiens à des services de soins de santé de qualité élevée. Pour y parvenir, il nous faut un plan de ressources humaines en santé qui veille à ce que chaque Canadien ait un médecin de famille.

La présidente: Il vous faudrait ralentir un tout petit peu afin que l'interprète puisse vous suivre. Nous avons été tellement contaminés par votre enthousiasme que nous n'y avons pas fait attention. Merci.

Dr John Maxted: Eh bien, j'ai en vérité terminé, madame la présidente.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci à vous. Nous allons simplement attendre maintenant que l'interprète ait terminé.

La parole est maintenant à Gary Switzer, du Réseau local d'intégration des services de santé. Allez-y, je vous prie.

M. Gary Switzer (président-directeur général, Erie St.Clair, Réseau local d'intégration des services de santé): Merci, madame la présidente.

Premièrement, je m'adresse aujourd'hui à vous au nom des 14 RLISS que compte l'Ontario. Je représente le comté de Lambton, Chatham-Kent et le comté d'Essex. Nous appelons cette région la porte d'entrée de l'Ontario compte tenu des deux ponts d'envergure que nous avons et qui servent de points d'accès.

Le domaine des soins de santé est relativement nouveau pour moi. J'ai, dans le cadre de carrières antérieures, eu le plaisir de beaucoup me promener sur la planète. Pendant mes voyages, tout le monde remarquait ma feuille d'érable rouge et les gens venaient me voir et me parlaient du Canada Dry, de notre soda gingembre. Mais ils m'abordaient ensuite et me disaient « Vous avez de bons soins de santé ».

Si vous envisagez le Canada comme étant une marque, l'un des attributs de notre marque est notre régime universel d'assurance-maladie. Cela aide à nous définir en tant que nation et en tant que culture. Il y a beaucoup de choses dont nous pouvons être fiers en tant que Canadiens, et je suis tout particulièrement fier des soins de santé qui sont livrés à l'échelle du Canada. Cependant, notre actuel système de soins de santé a été bâti sur des fondations qui remontent aux années 1950 et 1960. Depuis, notre population a vieilli, les maladies chroniques sont à la hausse et notre actuelle structure de coûts n'est plus viable.

Ce dont j'aimerais discuter avec vous aujourd'hui ce sont ce que j'appelle « les soins de santé 2020 ». Les soins de santé 2020 sont un appel à l'action en vue de la création d'une vision de transformation des soins de santé au Canada. C'est la reconnaissance que notre actuel système est dépassé et incapable de satisfaire les besoins du XXI^e siècle. Une vision est nécessaire pour protéger la promesse de la marque canadienne, afin que nos enfants et petits-enfants puissent continuer de bénéficier de notre système financé par les deniers publics. En ce sens, je vais soumettre au comité les trois suggestions que voici: il nous faut régler nos problèmes de ressources humaines, sur les plans tant des pénuries que des champs d'activité; il nous faut faire la transition des soins épisodiques à un modèle de soins globaux et, enfin, il nous faut investir dans une infrastructure de

cybersanté afin d'effectuer une transition entière et uniforme dans le XXI^e siècle.

Je vais mettre la question en contexte en faisant un rapide survol de l'état actuel de la santé de la population. Le paysage est en train de changer. La prévalence de maladies chroniques est sur une pente très ascendante. C'est ce phénomène qui amène la surutilisation de notre système de soins de santé. La situation est aggravée encore par une pénurie de soins primaires à l'échelle du pays, et tout particulièrement en Ontario. Dans Erie St. Clair, il nous manque 124 médecins, et ce pour une population de 650 000 âmes. C'est ainsi qu'environ 150 000 résidents sont sans médecin de famille. L'avenir n'a pas l'air plus prometteur. Plus de 78 p. 100 de nos médecins sont âgés de plus de 50 ans. En résumé, l'état de santé de la population est en déclin et notre système de soins de santé est trop grevé.

Il nous faut un plan national de ressources humaines en santé qui fasse une utilisation optimale des ressources disponibles. Si nous laissons les choses en l'état, nous ne disposerons pas des professionnels nécessaires pour satisfaire les besoins de la communauté. Il nous faut remanier le système afin qu'il travaille plus intelligemment, et non pas plus fort. Pour ce faire, l'éventuel plan national devra veiller à maximiser les champs d'activité de tous les professionnels alliés de la santé, comme par exemple les infirmières praticiennes et les pharmaciens. Il nous faut également examiner les barrières que nous imposons aux provinces. Le plan national devra inclure des mécanismes de promotion du recrutement et de la rétention de nos professionnels de la santé.

Dans la région d'Erie St. Clair, dans le cas de plus de 90 p. 100 des visites aux services d'urgence il ne s'agit pas de situations susceptibles de mettre en danger la vie. La plupart des visites visent l'obtention de soins primaires. Cependant, ce n'est pas pour cela qu'ont été conçus les services d'urgence. Les soins en collaboration ou en équipe sont l'avenir du système de soins de santé. Il s'agit de compter sur une équipe de professionnels en mesure d'envisager la personne comme un tout et qui est l'outil idéal pour la gestion de maladies chroniques. Ce modèle de soins utilise au mieux tous les professionnels alliés en soins de santé.

En tant que consommateur se présentant à un cabinet médical pluridisciplinaire, qu'il s'agisse d'un CSC ou d'une équipe de santé familiale, vous ne verrez pas affiché au mur de panneau disant « Un seul problème de santé par visite ». On dit qu'il faut tout un village pour élever un enfant. Envisagez le centre de soins communautaire ou l'équipe de médecine familiale comme un village de soignants à l'appui de la collectivité. Tout se trouve réuni sous un seul et même toit. La solution de rechange à ce système serait que le patient s'adresse à son médecin de famille, pour ensuite avoir à y retourner pour être renvoyé ailleurs, pour avoir encore une autre visite auprès d'un autre spécialiste.

Dans le cas des collectivités rurales, ce concept de guichet unique est une merveilleuse occasion pour introduire un nouveau niveau d'égalité et d'accessibilité en soins de santé, évitant des voyages au coût prohibitif en ville pour accéder à ces services. Dans la région d'Erie St. Clair, nous travaillons très fort avec le gouvernement local pour augmenter nos centres de soins communautaires et nos équipes de médecine familiale. Nous avons également élargi ce concept en vue de la constitution d'équipes pour la prestation de soins à domicile et de services en fin de vie.

Les nouveaux modèles de cabinets médicaux pluridisciplinaires, tels les centres de santé familiale et les centres de soins communautaires, sont très attrayants pour les nouveaux diplômés et ont connu un vif succès. Il nous faut poursuivre avec ces réussites. Les soins en équipe vont dépendre de l'accès aux technologies de l'information pour pouvoir réaliser leur plein potentiel. Les soins de santé accusent du retard sur ce plan, et c'est ainsi que nous n'avons pas encore vu les avantages d'une infrastructure de cybersanté uniforme et fonctionnelle.

Il nous faut aligner nos systèmes pour veiller à leur interopérabilité. Je ne parle pas d'un système à l'échelle du pays ou à l'échelle d'une province; je parle d'un système à l'échelle d'une collectivité. Quatre-vingt-cinq pour cent des soins que reçoivent nos résidents leur sont fournis au sein de la collectivité. Nous connaissons nos schémas de renvoi à d'autres praticiens, ce qui nous portera à 98 p. 100 de la collectivité. C'est à ce niveau-là qu'il nous faut l'interopérabilité.

• (1550)

Deuxièmement, chaque Canadien doit avoir un dossier médical électronique. Tant que ce ne sera pas chose faite, notre système demeurera moyenâgeux. Un médecin ne devrait pas avoir à travailler sans connaître les antécédents médicaux du patient. Il ne devrait pas avoir à commander des tests redondants ni à s'inquiéter de mauvaises réactions possibles suite à la prise des médicaments qu'il prescrit.

Changer ces choses revient à essayer de travailler sur un train qui roule. Cependant, au XXI^e siècle, rien de moins ne suffira. La technologie de l'information est au coeur de tout ce que nous faisons, et elle devrait être au coeur de notre système de soins de santé.

Pour résumer, ce dont j'ai traité aujourd'hui se sont les défis que nous avons quant aux préparatifs que nous devons faire en prévision de nos ressources pour 2020 et à la nécessité d'avoir un plan national qui relève ces défis et, deuxièmement, la nécessité d'adopter un modèle de soins globaux. Et, enfin, il nous faut apprendre à mettre à profit nos technologies.

Le gouvernement fédéral peut offrir une aide, comme il l'a fait dans le cas des stratégies de réduction des délais d'attente. Faites que la maximisation de chaque aptitude de professionnel des soins de santé soit une priorité nationale. Investissez avec les provinces en vue d'appuyer le virage vers le modèle des soins polyvalents. Aidez-nous à bâtir des villages de soins dans toutes les collectivités, tant urbaines que rurales, et offrez les incitatifs qui permettront aux provinces de prendre des décisions courageuses afin d'aligner nos arrières-salles et nos plates-formes cliniques.

Dans tous les endroits que j'ai visités, les soins de santé sont un dénominateur commun. Notre système de soins de santé aide en effet à nous définir, et il nous faut, en tant que nation, veiller à ce que notre système soit à la hauteur de la marque en matière de soins de santé qui a fait la renommée du pays. Continuons de remplir notre promesse aux Canadiens et prenons les mesures nécessaires pour protéger notre régime universel de soins de santé.

Merci.

• (1555)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période des questions et des réponses, avec des tours de sept minutes. Nous allons commencer avec Mme Murray.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci.

Merci d'être venus ici pour nous aider à comprendre l'état de la situation et certaines des possibilités qui existent.

Vous demandez un leadership fédéral, et je sais qu'il y a 10 ans il a été créé un fonds de transition pour les soins primaires en vue de ce genre d'approche novatrice, alors il n'y a rien de nouveau à dire qu'il nous faut avancer dans cette direction.

En 2004, l'accord sur la santé a débouché sur la création d'un comité fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé, comité qui a été mentionné tout à l'heure, mais dont je ne pense pas qu'il soit le moindre actif. Il semble donc que nous ayons vécu un âge d'or en matière de leadership pour ce genre d'innovation. Serait-il juste de dire que l'intérêt de la part du gouvernement fédéral s'est quelque peu estompé pour ce qui est d'assumer un rôle de leadership?

Dr John Maxted: Je serais certainement d'accord là-dessus. Vous avez relevé toute la question entourant les soins primaires et le fait que 800 millions de dollars aient été versés à un certain nombre de projets du Fonds d'adaptation de soins de santé primaires, et il a été à l'époque mené un certain nombre de très bonnes activités. Je crains qu'à la fin de cette période, au bout de trois à cinq ans, une part importante de tout cela ait été versé à une bibliothèque quelque part ou à des archives — bien qu'il y ait eu certains bons développements, que je ne voudrais certainement pas ignorer.

Je pense que là où les développements ont sans doute été les plus évidents c'est du côté de la constitution d'équipes inter-professionnelles, dont nous avons tous les trois discuté cet après-midi. Néanmoins, la perte d'une concentration sur les soins primaires au niveau fédéral a sans doute été une grosse déception pour nous tous.

M. Jack McCarthy: Si vous permettez que j'ajoute quelque chose, j'ai eu le bonheur de travailler à Santé Canada à l'époque de la création du Fonds d'adaptation de soins de santé primaires, et je suis tout à fait d'accord avec John. Je pense qu'il y a eu certains changements successifs en vue de rendre les soins primaires — non pas les soins de santé primaires, mais les soins primaires — plus efficaces et plus efficaces. Je considère que cela n'a pas réussi, pour ce qui est d'une réforme majeure, car le virage vers des équipes, une approche fondée sur des équipes, dont il est depuis 30 ans question dans document après document, ne s'est pas fait. Je pense que l'un des obstacles énormes à cela est le système de rémunération qui est en place. Vous ne pouvez pas inciter une catégorie de professionnels de la santé — les médecins, dans ce cas-ci — à assurer certaines choses selon une formule de paiement à l'acte et imposer à tous les autres intervenants d'être salariés. J'estime qu'un défi aussi énorme que celui-là requiert un système de rémunération commun, sans quoi vos équipes ne deviendront jamais réalité.

À mon avis, si les choses se sont embourbées, c'est qu'un grand nombre d'accords médicaux provinciaux ne visaient pas tant à réformer le système qu'à traiter de questions relatives à la rémunération des médecins.

Mme Joyce Murray: Merci.

J'ai été heureuse de vous entendre inclure dans l'équipe les acupuncteurs.

Il y a beaucoup de Canadiens qui choisissent par exemple comme médecin de premier recours un médecin naturopathe. De quelle manière une équipe devrait-elle être constituée? Inclurait-elle... Eh bien, il y aurait clairement des acupuncteurs, mais qui décide, et comment verriez-vous certains des praticiens médicaux complémentaires s'y intégrer?

M. Jack McCarthy: La beauté du modèle des centres de soins communautaires est que ceux-ci sont sensibles à la communauté locale. Par exemple, dans le CSC dont je suis le directeur, il y a une importante clientèle asiatique, et il était donc tout à fait logique qu'un acupuncteur fasse partie de notre équipe globale. Comprendre les besoins d'une communauté donnée, c'est comprendre quels genres d'interventions lui conviennent le mieux. C'est là l'un des avantages de ce modèle.

Qui décide? Je pense que ce devrait être un groupe de résidents siégeant à un conseil, travaillant avec le personnel, évaluant les besoins de la collectivité et les exigences en matière de ressources. Y a-t-il une concentration élevée de personnes souffrant du diabète de type 2? Nous faut-il venir en aide à des personnes souffrant de la MPOC? Il s'agit d'un processus itératif, d'un processus d'engagement communautaire. Je porte mon parti pris avec fierté. C'est pourquoi le modèle du CSC est ainsi axé sur l'engagement communautaire.

• (1600)

M. Gary Switzer: L'un des changements enthousiasmants en Ontario est que nous avons le RLISS, c'est-à-dire le Réseau local d'intégration des services de santé. Et nous travaillons en permanence avec nos CSC. J'aimerais souligner en particulier Grand Bend, qui est le centre d'excellence. Nous avons une population d'ainés. Celle-ci identifie ses besoins par le biais de son conseil, s'adresse à nous par l'intermédiaire de son personnel administratif, et nous y investissons. Nous avons la capacité d'allouer des fonds en fonction des besoins, et nous pouvons très rapidement intervenir. Cela est fondé sur les besoins locaux et sur un processus décisionnel local.

Mme Joyce Murray: À long terme, voyez-vous ce modèle réduire les coûts des soins de santé pour le Canada? Y voyez-vous un coût additionnel en vue d'un meilleur service et d'un meilleur accès à un médecin, ou bien y voyez-vous une réduction des coûts au fil du temps?

Dr John Maxted: Il nous faut être prudents quant à la façon dont nous abordons la question de la réduction des coûts des soins primaires. La recherche, tant dans ce pays qu'ailleurs dans le monde, montre que si vous renforcez votre système de soins primaires — et je citerais le travail de recherche de Barbara Starfield —, vous pouvez faire économiser de l'argent à votre système de soins de santé et améliorer en même temps la qualité des soins. Nous voulons livrer comme message qu'il nous faut un solide système de soins primaires si nous voulons améliorer le système de soins de santé dans son ensemble au Canada.

M. Jack McCarthy: Si nous n'investissons pas dans notre système de soins primaires, nous allons mettre en faillite le système, car les soins de courte durée coûtent tout simplement trop cher. Ces soins sont très coûteux. Il nous faut nous concentrer sur le maintien des gens en santé avant qu'ils ne se présentent aux urgences. Il nous faut des programmes qui engagent les gens dans la gestion de leur diabète et de leurs maladies chroniques, grâce à l'exercice, à de bonnes habitudes alimentaires et ainsi de suite. Si nous n'investissons pas à ce niveau-là, comme d'innombrables rapports fédéraux ont dit que nous le devrions, alors nous allons acculer à la faillite le système de soins de santé. Si cela devait arriver, alors le volet soins de santé des dépenses d'ensemble augmenterait.

La présidente: Merci, monsieur McCarthy. Je regrette, mais vous avez dépassé la période de temps prévue.

Monsieur Dufour.

[Français]

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

Je remercie les témoins d'être présents aujourd'hui.

Ma première question va s'adresser à M. McCarthy. Dans le cas des centres communautaires de santé qui, au Québec, incluent les CLSC et les CHSLD, la situation peut-elle être différente selon le lieu où est établi le centre communautaire de santé?

[Traduction]

M. Jack McCarthy: Au sein des CLSC? Excusez-moi, mais je n'ai saisi que la toute fin de votre question.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Au Canada, constatez-vous des situations différentes en raison de l'emplacement d'un centre communautaire de santé, et ce, incluant les CLSC et les CHSLD au Québec?

[Traduction]

M. Jack McCarthy: Les CLSC au Québec ont été les leaders à l'échelle du pays dans la prestation de services communautaires globaux. La beauté des CLSC, qui peuvent se comparer aux CSC dans les autres provinces, est qu'ils sont adaptés aux collectivités locales. Ce que vous avez dans le centre-ville de Montréal est peut-être très différent de ce que vous pourriez trouver dans le Québec rural. C'est là la beauté du modèle. Le Québec a l'avantage de couvrir le territoire entier de la province avec des CLSC. En tant que président de notre association nationale, j'aimerais dire que d'autres provinces devraient suivre l'exemple du Québec en établissant des CSC partout sur leur territoire.

Je ne suis pas certain de répondre à votre question.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Effectivement, vous répondez à la question. On voit que la situation est vraiment différente, entre le reste du Canada et le Québec, en ce qui concerne les centres communautaires de santé. C'est ce que je comprends de votre propos.

[Traduction]

M. Jack McCarthy: Je dirais également que je pense, m'appuyant sur des discussions que j'ai eues avec mes collègues au Québec, que maintenant que les CLSC font partie d'un plus vaste groupe appelé les CSSS, ou Centres de santé et de services sociaux, il y a eu un réel effort en vue d'aider l'individu à accéder à un réseau de soins ininterrompus. Bien que j'estime que cela soit important, ce n'est pas suffisant. Il vous faut veiller à ce que la communauté à la base puisse participer au processus décisionnel concernant le genre de soins à proposer.

Il ne s'agit pas tout simplement d'aider l'individu à obtenir plus rapidement des soins médicaux. Il s'agit de veiller au maintien et à l'établissement de communautés en santé. Je pense que l'histoire des CLSC doit être renforcée pour ce qui est de son approche axée sur la communauté, au lieu qu'on se limite simplement à aider l'individu à naviguer à l'intérieur d'un système de soins de santé ininterrompu.

• (1605)

[Français]

M. Nicolas Dufour: Monsieur Maxted, vous nous disiez tout à l'heure qu'il fallait vraiment avoir une stratégie pancanadienne nationale face à cette situation. Sachant que le domaine de la santé relève de la compétence exclusive des provinces, pensez-vous vraiment qu'un plan pancanadien changerait quelque chose?

[Traduction]

Dr John Maxted: Oui, je le pense. Et lorsque je dis cela, je ne parle pas tout simplement au nom du Collège de médecins de famille du Canada que je représente, mais également au nom des deux autres organisations aux côtés desquelles nous travaillons souvent, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi que l'Association médicale canadienne, car nous tous croyons que ce pays a besoin d'un genre d'infrastructure pancanadienne aux fins de la coordination et de la gestion des ressources humaines en santé dans ce pays.

Le problème est que cela est en train de se faire au petit bonheur la chance à travers le pays. Cela se fait dans différentes régions. Certaines se débrouillent mieux que d'autres. Nous pourrions passer les deux prochaines semaines ici à discuter du patchwork de bons endroits et de mauvais endroits où exercer ou travailler. Il y a des endroits où les gens ont accès à des soins de santé, à des services de soins primaires, et il y a des endroits où ce n'est pas le cas. Cela résulte en partie de mauvaise planification, mais il est difficile pour ces parties du pays de s'occuper seules de la planification.

En parcourant le pays, nous avons constaté qu'en bout de ligne nous ne saurons jamais réellement qui a accès et qui n'a pas accès tant que nous n'aurons pas créé un genre de registre, tant que nous n'aurons pas commencé à essayer d'assurer une distribution un peu plus équitable que celle qui existe à l'heure actuelle.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Je vais vous avouer, monsieur Maxted, que ce n'est pas vraiment laissé au hasard, c'est beaucoup plus laissé aux provinces. De plus, lorsque l'on s'arrête aux deux groupes pancanadiens que vous m'avez nommés, on ne parle certainement pas du Collège des médecins du Québec, par exemple, ou de toute autre association de médecins du Québec.

Monsieur Switzer, en ce qui concerne le réseau local d'intégration des services de santé, on mentionne, sur votre site Internet, que « [...] les membres des collectivités sont les mieux placés pour définir leurs besoins et leurs priorités en matière de services de santé ». Il est aussi écrit que les collectivités sont les mieux placées pour déterminer leurs besoins.

Dans cette optique, comment le gouvernement fédéral peut-il être utile autrement que par l'octroi des fonds nécessaires à votre fonctionnement?

[Traduction]

M. Gary Switzer: Merci.

Le gouvernement fédéral, à notre avis, pourrait aider — comme il a aidé les provinces par le passé avec les stratégies visant la réduction des délais d'attente — à établir une approche provinciale, une approche nationale pour les délais d'attente, pour les questions importantes auxquelles nous nous trouvons confrontés à l'échelle du pays. Il y a des défis en ce qui concerne le financement par le biais de l'Inforoute, par exemple, et il s'agirait également d'assurer la motivation et l'investissement en vue de nous aider à mettre bout à bout nos différents réseaux, ce qui est très important. Cela n'enlèverait rien à l'avantage que procure le fait que la communauté locale définisse ses besoins, tout comme dans le contexte de ce que nous disions au sujet du fait que le centre de soins communautaires comprenne la population locale et que celle-ci soit d'une aide précieuse dans la conception d'un système susceptible de satisfaire ses besoins.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Madame la présidente, je ne poserai pas plus de questions, étant donné qu'on sait, bien sûr, que c'est un domaine de compétence québécoise exclusivement, et on voit là toute l'utilité du débat.

Je suis entièrement d'accord sur plusieurs positions que vous avancez. C'est sûr et certain qu'il faut peut-être qu'on échange les bons et les mauvais coups. Le seul problème, c'est que ce n'est peut-être pas au sein du Parlement canadien qu'il faut le faire, mais probablement davantage entre les Parlements provinciaux, qui, eux, ont la compétence exclusive en matière de santé. Je n'aurai donc pas d'autres questions.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Dufour, de vos questions fort éloquentes.

Nous passons maintenant à Mme Hughes.

Mme Carol Hughes (Algoma—Manitoulin—Kapusking, NPD): Merci.

Il y a un grand nombre de questions que nous pourrions poser et allons poser.

Vous avez dit que vos médecins sont salariés?

M. Jack McCarthy: C'est exact.

Mme Carol Hughes: Je sais que le centre de soins de santé communautaires à Sault Ste. Marie a lui aussi des médecins salariés. J'aimerais simplement savoir si vous avez eu de la difficulté à attirer des médecins du fait qu'il leur faille être salariés.

M. Jack McCarthy: Je répondrai de deux manières à la question. Au CSC auquel je suis, nous n'avons pas eu de difficulté à attirer des médecins, et nous les avons certainement gardés. Voilà quelle a été mon expérience directe. Je crois que le maintien d'un salaire compétitif par rapport aux autres modèles de prestation de soins primaires a été un défi pour les CSC sur le plan du recrutement et de la rétention. Il y a toujours cette nécessité de maintenir les salaires à un niveau compétitif par rapport aux autres modèles de rémunération. Peut-être que cela répond à la question.

Alors, oui, il y a eu certains problèmes de recrutement de médecins salariés par les centres de soins communautaires, notamment dans les régions rurales et du nord de la province de l'Ontario, qui sont celles que je connais le mieux.

• (1610)

Dr John Maxted: Si vous permettez que j'intervienne, la formule de la rémunération à l'acte a encaissé un assez dur coup plus tôt cet après-midi. Je pense que ce qu'il vous faut reconnaître est que moins de 50 p. 100 des médecins de famille du pays gagnent plus de 90 p. 100 avec la rémunération à l'acte, et que 70 à 80 p. 100 des médecins préféreraient une formule mixte en vertu de laquelle leur paiement, leur rémunération, proviendrait d'une variété de sources. Le paiement à l'acte est en train de perdre sérieusement de sa popularité et, comme je l'ai dit, moins de 50 p. 100 des médecins en tirent plus de 90 p. 100 de leur revenu en ce moment.

Ce n'est donc pas une méthode de rémunération populaire, et elle est certainement en train de devenir de moins en moins populaire.

M. Gary Switzer: J'ajouterais que dans nos CSC, nous avons connu un succès remarquable sur le plan du recrutement. Un nombre important de nos médecins sont âgés de plus de 50 ou 60 ans. Ils arrivent en fin de carrière et sont en train de réduire leurs volumes, et ils font des semaines de 20 heures à nos CSC. Ils apportent aux CSC leur expérience, leurs réseaux, leurs relations, leurs relations avec les hôpitaux, et ils appartiennent en règle générale à la collectivité au sein de laquelle ils travaillent. Nous avons donc connu un succès énorme sur ce plan-là.

Mme Carol Hughes: Près de 25 p. 100 des Canadiens vivant en région rurale n'ont pas de médecin de famille, comparativement à 8 p. 100 en zone urbaine. Avez-vous relevé une augmentation des congés pour cause de stress chez les professionnels des soins de santé?

Deuxièmement, je viens d'une région caractérisée par une population très vieillissante, et c'est ce que nous constatons un petit peu partout au Canada. À Elliot Lake, par exemple, on est en train de déployer de gros efforts pour attirer dans la région des personnes du troisième âge, mais lorsque celles-ci s'y installent, on leur dit qu'elles auront un jour un médecin. Je sais que la possibilité de trouver un médecin varie d'une province à l'autre, et les choses changent selon la province dans laquelle vous vivez et celle dans laquelle vous partez vous installer. J'ai reçu un appel d'une dame à Elliot Lake la semaine dernière. Elle y est installée depuis deux ans, et elle n'a toujours pas réussi à se trouver un médecin. Il lui faut, pour obtenir un autre médecin de famille, abandonner le régime de l'Ontario qu'elle a avec son médecin, l'autorisation qu'elle a signée avec ce médecin-là. Et elle n'a aucune garantie de pouvoir se trouver un médecin de famille.

Elle s'est donc elle-même fait rayer de la liste du médecin de Toronto afin de pouvoir s'en trouver un autre.

Ce sont des problèmes. J'ignore si le RLISS s'occupe de cela, mais, docteur Maxted, vous êtes sans doute en mesure de répondre à la question au sujet du stress chez les médecins de famille. J'aimerais simplement savoir quelles mesures sont en train d'être prises à l'égard de l'effectif vieillissant, car nous avons des médecins qui partent à la retraite. Que nous faut-il faire? De quel ordre sera la pénurie au cours des 10 prochaines années?

Dr John Maxted: Vous allez être quelque peu surprise par ma réponse, mais ma réponse est que les médecins dans les collectivités rurales sont plus heureux que les médecins en milieu urbain.

Mme Carol Hughes: Ils sont plus heureux?

Dr John Maxted: Oui. Dans les études que nous avons faites — et je citerai le Sondage national auprès des médecins de 2007 comme exemple de cette base de données —, ces médecins ont dit être plus satisfaits sur le plan professionnel. Il y a à cela différentes raisons, que nous n'allons pas aborder ici maintenant, mais je crois honnêtement que, pour améliorer les ressources, il ne s'agit pas tout simplement d'essayer d'obtenir davantage de médecins de famille — et j'ai certainement évoqué et expliqué cela dans mes notes — et je pense qu'il s'agit également d'examiner les changements dans les schémas d'exercice et d'adopter une approche davantage inter-professionnelle en matière de soins.

Il nous faut souligner à nouveau les modèles de soins primaires qui sont en train de prendre forme partout au pays. Il y en a de nombreux exemples. Le Québec a été mentionné plus tôt, et nous avons parlé de l'Ontario, mais il y a les RSP, les réseaux de soins primaires, en Alberta; il y a les réseaux intégrés de médecins au Manitoba. Il y a d'autres modèles ailleurs au pays qui, bien qu'étant le propre d'une province ou d'un territoire, présentent certaines

caractéristiques communes et tout à fait spéciales qui sont en fait, selon moi, la voie de l'avenir, et qui vont compter parmi les solutions aux défis que vous évoquez.

Mme Carol Hughes: Mais du côté des équipes de santé familiale, il existe toujours de longues listes d'attente avant d'être vu par un médecin.

Peut-être que nous pourrions y venir dans un petit moment, pour ce qui est de la saison de la grippe et de la façon dont vous l'abordez, mais je crois comprendre qu'il y a également une énorme liste d'attente pour ces équipes de santé familiale, bien qu'elles aient une approche intégrée. Le tout a si bien démarré, mais il demeure pourtant encore un certain nombre de sérieux problèmes. Peut-être que les médecins de famille en région rurale sont heureux, mais les patients ne le sont pas, car ils attendent toujours un médecin de famille.

• (1615)

M. Gary Switzer: Je pourrais peut-être vous venir en aide là-dessus.

Nous avons lancé en Ontario 150 équipes de médecine familiale, et 50 nouvelles équipes ont été approuvées. Nous ne cessons donc d'ajouter de nouvelles équipes de santé familiale. Le taux d'adoption de ce modèle par les médecins de famille a été lent, mais une fois ce modèle adopté, dans le cas des médecins avec lesquels je me suis entretenu, leur niveau de stress a diminué. Pourquoi a-t-il diminué? C'est parce qu'ils ont accès à une nutritionniste, accès à une infirmière monitrice, accès à des infirmières praticiennes et accès à des travailleurs sociaux, et, de surcroît, leur revenu a augmenté. Ils sont donc très satisfaits. Mais il demeure toujours des files d'attente, et c'est pourquoi nous introduisons également des cliniques où il n'y a que des infirmières praticiennes.

Mme Carol Hughes: La question demeure qu'il y a des patients qui n'ont même pas accès à des soins en milieu hospitalier, car si un patient est rattaché à un médecin à Toronto, par exemple, comme c'est le cas de cette dame, et si le patient se rend à l'hôpital pour obtenir un service, on le lui refuse du fait que son dossier se trouve ailleurs, à moins qu'il ne s'agisse d'une situation d'urgence. Si la patiente se rend à l'hôpital pour des piqûres contre ses allergies, on ne le lui fera pas.

La présidente: Madame Hughes, je regrette, mais le temps dont vous disposez est écoulé. Cela vous ennuie-t-il qu'il réponde?

M. Gary Switzer: Vous souhaitez que je réponde?

Nous sommes dans une course qui ne finit jamais. Il y a à l'échelle du Canada une sérieuse pénurie de soins primaires et, malheureusement, il y aura des files d'attente. En l'absence de dossiers médicaux électroniques permettant de transférer les renseignements en temps réel ou d'un portail permettant aux médecins de récupérer le dossier d'un patient auprès d'une autre collectivité, il y aura des accrocs.

La présidente: Merci.

Madame Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente. Je vais partager mon temps avec Mme McLeod.

Merci beaucoup à tous les trois d'être venus comparaître devant nous cet après-midi. Je considère pour ma part que nous avons entendu ici des points de vue intéressants et peut-être quelque peu différents de ce que nous avons jusqu'ici entendu au comité. Il est très bon d'entendre vos propos.

Gary, j'aimerais vous interroger au sujet des RLISS. Nous savons que ces réseaux existent en Ontario. Existe-t-il des réseaux semblables dans les autres provinces et les territoires?

M. Gary Switzer: Oui. L'Ontario a en vérité été le dernier partenaire dans la confédération à emprunter cette voie. Nous avons ce que nous appelons une solution fabriquée en Ontario qui est tout à fait unique et en vertu de laquelle nous maintenons les conseils de prestataires locaux pour la gouvernance locale et la direction au sein de la collectivité ainsi que la dévolution des pouvoirs. Nous n'incluons pas la santé publique. Nous n'incluons pas l'OHIP, par exemple. Nous n'incluons pas les laboratoires.

Mme Patricia Davidson: Mais vous incluez toutes les autres disciplines, n'est-ce pas?

M. Gary Switzer: Il s'agit des soins à long terme, du Centre d'accès aux soins communautaires, de la popote roulante, de la Société Alzheimer et de toutes les petites agences communautaires.

Mme Patricia Davidson: Quel est, selon vous, le plus gros défi en ce qui concerne nos ressources humaines en santé? Pensez-vous qu'il s'agisse d'un élément ou d'une combinaison d'éléments? Est-ce l'effectif vieillissant? Certains d'entre nous y voient peut-être une mauvaise utilisation ou un abus du système existant. Y a-t-il un élément qui pose problème?

M. Gary Switzer: À mon avis, c'est l'absence d'un plan national pour s'attaquer à la situation au niveau national. En Ontario, nous consacrons près de 50 p. 100 de chaque dollar fiscal à la prestation de soins de santé. Je considère nos professionnels de soins de santé comme étant une ressource nationale. Cela représente 50 p. 100 de chaque dollar d'impôt des contribuables. Nous devrions donc y investir avec une stratégie qui nous permette d'attirer les médecins, de les garder et de leur faciliter la réalisation de leur plein potentiel.

À mon avis, les infirmières praticiennes sont tout à fait ce qu'il y a de mieux en matière de soins primaires. Il nous faut faire plus sur ce plan. Et faisons-le à l'échelle du pays. Comme je l'ai dit, cela fait partie de notre marque de commerce. Nous devrions en être fiers.

Mme Patricia Davidson: Combien de patients verrait typiquement un médecin dans un centre de santé communautaire comparativement à un cabinet privé? Le nombre est-il comparable?

M. Gary Switzer: Non. Je vais faire appel à Jack, étant donné qu'il administre un CSC.

M. Jack McCarthy: Cela varie. Il y a un degré de variabilité élevé. Nous venons tout juste de compléter une étude avec l'Université d'Ottawa et portant sur des panels de médecins et un chiffre repère — je ne sais pas si devrais déjà en parler, mais je me lance — de 1 200 patients par médecin dans un CSC.

Encore une fois, il y a un degré élevé de variabilité. Il s'agit d'un chiffre repère dont nous discutons avec les différents CSC. Le nombre serait supérieur en milieu rural. Il s'agit davantage là d'un chiffre urbain. Sur la base de cette plus récente évaluation des tailles de clientèle de médecins de CSC, c'est là le chiffre dont il a été question comme étant...

• (1620)

Mme Patricia Davidson: Comment cela se compare-t-il à la situation en cabinet privé?

M. Jack McCarthy: Ce serait moins. John connaît peut-être les tailles de clientèle pour les médecins. Je ne suis pas très certain des modèles comparables.

Dr John Maxted: Le médecin de famille moyen au pays compte environ 1 200 à 1 500 patients.

Pour en revenir aux modèles, il existe un très joli modèle tout proche de vous, ici à Ottawa, où il a été constituée une équipe de soins primaires. L'équipe compte six à huit médecins de famille, ainsi qu'un certain nombre d'autres professionnels. Elle dispose des moyens électroniques nécessaires à l'échange d'information et à la gestion des patients et depuis un an environ le groupe fait de la publicité dans les journaux locaux dans le but d'accueillir 250 patients de plus toutes les six à huit semaines. Cela résulte de technologies plus récentes, d'un modèle de soins davantage interprofessionnel, d'une plus grande efficacité, et de gains d'efficacité au sein d'un cabinet qui se présente comme étant le résultat d'un développement modèle.

Mme Patricia Davidson: Nous avons parlé des CSC pour les soins de santé comme étant l'équivalent de médecins de famille et ainsi de suite, mais qu'en est-il du système de soins de courte durée? Cela désengorge-t-il les salles d'urgence?

Gary.

M. Gary Switzer: En ce qui concerne les services d'urgence, 90 p. 100 du volume correspondent à des soins non urgents. Il s'agit de visites qui pourraient être reportées. Ce pourrait être une simple question de renouvellement d'ordonnance. Ce pourrait être l'accès à une infirmière pour faire enlever des points de suture.

Mais du fait que nos CSC soient implantés dans la collectivité et travaillent étroitement avec les hôpitaux, nous pouvons absorber un certain nombre de cas non urgents. Dans le cas tout particulier d'Essex, dans les trois CSC que nous y avons, nous gardons des plages ouvertes pour des rendez-vous en matinée et en après-midi, afin que lorsque des patients se présentent à la salle d'urgence, s'ils relèvent de la catégorie ÉTV V, soit la catégorie la moins urgente, on les ré-aiguille immédiatement. On assure le lien et ces patients sont renvoyés au CSC pour un rendez-vous en temps réel.

L'autre avantage de nos CSC est qu'ils ont un lien direct avec les patients orphelins qui sortent de l'hôpital, ces patients qui n'ont pas de médecin de famille. Les hôpitaux entretiennent une relation étroite avec nos CSC, qui acceptent les patients orphelins. On les y amène et on leur attribue un médecin de famille et une infirmière praticienne. C'est là un facteur très important dans la réduction des volumes pour les services d'urgence, et cela permet un flux accru et un meilleur accès aux soins de courte durée.

Mme Patricia Davidson: Bien. Merci.

M. Jack McCarthy: Puis-je ajouter rapidement quelque chose à ce sujet? Avec la récente éclosion H1N1 dans la ville d'Ottawa, avec une énorme poussée dans tous les services d'urgence, le CHEO, le Children's Hospital of Eastern Ontario, qui enregistre habituellement 150 visites d'urgence par jour, est passé à 350, ce qui a résulté en l'annulation de chirurgies, de consultations externes, et ainsi de suite. Il a été établi des centres d'évaluation de la grippe, qui étaient le fait de CSC et d'un ou deux autres endroits, et en l'espace de cinq à six jours ouvrables, on a constaté une baisse de la fréquentation des services d'urgence. Tout cela pour dire qu'il y a une bonne collaboration entre les centres de soins primaires, comme les CSC, et les hôpitaux, pour ce qui est de la gestion des volumes des urgences.

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

Vous êtes certainement en train de traiter d'une chose qui me tient très à coeur. Je crois que chaque Canadien devrait avoir accès à un médecin de famille appuyé par une équipe globale ou une infirmière praticienne.

J'aurai deux commentaires à faire. Premièrement, je crains que ce que nous avons à l'heure actuelle est en fait une panoplie de modèles, et je trouve à certains égards que là où nous avons des équipes efficaces — j'utiliserai le cas des réseaux de santé intégrés en Colombie-Britannique —, il y a des personnes qui sont rattachées à un médecin dans ces cadres à l'intérieur desquels vous pourriez, peut-être, voir un thérapeute respiratoire en l'espace de quelques jours pour une mesure spirométrique au lieu d'avoir à attendre six mois dans le cadre du système normal. Ainsi, tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas pleinement basculé dans un modèle qui fonctionne dans chaque province, nous aurons en réalité créé certaines inégalités. Je suppose qu'il s'agit là d'un sujet de préoccupation.

Je ne sais pas s'il y en a parmi vous qui auraient des commentaires à faire à ce sujet.

Dr John Maxted: Il y a un commentaire que je pourrais faire, et ce serait de vous renvoyer à certains travaux de recherche au sujet du « medical home » qui sont en train de sortir. Le collègue a tout récemment publié un document sur le « Canadian medical home » —, essayant de définir quels en sont les piliers, les fondations, etc. C'est un concept qui a vraiment accroché aux États-Unis où, si je peux me permettre de le dire, le système de soins primaires a tendance à être plus désorganisé qu'il ne l'est ici au Canada, et, partant, bien sûr, ce concept a tendance à être attrayant.

Mais ce qu'il y a d'attrayant avec le « medical home » est qu'il renvoie véritablement aux besoins essentiels que devrait intégrer chaque modèle de soins primaires. Peu m'importe, en réalité, quelle étiquette on veut utiliser dans chacune des provinces et chacun des territoires. Si nous mettons l'accent sur les éléments essentiels que doit englober chacun des ces modèles, alors nous créerons des modèles, peu importe leur appellation, qui correspondent véritablement aux besoins de la population, tels que définis par la population desservie par ces modèles.

• (1625)

La présidente: Merci, madame McLeod. J'apprécie vraiment vos questions.

Je remercie sincèrement les témoins d'être venus ici aujourd'hui. Tous vos commentaires éclairés seront très utiles au comité.

J'aimerais poser rapidement quelques questions au comité avant que nous ne passions au volet suivant, alors je vous donne votre congé, et nous aborderons la partie suivante de la réunion d'ici quelques instants. Je vais vous donner une minute pour vous éclipser.

Merci.

Mesdames et messieurs les membres du comité, nous allons bientôt nous attaquer à la question du virus H1N1, et nous aurons également la motion de la Dre Bennett. Étant donné que la sonnerie va retentir à compter de 17 h 30, je souhaite demander au comité quand vous désirez traiter de cette motion? À quelle heure devrions-nous lever la séance afin de discuter de la motion?

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Je crois comprendre qu'il est beaucoup plus facile pour le Dr Butler-Jones de venir ici pour 16 h 30. Tant et aussi longtemps que nous avons une entente au sein du comité que, quels que soient les votes ou autres, nous veillerons à ce qu'il y ait suffisamment de temps pour nous pour mener à bien notre travail en tant que comité...

J'ai envoyé à la greffière les noms de plusieurs témoins possibles qui seraient, je pense, prêts à faire des commentaires ou à nous éclairer sur la façon dont les choses se passent sur le terrain.

[Français]

Particulièrement, dans la province de Québec, il y a des docteurs Massé, Lessard et Poirier.

[Traduction]

Il y a également le Dr Isaac Sobol, au Nunavut, qui a déjà fait ce qu'il avait à faire.

Il y a également un certain nombre de médecins conseils en santé publique locaux.

En Colombie-Britannique, il y a le Dr Perry Kendall, qui a livré un excellent témoignage pendant l'été. Nous aimerions savoir comment les choses se passent là-bas.

Bien évidemment, il y a le Dr Daly, de Vancouver, qui est très préoccupé par la situation entourant les prochains Jeux olympiques. Nous ne savons pas si...

La présidente: Bien sûr. Voulez-vous faire cela aujourd'hui ou lundi? Que devrions-nous faire alors? Nous avons discuté de beaucoup de choses.

L'hon. Carolyn Bennett: Il s'agirait pour la greffière et pour les attachés de recherche de faire un tri pour déterminer s'il nous faut consacrer au virus H1N1 la totalité de la réunion de la semaine prochaine, ou alors la semaine suivante. Je suis certaine que les personnes concernées ne sont pas toutes disponibles le même jour, mais je pense que nous devrions en entendre plusieurs, ainsi que les fonctionnaires, d'ici Noël, ce afin de savoir comment vont les choses. Je croyais que le comité s'était mis d'accord pour que nous entendions des intervenants au fur et à mesure de nos besoins, ce afin de faire notre travail.

La présidente: Docteur Bennett, je devine que vous retirez votre motion, car vous avez convenu que si les breffages ont lieu entre 16 h 30 et 17 h 30, cela vous satisfait. La motion est-elle donc retirée? Très bien. Formidable.

J'aimerais maintenant que vous sachiez qu'il y a un peu de nouveau. Je demanderais à la greffière de vous en entretenir brièvement. Il y a un certain nombre d'autres questions que vous avez soulevées et nous serons quelque peu pris par le temps d'ici le congé. Je vais laisser la greffière vous expliquer la situation.

La greffière du comité (Mme Christine Holke David): La ministre est disponible le 7 décembre, de 15 h 30 à 16 h 30, pour discuter du Budget supplémentaire des dépenses (B). Ses fonctionnaires resteront pour les deux heures au complet. Cela signifie que la réunion du 7 décembre ne sera plus consacrée à la rédaction des deux ébauches de rapport: les RHS et le sodium. Il nous faut discuter de cela avec les attachés de recherche pour déterminer à quel moment nous allons caser cela. La chose est importante.

Je tiens également à aviser le comité que Bernard Michel Prigent est disponible pour comparaître devant le comité le lundi 30 novembre, de 16 h 30 à 17 h 30. Pendant la première heure de la réunion prévue pour le 30 novembre, nous entendrons la vérificatrice générale, comme convenu.

Je vais faire distribuer aux membres un calendrier à jour pour le volet suivant, mais j'aimerais que l'attachée de recherche traite également de la question des ébauches de rapports.

•(1630)

L'hon. Carolyn Bennett: Premièrement, pourriez-vous nous expliquer ce qu'il en est du budget des dépenses et du 7 décembre? Le délai est-il la fin de la journée? Si nous souhaitions y apporter quelque changement, que se passerait-il? Le budget supplémentaire des dépenses n'est-il pas considéré comme étant déposé au 7 décembre?

La greffière: À ce stade-ci, oui, mais la dernière journée pour les crédits reste encore à déterminer; c'est en tout cas ce que j'ai cru comprendre. La date est donc encore floue, à vous dire vrai. Le 7 décembre, à l'heure actuelle, est la dernière date à laquelle déposer le Budget supplémentaire des dépenses (B), mais cela pourrait changer. On m'a dit aujourd'hui que l'on nous renseignera en la matière au courant de la semaine prochaine.

La présidente: L'attachée de recherche pourrait-elle nous entretenir rapidement des rapports pendant que nous nous occupons de cela?

Mme Karin Phillips (attaché de recherche auprès du comité): Ce que j'allais suggérer, étant donné que nous ne pourrions plus examiner les rapports le 7 décembre — et il me reste encore à confirmer la chose avec ma collègue —, est que nous discussions du rapport sur le sodium le 2 décembre, au lieu d'avoir un panel RHS sur la mobilité de la main-d'oeuvre, et nous pourrions alors examiner le rapport sur les ressources humaines en santé le 9.

La présidente: Voilà quel est le programme qu'il nous faut...

Mme Karin Phillips: Mais il me faut confirmer cela avec ma collègue, pour ce qui est des délais pour la traduction, et m'assurer que tout le monde dispose en temps voulu du rapport pour pouvoir l'examiner.

La présidente: Cela étant dit, voilà de quelle manière les travaux pourraient se dérouler. La Dre Bennett ayant retiré sa motion, je vais réserver du temps pour les travaux du comité. Vous aurez un peu de temps pour y réfléchir, chacun de votre côté. Je prévois peut-être 15 à 20 minutes pour les travaux du comité lundi, afin que nous puissions continuer de discuter de n'importe quel sujet, sans pour le moment empiéter sur le temps réservé aux rapports.

Cela convient-il à tout le monde?

Des voix: D'accord.

L'hon. Carolyn Bennett: Attendez un instant. Je soulignerai qu'il s'agit de la réunion fort importante et très attendue sur les isotopes. Je ne sais pas si nous voudrions gruger là-dessus, mais si la greffière et les attachés de recherche pouvaient nous soumettre un plan que nous puissions rapidement adopter, cela serait différent d'un débat exhaustif. Cela fait très longtemps que nous attendons d'entendre parler d'isotopes.

La présidente: Ce serait préférable, car nous avons prévu la réunion sur les isotopes.

Nous poursuivrons donc, étant donné que cela a déjà été prévu, à moins que Mme Davidson ait quelque chose à dire.

Mme Patricia Davidson: J'aurai simplement une question.

Allons-nous donc proposer des noms de témoins pour la séance de breffage d'une heure? Est-ce cela qui va se passer? J'ai entendu la Dre Bennett parler de faire venir toutes ces personnes dont elle pensait qu'elles souhaitaient venir. Je suis certaine qu'il en est de même pour nous tous.

La présidente: Nous avons un horaire très chargé. La Dre Bennett a retiré sa motion, mais nous pourrions néanmoins avoir une discussion là-dessus.

Mme Patricia Davidson: Nous n'en avons pas encore décidé?

La présidente: Non, nous n'en avons pas encore décidé.

Y a-t-il autre chose, docteur Bennett?

L'hon. Carolyn Bennett: Je suis certaine que dans toutes vos circonscriptions il y a des personnes qui ont des suggestions ou des idées. S'il y a des membres du comité qui ont été abordés par quelqu'un qui aimerait comparaître devant le comité, je pense qu'il serait opportun d'en aviser la greffière. Peut-être que l'on pourrait avoir une réunion pour parler du H1N1 ou une longue réunion ou une table ronde sur le H1N1. D'ici Noël, nous pourrions y réserver toute la matinée d'un lundi ou encore prévoir une table ronde en bonne et due forme avant le congé des fêtes.

La présidente: Je vais laisser l'analyste répondre à cela, car elle y travaille. Nous allons simplement manquer de temps. Nous n'avons pas de temps pour cela.

Mme Karin Phillips: En gros, si nous consacrons une réunion entière au virus H1N1, alors nous ne serions pas en mesure d'examiner les rapports. Voilà quelle est, en gros, la situation. Nous ne disposons pas d'assez de temps. Il nous faudrait annuler...

La présidente: Le calendrier est aussi serré que la chose est possible, à l'heure actuelle. Comme l'a dit Mme Phillips, nous n'avons tout simplement pas de marge.

Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod: Madame la présidente, il nous faudra 10 ou 15 minutes dans une réunion future, mais je pense que nous avons également discuté de l'importance de réserver l'heure complète. Nos témoins sont ici, alors si nous ne sommes plus saisis d'une motion, nous pourrions peut-être...

•(1635)

La présidente: C'est justement ce que j'étais sur le point de dire avant que je ne vous donne la parole.

J'aimerais souhaiter la bienvenue ici à nos invités.

Docteur Butler-Jones, vous êtes très bien connu du comité, tout comme c'est le cas du Dr Gully et de Mme Elaine Chatigny.

Pourrions-nous commencer avec le Dr Butler-Jones?

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Merci.

[Français]

C'est avec plaisir que je vous présenterai une brève mise à jour de la situation relative au virus de la grippe A (H1N1).

[Traduction]

Nous sommes maintenant bien engagés dans la deuxième vague de cette pandémie et constatons des augmentations sur tous les fronts. À compter d'hier, il avait été rapporté un total de 198 décès. Pour la semaine se terminant le 7 novembre, le nombre d'hospitalisations déclarées en une semaine avoisine ce que nous avons vu pendant toute la durée de la première vague. Il y a eu un nombre important d'admissions aux unités de soins intensifs, 136 en l'espace d'une semaine, comparativement à un total de 289 sur les 18 semaines de la première vague.

Il s'agit là d'augmentations sensibles, mais, heureusement — ou malheureusement — elles correspondent à ce à quoi l'on pourrait s'attendre à ce stade dans une pandémie. Il est important de souligner qu'en l'absence des efforts déployés à tous les niveaux pour assurer une prévention efficace et des soins appropriés, le nombre serait de beaucoup supérieur.

Les provinces et les territoires sont eux aussi bien engagés dans leurs campagnes de vaccination et font état de progrès constants. Par exemple, le Nunavut a annoncé hier que près de 60 p. 100 de sa population est aujourd'hui immunisée.

[Français]

Il y a eu plusieurs nouveautés importantes du point de vue du gouvernement fédéral depuis ma dernière mise à jour devant le comité.

[Traduction]

Comptent parmi ces nouveautés l'approbation du vaccin sans adjuvant, ce qui a libéré 1,8 million de doses; la distribution de doses additionnelles de vaccin sans adjuvant commandées auprès de CSL, notre fournisseur australien, et la poursuite de la distribution aux provinces et aux territoires de doses de vaccin avec adjuvant.

Depuis notre dernière mise à jour, nous avons également constaté que le vaccin provoque chez les personnes qui le reçoivent une réaction immunitaire remarquablement élevée. La réaction est de l'ordre de 90 p. 100 et plus. En temps normal, les vaccins contre la grippe saisonnière enclenchent des niveaux d'anticorps s'inscrivant dans la fourchette de 60 à 80 p. 100.

D'autre part, depuis l'ouverture des cliniques, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada, avec la collaboration des provinces et des territoires, la Société canadienne de pédiatrie ainsi qu'un réseau de chercheurs, surveillent activement les réactions indésirables graves suite à la vaccination. Cette surveillance a commencé en même temps que la campagne.

Les réactions déclarées les plus fréquentes sont mineures et comprennent nausée, étourdissements, maux de tête, fièvre et douleur au site d'injection.

Il y a eu plusieurs rapports de réactions allergiques. Ces réactions se sont pour la plupart manifestées dans les minutes qui ont suivi la vaccination et le personnel médical y a promptement réagi.

Une réaction indésirable grave est une réaction pouvant provoquer une maladie constituant un danger de mort, l'hospitalisation, une incapacité ou la mort, et ce peut notamment être le cas d'une réaction allergique grave. En ce qui concerne les 6,6 premiers millions de doses distribuées, il n'a été rapporté que 36 réactions indésirables graves. Ont compté parmi celles-ci des poussées fébriles, c'est-à-dire des convulsions provoquées par une grande fièvre, et l'anaphylaxie. L'anaphylaxie est une réaction allergique aiguë.

[Français]

Nous prenons au sérieux tous les signalements d'événements indésirables graves, qui font tous l'objet d'une enquête.

[Traduction]

Il importe de souligner que ces événements sont rares. L'incidence d'événements indésirables graves suite à une immunisation, dans quelque campagne que ce soit, est d'environ un cas par 100 000 doses distribuées. Il est important de se rappeler que même si un événement survient suite à une vaccination, celui-ci n'a pas forcément été provoqué par le vaccin lui-même. Il a peut-être été provoqué par d'autres facteurs, par exemple une affection préexistante.

D'ici la fin de la semaine, 10,4 millions de doses auront été distribuées à l'échelle du pays. Comme nous l'avons déclaré lors de la conférence de presse d'hier, nous disposons de quantités suffisantes pour immuniser près du tiers de la population du Canada. Pour mettre cela en perspective, cela est proche du volume que nous distribuons pendant toute une année pour combattre la grippe

ordinaire; et la présente campagne n'est vieille que de quelques semaines seulement. Notre fournisseur continue de veiller à ce que davantage de vaccin nous parvienne chaque semaine.

Nos objectifs n'ont pas changé — principalement réduire l'incidence d'ensemble d'une pandémie — et nous maintenons le cap en vue de mettre le vaccin à la disposition de tous les Canadiens qui souhaitent l'avoir d'ici la fin du mois de décembre. Cela nous place dans l'une des meilleures situations dans le monde. Cependant, nous ne pouvons pas relâcher notre vigilance. Les pandémies sont des choses imprévisibles. Comme lors de toute poussée de grippe, des changements quant à notre approche sont nécessaires au fur et à mesure que nous recevons de nouvelles données au sujet du virus et de son comportement. Grâce à notre vécu face à d'autres épidémies et à nos années de planification exhaustive en matière de pandémie, nous sommes mieux en mesure de nous adapter à ces nouveaux défis au fur et à mesure qu'ils se présentent.

•(1640)

[Français]

Et si les Canadiens continuent de se faire vacciner comme ils le font en ce moment, comme pays, nous éviterons beaucoup d'infections.

[Traduction]

Il nous reste encore énormément de travail à faire sur tous les fronts. Le plus important dans les efforts que nous déployons est de pousser les gens à se faire vacciner.

J'envisage avec plaisir de vous fournir à l'avenir de nouvelles mises à jour.

Merci.

La présidente: Merci.

Docteur Gully, la parole est maintenant à vous.

Dr Paul Gully (conseiller médical spécial, ministère de la Santé): Merci, madame la présidente.

Comme l'a indiqué le Dr Butler-Jones, nous continuons de constater à l'échelle du Canada une activité grippale généralisée. Et l'expérience parmi les premières nations, comme nous le savons, en est le reflet. Cela signifie que nous verrons des infections graves, des hospitalisations et des décès parmi les premières nations et parmi d'autres peuples autochtones. Nous allons continuer de surveiller l'activité dans les postes de soins infirmiers communautaires afin de relever les questions au sujet desquelles il nous faudra fournir des conseils supplémentaires.

En ce qui concerne l'immunisation, nous constatons que la mise en place de la distribution du vaccin H1N1 dans les réserves a été bien planifiée, bien gérée et bien reçue par les communautés. Pendant les trois premières semaines d'immunisation, environ 93 p. 100 des collectivités de premières nations ont organisé des cliniques d'immunisation. En fait, toutes ces communautés qui comptent une population importante ont sans doute été couvertes. Il existe quelques très petites communautés ainsi que des communautés qui sont saisonnières. Il est cependant important de souligner que 100 p. 100 des premières nations isolées ou en région éloignée ont en fait lancé l'immunisation.

Plus de 162 000 doses de vaccin contre la grippe H1N1 ont été administrées en réserve. Jusqu'ici, environ 40 p. 100 des membres de premières nations vivant en réserve ont été immunisés. Cependant, cela ne tient pas compte du fait que nous ne disposons pas de renseignements à jour pour deux grosses provinces. Nos chiffres sont donc une sous-estimation. Pour les régions pour lesquelles nous avons des renseignements à jour et fiables, le taux de couverture se situe entre 55 et 85 p. 100.

Il y a eu certains défis, comme l'on pourrait s'y attendre. Comme cela a été le cas dans d'autres collectivités au pays, il y a eu un certain ralentissement quant à la mise en place de la distribution du vaccin. Mais, comme l'a dit le Dr Butler-Jones, des mesures continueront d'être prises face à cette situation. Santé Canada est en train d'aider les collectivités touchées à rajuster leurs plans en conséquence, en réorganisant les horaires des cliniques, en rajustant les horaires des bénévoles et même, dans certains cas, en redistribuant parmi les collectivités les stocks de vaccin.

Santé Canada continue de surveiller la distribution du vaccin, et les bureaux régionaux surveillent la situation dans les collectivités au sein desquelles les cliniques sont confrontées à des problèmes de taille. Nous nous attendons à ce que l'immunisation des membres de premières nations vivant en réserve soit complétée en même temps, voire même avant, que dans le reste du Canada.

J'aimerais maintenant vous faire une mise à jour au sujet du sommet virtuel qui a été tenu le 10 novembre. Ce sommet a été diffusé sur Internet et a été co-présenté par le ministre de la Santé et le chef national de l'Assemblée des Premières Nations. Il s'est agi d'un événement en direct sur le Web offert aux premières nations et à d'autres partenaires partout au pays. Il a fait le tour complet de la réaction et de l'état de préparation, en prévision d'une pandémie, des premières nations.

A mené la discussion un groupe comprenant Kim Barker, de l'Assemblée des Premières Nations, le Dr David Butler-Jones, Gina Wilson, qui est la sous-ministre principale au MAINC, et moi. D'après la rétroaction initiale, le sommet a été une réussite et à certainement atteint l'objectif, qui était de livrer aux communautés des premières nations d'importants renseignements au sujet du virus H1N1.

Il y a eu plus de 1 000 connexions pendant la diffusion de la webémission d'environ deux heures, mais il est difficile de faire une estimation du nombre total de personnes qui l'ont suivie, étant donné qu'il y avait vraisemblablement plusieurs personnes réunies à chaque site. L'enregistrement de la webémission sera accessible par toute personne intéressée à partir du site Web de l'APN, et ce jusqu'à la fin du mois de décembre.

• (1645)

Le sommet virtuel remplit un engagement clé pris dans le cadre du protocole mixte de communications de l'APN, du MAINC et de Santé Canada, et est un excellent exemple de collaboration entre les parties. Plus particulièrement, l'utilisation d'outils de communication modernes a fait en sorte que le sommet soit quelque chose de pertinent pour les jeunes des premières nations. Des membres du Conseil national des jeunes de l'APN ont participé au sommet au moyen de segments vidéo préenregistrés. Ils ont exprimé leurs idées et leurs préoccupations et ont soulevé des questions axées sur la jeunesse, qui ont été posées aux membres du comité d'experts, qui y ont répondu.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci.

Nous allons nous lancer dans notre premier tour de questions.

Docteure Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: Merci beaucoup.

Ma première question s'adresse au Dr Butler-Jones.

Nous avons bien sûr tous des inquiétudes face aux personnes en santé, sans affections préexistantes, qui ont succombé à cette maladie. Avez-vous relevé quelque schéma? Ces personnes ont-elles attendu trop longtemps avant de consulter? N'ont-elles pas reçu leur Tamiflu à temps? Quelles leçons avons-nous tirées de cette situation et que pourrions-nous faire?

Il y a eu un reportage diffusé par la CBC cet après-midi au sujet d'un homme d'un certain âge qui est mort à Gander; il avait des affections préexistantes et il s'était fait renvoyer par l'hôpital. On lui avait donné une ordonnance pour le Tamiflu, mais il ne l'avait fait remplir que 24 heures plus tard.

Qu'avez-vous appris? Que pourrions-nous faire différemment pour changer les choses?

Dr David Butler-Jones: Une ou deux choses sont pertinentes, et nous avons constaté un changement depuis le printemps. Le schéma de la maladie correspond à ce que l'on constate dans le cas de pandémies, et c'est le groupe de personnes d'âge intermédiaire et jusque-là en santé qui semble surtout être concerné. Pour quelque raison, leur système immunitaire n'est pas en mesure de lutter, ou il se développe chez elles une complication comme une myocardite ou un autre problème, qui provoque l'arythmie et la mort. Cela est impossible à prévoir, mais ce que nous avons constaté, en tout cas dans le cadre de l'examen de la situation dans les unités de soins intensifs, est que, dans le cas des personnes qui se présentent tardivement, des personnes qui semblent se remettre, puis deviennent plus malades, il s'agit là d'un signe important que vous souffrez d'une affection secondaire ou qu'il se passe quelque chose de différent. Si vous êtes gravement malade ou avez le souffle court — comme vous l'avez constaté pendant l'été, nos messages ont été assez clairs au sujet de l'importance de cela —, si, donc, vous manifestez l'un de ces signes ou souffrez de symptômes plus aigus, alors il vous faut obtenir des soins médicaux le plus rapidement possible.

Nous avons constaté un changement. Par exemple, au printemps, nous avons vu un certain nombre de femmes enceintes dans les USI. Nous ne voyons plus cela aujourd'hui. Malheureusement, il a jusqu'ici été enregistré environ 200 décès. Mais à y regarder, si nous avons vu les schémas... si nous n'avions pas distribué les produits antiviraux dans les collectivités, si nous n'avions pas fait le travail avec les USI pour les amener à échanger leurs pratiques exemplaires, nous aurions enregistré des nombres sensiblement supérieurs. Il va donc être important de continuer de communiquer ce message même une fois les gens immunisés.

Enfin, plus les gens sont nombreux à se faire immuniser, moins grand sera le risque de transmission de la maladie à d'autres, chez qui il est impossible de prédire la gravité des manifestations de la maladie. Clairement, si une personne qui est restée à la maison voit son état se dégrader, il lui faut être vue par quelqu'un, et les antiviraux se sont avérés efficaces comme traitement, et pas seulement si vous les obtenez très tôt. Même dans le cas des personnes dont l'état de santé est en train de se dégrader, quel que soit le moment où débute la prise d'antiviraux, meilleure sera la perspective de rétablissement.

L'hon. Carolyn Bennett: Nous sommes nombreux à être heureux de voir la nouvelle brochure donnant la liste des symptômes que devraient guetter les gens, ainsi que les indicateurs de gravité, bien que je continue de penser que le langage est quelque peu... Je ne suis pas convaincue que tout le monde sache ce que signifie le mot « indicateurs ».

Lors de nos visites dans certaines unités de santé publique la semaine dernière, nous avons constaté la nécessité d'utiliser d'autres langues et de retraduire dans l'autre sens à partir de ces autres langues, car dans le cas particulier de médias ethniques, si les intervenants n'ont pas d'antécédents en santé publique... La retraduction est très importante afin de s'assurer que le message soit fidèlement livré. Je suis toujours en train de me demander s'il ne serait pas possible d'afficher ces genres de messages sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada afin que les unités de santé publique puissent les télécharger. Ce n'est pas grand-chose, mais ne serait-il pas possible d'afficher ces genres de messages dans 60 langues sur votre site Web, afin que les petites unités de santé publique, ne représentant qu'une petite poche dans une collectivité donnée, puissent bénéficier des ressources fédérales?

• (1650)

Dr David Butler-Jones: Je vais faire appel à Elaine pour répondre à cette question.

Mme Elaine Chatigny (directrice générale, Communications, Agence de la santé publique du Canada): La question de l'utilisation de différentes langues est en train d'être examinée. Je ne peux pas vous dire ici maintenant de combien de langues il serait question, ni desquelles.

Dr David Butler-Jones: Ayant été un médecin conseil local en santé publique, je sais que c'est là quelque chose que nous faisons autrefois. Nous prenions ces messages et les adaptations à la population à desservir. L'une des choses que nous avons constatées est que les traductions nationales n'étaient pas toujours utiles. Nous recevions continuellement des plaintes au sujet de choses qui se faisaient une fois à l'échelle nationale — même en français —, et il nous a donc fallu les adapter sans cesse en fonction des dialectes locaux et des langues parlées dans les collectivités.

Je pense que du fait de les avoir là, de pouvoir les adapter, dans la mesure où nous pouvons faciliter la chose et échanger ces renseignements pour ceux qui les ont préparés, il est certain que cela nous intéresse, et nous nous y penchons. Mais il semble que nous ayons été confrontés à une réalité pratique à l'autre bout, et c'est ainsi que nous avons fini par faire nos propres traductions.

L'hon. Carolyn Bennett: Je suppose que nous continuons toujours de pousser en ce sens pour que ce soit une option pour les services de santé publique locaux, mais si la chose était disponible à l'échelle nationale, surtout la partie concernant « l'essoufflement, une respiration rapide ou des difficultés à respirer » — ce message semble être le plus important, soit que ce ne sont pas des symptômes normaux de la grippe, et ces personnes doivent savoir qu'il leur faut immédiatement demander conseil à un personnel médical.

Kirsty, avez-vous une question?

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Premièrement, merci à vous tous d'être venus. Nous vous en sommes reconnaissants.

Docteur Butler-Jones, je tiens à vous remercier personnellement du temps que vous m'avez accordé la semaine dernière.

Pourriez-vous nous fournir une ventilation, par province, non pas de ce qui a été distribué, mais du nombre exact de personnes ayant été vaccinées, et nous indiquer lesquelles des provinces ont commencé à vacciner les enfants et les adolescents, et quand toutes les provinces vont vacciner l'ensemble de la population?

Dr David Butler-Jones: Cela varie un petit peu selon la province ou le territoire. En gros, ce que les provinces nous ont dit est que dans les sept à dix jours suivant réception du vaccin, elles sont en mesure de le distribuer et d'immuniser les gens. Nous avons relevé certaines réductions du côté du nombre de personnes à la recherche du vaccin, de telle sorte que si la province a pu s'occuper des groupes à risque élevé, elle a depuis ouvert la chose. Par exemple, l'Ontario a fait une annonce en ce sens aujourd'hui, et c'est le cas d'autres provinces également.

Cela varie donc selon la province ou le territoire, et ce sont des renseignements que ceux-ci nous livrent. Mais du fait que les choses évoluent très rapidement, il est important que les gens écoutent leur médecin conseil en santé publique provincial ou territorial. Dans le cas des territoires, ceux-ci ont plus ou moins terminé leur travail d'immunisation, alors je pourrais sans doute ne plus parler que des provinces.

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones.

Nous passons maintenant à M. Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, madame la présidente.

Merci à nos témoins.

J'ai quatre questions; j'espère avoir le temps de toutes les poser. Je serai très bref, pour vous donner le temps d'y répondre.

En ce moment, on a un 1,8 million de doses de vaccins non adjuvantés à l'intention des femmes enceintes. Le Dr Grondin nous disait, la semaine dernière, qu'il y avait trop de vaccins pour cette population et qu'ainsi, d'autres personnes pourraient recevoir les vaccins non adjuvantés qui ne sont pas requis pour les femmes enceintes.

Sachant qu'il y a eu pénurie annoncée, il y a environ deux semaines ou plus, parce que le fournisseur avait dû passer de sa production adjuvantée à une production non adjuvantée, et sachant aussi qu'on avait commandé 200 000 doses de vaccins sans adjuvant de l'Australie — ce qui est probablement suffisant pour vacciner les femmes enceintes, qui sont au nombre d'environ 200 000 —, je me demande simplement pourquoi, quand vous avez vu que vous aviez suffisamment de vaccins pour les femmes enceintes, vous n'avez pas demandé au fournisseur de se concentrer sur le vaccin avec adjuvant, quitte à en produire sans adjuvant plus tard, s'il en manquait.

• (1655)

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: Merci.

[Français]

La production au Canada du vaccin sans adjuvant a été faite en octobre. Auparavant, nous avons fait des démarches auprès de CSL Australia parce que durant l'été, il était impossible d'obtenir le vaccin sans adjuvant des compagnies. Elles étaient toutes engagées envers d'autres pays, et la seule option pour le Canada était d'obtenir le vaccin sans adjuvant de la compagnie GlaxoSmithKline. Pour nous, c'est un grand avantage que la plupart des pays n'ont pas. CSL Australia été capable de nous fournir des vaccins parce que la saison de vaccination est terminée là-bas. Nous avons l'option d'acheter des vaccins après la saison.

Le vaccin sans adjuvant a été produit en octobre par GSK et il faut ensuite de quatre à six semaines pour tester les formules et les méthodes en vue d'assurer la qualité du vaccin. Ces décisions ont été prises il y a longtemps.

M. Luc Malo: Le 7 novembre dernier, on a appris que les premiers ministres des provinces demandaient au gouvernement fédéral un flux d'information plus rapide — en anglais, on parle de *timely information* — concernant la distribution des vaccins.

Pouvez-vous me dire comment l'agence a répondu à cette importante demande des provinces, qui doivent planifier correctement leurs déploiements?

Dr David Butler-Jones: Il n'est pas possible d'assurer le nombre total de vaccins. Il y a la préparation, le processus d'assurance de la qualité, etc., mais chaque fois que nous avons de l'information, nous la communiquons aux provinces. Chaque semaine, nous avons la liste des vaccins destinés à chacune des provinces et territoires pour la semaine suivante. L'information est produite en même temps pour les provinces et pour nous.

M. Luc Malo: Vous dites ne pas pouvoir mieux planifier cet aspect. Pourquoi ne pouvez-vous pas le faire?

Dr David Butler-Jones: Tout se passe en temps réel: la production du vaccin, sa distribution, l'assurance de la qualité. Tout commence en même temps. Même s'il y a eu quelques mois de préparation avant la pandémie et que le vaccin a été préparé l'année passée, il est très important, maintenant, que toutes les doses soient fournies aux provinces une fois qu'elles sont préparées. Or le nombre change aussitôt que la préparation est finie.

M. Luc Malo: Monsieur Butler-Jones, à certains endroits, il y a une pénurie de vaccins alors qu'à d'autres, des vaccins sont périmés et doivent être jetés. Pouvez-vous nous expliquer comment une telle situation peut se produire?

Dr David Butler-Jones: Les provinces prévoient quelles régions ont besoin du vaccin. La prévision se fait peut-être proportionnellement à la population. De temps en temps, l'intérêt de la population pour le vaccin varie d'une région à l'autre de la province. La distribution ou la prévision de l'intérêt de la population pour le vaccin peut causer problème. Puis, les provinces redistribuent le vaccin à d'autres. Cette campagne de vaccination est volontaire. On prévoit la plupart des défis, mais pas tous.

M. Luc Malo: Une personne est décédée après avoir reçu le vaccin. Bien sûr, une enquête est en cours pour déterminer les circonstances exactes. Cependant, on sait que cette personne avait 80 ans. D'après ce que j'ai compris, le vaccin était prioritaire pour les gens de moins de 65 ans.

Une personne plus âgée pouvait-elle être inscrite sur la liste prioritaire?

● (1700)

Dr David Butler-Jones: Ça dépend de la région et de la province. Maintenant, les risques pour l'ensemble de la population sont réduits et les possibilités de vaccination sont meilleures. Pour ce qui est du décès, il est très important de comprendre la différence entre le risque d'infection et le risque de mortalité. Le risque d'infection touche les jeunes alors que le risque de mortalité est plus élevé chez les personnes âgées, comme dans le cas de la grippe saisonnière. Ces personnes sont moins fréquemment infectées, mais si elles souffrent d'un état chronique, le risque de maladie et de mortalité deviennent très élevé.

M. Luc Malo: J'ai cru comprendre, à partir de ce que vous nous avez dit, que les taux de chocs anaphylactiques ou de décès étaient tout à fait conformes aux modèles et même inférieurs. Est-ce exact?

Dr David Butler-Jones: En général, oui, mais nous en sommes maintenant à observer les réactions et à recueillir des statistiques. Plus de six millions de doses sont dans le système servant à évaluer les réactions. Il va peut-être y en avoir d'autres. Quoi qu'il en soit, ça ressemble aux réactions communes en cas de vaccins contre la grippe saisonnière.

M. Luc Malo: Le problème d'approvisionnement en Tamiflu a-t-il été réglé? Y aura-t-il des doses pour les enfants, les adultes, etc.?

Dr David Butler-Jones: Oui, il y a beaucoup de Tamiflu pour la population. Dans le sud du pays, les pharmaciens ont la possibilité de préparer des doses pour les petits enfants à partir des doses pour adultes. Dans le nord du pays, il n'y a pas toujours des pharmacies, à cause de l'éloignement. C'est pourquoi nous devons fournir des doses pour enfants à ces régions.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole à Mme Hughes.

Mme Carol Hughes: Je vous remercie d'être ici. Je suis certaine que la situation a été plutôt chaude pour vous.

J'aimerais vous interroger au sujet de certaines des choses que vous avez mentionnées. Avez-vous bien dit que l'immunisation est terminée pour ce qui est des collectivités dans les territoires?

Dr David Butler-Jones: Plus ou moins.

Mme Carol Hughes: Est-ce parce que les territoires ont réussi à obtenir tout le vaccin dont ils avaient besoin? J'essaie de comprendre la situation. L'histoire n'est pas la même partout au pays.

Dr David Butler-Jones: Les collectivités en région éloignée sont hautement prioritaires à cause de l'accès aux soins. Il a été décidé, en collaboration avec les provinces et territoires, que nous fournirions dans la première tranche suffisamment de vaccin pour l'ensemble des territoires. La plupart des résidents des territoires habitent des localités isolées. Nos équipes étaient en mesure de se rendre par avion dans une collectivité, d'y immuniser tout le monde, et de partir ensuite pour la collectivité suivante. On leur a fourni un petit nombre de doses, et leurs programmes sont maintenant pour la plupart terminés.

Mme Carol Hughes: Vous dites qu'il demeure encore un petit pourcentage de personnes qui n'ont pas été immunisées.

Dr David Butler-Jones: Oui, mais le travail est tout près d'être terminé dans les trois territoires.

Mme Carol Hughes: Est-ce faute de vaccin?

Dr David Butler-Jones: Non, ils disposent de quantités suffisantes de vaccin. La question est celle du moment où le programme a été mis à exécution. Je pense que les équipes se sont rendues dans tous les petits centres, mais qu'elles espèrent toujours boucler leur travail dans les centres plus importants.

Par exemple, au Nunavut, 60 p. 100 de la population a été immunisée. Mais il demeure encore un certain pourcentage de personnes, à Iqaluit ou ailleurs, que nous souhaiterions immuniser si elles voulaient bien se présenter à nous. Dans ce sens-là, nous pourrions poursuivre le travail d'immunisation, mais la campagne de masse, la campagne initiale, est pour ainsi dire terminée.

Mme Carol Hughes: Encouragez-vous également les personnes qui ont déjà attrapé le virus H1N1 à se faire vacciner, ou bien celles-ci ne devraient-elles pas s'en donner la peine?

Dr David Butler-Jones: Les gens dont il a été confirmé qu'ils ont été atteints par le virus H1, les gens pour lesquels il y a eu un test en laboratoire confirmant qu'ils ont été infectés par le virus H1, n'ont pas besoin du vaccin. Mais si vous avez eu au printemps des symptômes semblables à ceux de la grippe, vous ne pouvez pas être certains d'avoir été touchés par le virus H1, car il circulait à l'époque de nombreux autres virus. Dans ces cas-là, c'est une bonne idée de se faire vacciner, car si vous n'avez pas été touchés par le H1 au printemps dernier, vous n'êtes pas protégés.

• (1705)

Mme Carol Hughes: Nous avons vu certains cas de personnes souffrant d'allergies. Nous ne savons pas si le vaccin est sûr pour tout le monde. Je n'essaie pas de décourager les gens de se faire vacciner. Je dis simplement qu'il y a des exceptions.

Dr David Butler-Jones: Si vous ne savez pas que vous avez l'immunité requise, le risque du vaccin est minime, moins que si vous attrapiez la grippe.

Mme Carol Hughes: Vous avez dit que dans le cas des personnes ayant eu des réactions, il y avait sans doute des affections sous-jacentes. Savez-vous quelles seraient certaines des ces affections sous-jacentes? Comment les gens peuvent-ils se préparer à ce genre de situation?

Dr David Butler-Jones: En ce qui concerne le vaccin, j'ai peut-être parlé de la question de maladie grave par opposition à des réactions au vaccin. Pour ce qui est des réactions allergiques, nous relevons des cas avec tous les médicaments et tous les vaccins. Heureusement, cela a tendance à se manifester avec moins d'une dose par 100 000. Certaines personnes savent qu'elles sont allergiques au thimérosal ou à l'un des composants du vaccin. Mais étant donné que nous menons une campagne de vaccination massive, immunisant des personnes qui ne se font normalement pas vacciner contre la grippe, il y aura un pourcentage de personnes qui seront peut-être allergiques à certains des composants du vaccin.

Les chiffres sont semblables à ce que nous voyons dans le cas de la grippe saisonnière, contre laquelle les gens se font régulièrement immuniser. Mais vous ne pouvez pas le savoir tant que vous n'y êtes pas. C'est pourquoi il est important de rester sur les lieux pendant 15 minutes après l'injection. Si vous avez des symptômes, assurez-vous d'en aviser l'infirmière, car un traitement prompt réglera le problème. Il est clair que si une personne âgée manifeste une réaction allergique sévère, la situation sera plus difficile du fait de

l'état physique de la personne, mais ces cas sont dans l'ensemble bien gérés.

Mme Carol Hughes: Nous voyons des gros titres comme celui-ci, qui dit « Les fabricants de médicaments québécois accusent du retard par rapport à la demande ». D'après les propres chiffres du gouvernement et son incapacité d'assurer un approvisionnement régulier, nous constatons aujourd'hui que le programme de vaccination va se prolonger bien au-delà de Noël. Il va s'étendre jusqu'en février, d'après ce que nous pouvons voir.

Quelles sont, selon vous, les difficultés qui sont en train d'entraver la compagnie? Nous ne sommes même pas proches des trois millions de doses par semaine qui avaient été promises, et à un moment donné, nous n'en étions plus qu'à 500 000. Cette semaine, il y en a eu deux millions.

Dr David Butler-Jones: Une partie de la situation s'explique par la transition à la production du vaccin sans adjuvant. Tous les fabricants dans le monde ont été confrontés à des défis pour produire ce vaccin aussi rapidement que prévu. Le Canada, en vérité, a en ce moment l'approvisionnement le plus stable et le plus sûr au monde. Il s'agit là en fait d'un énorme avantage pour le Canada.

D'après ce que nous pouvons voir, nous avons déjà immunisé autant voire plus de personnes que tout autre pays du monde, en pourcentage de la population. Nous comptons que 75 p. 100 de la population aura été immunisée, et cela devrait être possible. Nos hypothèses en matière de planification ont toujours visé cela. Ce pourrait être fait d'ici Noël ou, au plus tard, d'ici la fin de l'année.

Si nous constatons que davantage de personnes souhaitent se faire immuniser, alors cela viendra en prime, et nous continuerons d'immuniser les gens tant et aussi longtemps qu'ils souhaitent l'être, mais nous nous attendons à ce que quiconque le désire pourra se faire immuniser d'ici la fin de l'année. Mon espoir est que cela pourra être fait d'ici Noël.

Mme Carol Hughes: Vous continuez de dire avant Noël, mais, sur la base des chiffres, il semble que cela ne puisse pas se faire avant février.

Dr David Butler-Jones: Nous allons voir les chiffres augmenter très vite, très rapidement.

Mme Carol Hughes: Vous avez fait un commentaire au sujet de la baisse du nombre de personnes cherchant à se faire vacciner. Attribuez-vous cela à tout le chaos qui a entouré la chose?

Je sais que dans la région de Sudbury en particulier les autorités ont réussi, en un sens, à atténuer le problème en ouvrant des cliniques ne traitant que des symptômes grippaux. Cela a été formidable pour les hôpitaux, mais je souhaitais simplement cerner un petit peu la chose, car l'unité des soins de santé annonçait toujours cette fin de semaine que toutes les cliniques avaient été annulées du fait d'un nouveau manque de vaccins.

En ce qui concerne la réduction du nombre de personnes cherchant à se faire vacciner, considérez-vous que le nombre puisse augmenter du fait que les gens éprouvent toujours de la difficulté à obtenir le vaccin?

Dr David Butler-Jones: Je pense que de plus en plus de personnes chercheront à se faire vacciner. Je crois que les gens sont devenus très respectueux des catégories de risque et attendent de ce fait leur tour. Je me suis entretenu avec beaucoup de gens. Ils m'abordent et me disent « Je vais me faire vacciner, mais je vais attendre qu'on me dise que la chose est sûre pour moi, etc. », alors je crois que les gens vont continuer de se faire immuniser. La disponibilité du vaccin à court terme dépend réellement du niveau d'intérêt des personnes qui se présentent pour se faire immuniser. Au fur et à mesure que le vaccin deviendra plus disponible, de plus en plus de personnes se feront immuniser.

Je crois que l'efficacité est très impressionnante. Je pense que les leçons de la première semaine, en ce qui concerne les défis, non pas pour ce qui est de faire passer par ces cliniques un nombre suffisamment élevé de personnes, ont été apprises. Je me suis moi-même fait vacciner aujourd'hui et j'ai été très impressionné. J'ai fait la queue comme tout le monde, et j'ai été fort impressionné par la rapidité et l'efficacité du processus que j'ai constaté ici aujourd'hui, à Ottawa.

• (1710)

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones.

Nous passons maintenant au Dr Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je souhaite remercier les témoins d'être de nouveau parmi nous. Nous avons trouvé très utile dans le cadre de nos communications les renseignements que vous nous fournissez chaque semaine.

Docteur Butler-Jones, pour ce qui est du nombre de vaccins livrés sur une période de plusieurs semaines, pourriez-vous faire une comparaison entre la façon dont les choses se déroulent cette année et le programme habituel de vaccination contre la grippe saisonnière? Vous avez fait état de l'efficacité que nous constatons. Pourriez-vous nous donner une idée de la façon dont cela se compare à ce que l'on voit habituellement ici au Canada chaque année?

Dr David Butler-Jones: Certainement.

Bien que nous convenions tous qu'il y a eu certains défis et certains problèmes avec les files d'attente dans la première ruée, je suis de plus en plus impressionné par les efforts déployés par les services de santé publique locaux ainsi que par les services de santé publique provinciaux et territoriaux, non seulement pour tirer de cela des leçons, mais également pour immuniser toute une masse de personnes. En l'espace de trois semaines, et jusque dans la quatrième semaine, nous aurons en gros immunisé autant de personnes que nous immunisons pendant toute une saison de grippe. Cela est vraiment sans précédent, et a exigé efforts et professionnalisme à tous les niveaux, non seulement de la part de professionnels de la santé publique mais d'autres personnes travaillant dans des hôpitaux, sans oublier les bénévoles qui oeuvrent à leurs côtés.

Nous souhaiterions tous que les choses tournent plus rondement, mais au beau milieu de tout cela, étant donné la tâche à exécuter, il me faut dire que j'ai été très impressionné.

M. Colin Carrie: Eh bien, j'ai moi aussi été très impressionné, et je tiens à vous féliciter pour votre bon travail et pour la coordination avec les provinces. J'aimerais vraiment féliciter nos travailleurs sur le terrain. Certains d'entre eux sont montés au créneau, travaillant de longues heures pour accomplir le travail.

Comment cela se compare-t-il à l'échelle internationale avec la situation d'autres pays et leurs défis en matière de déploiement?

Auriez-vous des renseignements ou des données en la matière que vous pourriez nous livrer?

Dr David Butler-Jones: Eh bien, cela ressort en partie de ce qui se dit dans les médias. On y observe de près ce que font nos cousins américains, et les Mexicains et les Européens. À l'heure actuelle, je pense que nous et les Suédois sommes probablement très proches. Les Australiens, heureusement, sont largement sortis de leur saison, et ils se préparent donc à la prochaine saison. Mais pour ce qui est du pourcentage de la population déjà vaccinée et de celle qui va l'être, non seulement avons-nous déjà vacciné une proportion aussi grande, voire plus, de la population que tout autre pays, mais nous sommes effectivement l'un des très rares pays ayant la possibilité de pouvoir vacciner la totalité de la population.

M. Colin Carrie: Quel constat faites-vous en ce qui concerne les communications et la rétroaction qui vous est donnée au niveau local? Vous avez vanté l'efficacité de la campagne. Est-ce que vous constatez une grande coopération, par exemple, en ce qui concerne la prévalence de la maladie, comparée à la grippe saisonnière? Dans quelle mesure connaissons-nous les caractéristiques démographiques? Ce qui est réellement important — et je sais que c'est réellement important pour vous — c'est la recherche et le suivi, tout ce que nous pouvons apprendre sur ce virus.

Comment situez-vous le Canada sur le plan de cette rétroaction venant des premières lignes et des hôpitaux?

Dr David Butler-Jones: Je parlerai du Canada, étant donné le travail que nous avons entrepris.

Chaque juridiction et chaque pays s'organisent en fonction de ce qui semble donner le meilleur résultat. Mais s'agissant d'avoir le réseau de santé publique, d'avoir en place les systèmes et les relations permettant le partage de l'information, d'élaborer des plans conjointement de façon à pouvoir les exécuter dans la pratique, la probabilité que les plans soient correctement mis en oeuvre est beaucoup plus grande lorsqu'il y a une concertation au niveau de l'élaboration. Donc, le fait que toutes les juridictions aient participé à ce travail a fait ses preuves.

Ensuite, au niveau de l'application, je pense que nous avons constaté, au fur et à mesure que nous accumulons de l'expérience avec ce virus... Il ne faut pas oublier qu'il y a sept ou huit mois, personne n'avait encore entendu parler de ce virus ni prévu que nous aurions aujourd'hui cette pandémie. Il y a donc un apprentissage à faire, et nous voyons cela se traduire par... Lorsqu'on voit, même en médecine clinique, avec quelle rapidité les meilleures pratiques sont adoptées, avec quelle rapidité on a compris à quoi nous faisons face et ce qu'il convient de faire pour s'adapter... Et comme je l'ai dit, tout le travail effectué pour empêcher les femmes enceintes de tomber sérieusement malades, grâce au traitement précoce avec les antiviraux, le travail d'élaboration et de mise en place de systèmes pour tout l'éventail des interventions...

Quoi qu'il en soit, il sera réellement intéressant d'observer rétrospectivement comment nous avons mis tout cela en application. Mais nous recevons l'information. Encore une fois, chacun se débat pour faire face à la situation chez soi, et dès que possible les leçons tirées et l'information dont nous avons besoin sont partagées. C'est réellement la clé pour l'avenir, d'avoir une image de plus en plus claire de la nature de cette maladie et de ce qu'elle peut faire potentiellement.

•(1715)

M. Colin Carrie: Encore une fois, je sais que c'est réellement important pour vous — la recherche sur le virus, comment il se comporte, les meilleures pratiques. Nous avons appris un certain nombre de choses. Vous avez mentionné plus tôt le risque d'infection comparé au risque de mortalité. Vous avez parlé des personnes âgées, qu'il est possible qu'elles ne soient pas infectées en un si grand nombre mais que lorsqu'elles le deviennent, leur risque de mortalité est supérieur.

Avez-vous quelque chose à communiquer au public canadien qui nous écoute aujourd'hui concernant les connaissances les plus récentes que nous avons acquises sur ce virus et sur ce que nous devons surveiller dans notre population?

Dr David Butler-Jones: Il y a plusieurs choses.

Premièrement, la nature fondamentale du virus n'a pas changé. Le spectre habituel de la maladie, les caractéristiques de ceux qui, comme le Dr Bennett l'a mentionné plus tôt, succombent ou tombent gravement malades du fait de ce virus alors qu'ils étaient apparemment en bonne santé n'ont pas changé. Nous observons des nombres plus importants. Nous en verrons davantage encore avec l'arrivée de la seconde vague. Même lorsque nous atteindrons l'apogée, il y aura toujours la deuxième vague à venir. J'espère que nous pourrions l'abrèger ou en réduire l'ampleur grâce au nombre de Canadiens qui auront été vaccinés.

En ce qui concerne le risque d'infection, encore une fois, comme je l'ai dit, les très jeunes courent un beaucoup plus grand risque d'attraper la maladie, mais le risque de mortalité est moindre. Avec l'expérience, nous commençons à voir que, par exemple, dans la tranche d'âge de 40 à 64 ans, au cours de la première vague, le risque de décès chez ceux qui étaient en parfaite santé auparavant est de l'ordre de un sur 20 000 à 100 000 cas, alors que s'ils ont une maladie sous-jacente, le risque de décès est plutôt de l'ordre de un pour 400 à un pour 2 000. Il n'est pas nécessaire pour cela que les affections sous-jacentes soient graves. Ce pourrait être quelqu'un souffrant d'asthme bien contrôlé.

Mais c'est là quelque chose qui nous préoccupe réellement car il s'agit de pouvoir dispenser un traitement efficace et, en fin de compte, vacciner le plus grand nombre possible afin de prévenir cela.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

La présidente: Nous allons maintenant passer à Mme Duncan.

Mme Kirsty Duncan: Merci, madame la présidente.

Docteur Butler-Jones, vous avez dit que les provinces dispensent les vaccins dans un délai de sept à dix jours après réception, mais connaissons-nous les chiffres réels? Y a-t-il un système de suivi? Pouvons-nous dire qu'en Ontario, comparé à l'Alberta, il y a eu tel nombre de vaccins administrés?

Dr David Butler-Jones: Ces chiffres sont recueillis au fur et à mesure. Encore une fois, on met davantage l'accent sur l'administration du vaccin que sur le comptage. Mais chaque vaccination est documentée, avec notamment la saisie des numéros de lots, etc. au cas où des problèmes apparaissent. Nous finirons par avoir ces chiffres pour tout le pays.

Comme je l'ai dit, le Nunavut a annoncé aujourd'hui qu'il a couvert 60 p. 100 de sa population. Nous attendons des provinces qu'elles nous indiquent leurs chiffres au fur et à mesure, mais elles nous disent qu'elles sont en train de s'organiser et qu'elles pourront administrer toutes les quantités de vaccins qui deviendront disponibles.

Mme Kirsty Duncan: Je sais que vous avez dit que vous continuez d'espérer que 75 p. 100 de la population soit vaccinée d'ici Noël. Est-ce exact?

Dr David Butler-Jones: L'hypothèse de planification était que 75 p. 100 de la population soit vaccinée. J'espère plus, évidemment. Nous sommes presque sûrs d'avoir suffisamment de vaccins pour y parvenir d'ici la fin de l'année.

La présidente: Aimeriez-vous ajouter quelques mots, docteur Gully?

Dr Paul Gully: Puis-je ajouter un mot à cela? Comme je l'ai indiqué, nous avons de bons chiffres sur la couverture dans les collectivités des premières nations. Nous avons appris que l'obtention du formulaire de consentement, l'enregistrement et la saisie de ces renseignements qui peuvent être communiqués par fax à une administration sanitaire régionale et à la province, et la compilation de tout cela, requiert effectivement un effort énorme.

Il est sûr que dans le cas des grosses provinces, cela signifie qu'il faudra du temps pour avoir les chiffres de couverture. Je suis sûr que nous les aurons, mais cela prendra du temps. Nous savons que piquer les bras des gens est un élément de ce travail, mais il y en a beaucoup d'autres.

•(1720)

Mme Kirsty Duncan: Merci, docteur Gully.

L'une des choses que j'essaie de comprendre, et peut-être pouvez-vous m'aider, c'est le fait que l'exécution a toujours été le gros problème. Lorsque nous avons commencé à planifier pour le H1N1, la grande question était de savoir comment administrer les vaccins à autant de gens que possible dans le délai le plus court possible. Il était question de centres de triage, il était question de médecins et d'une combinaison. Je me demande quelle supervision il y a eu pour assurer que l'exécution soit efficace. Voilà une question.

L'autre aspect est que nous avons affaire à une technologie des années 1950. Je crois que nous savons qu'il pourrait y avoir des ralentissements. Quel était le plan de circonstance en anticipation de ces ralentissements et comment pouvons-nous changer le système pour l'avenir?

Dr David Butler-Jones: Peu importe qu'il s'agisse d'une grosse ou d'une petite vague, nous tirons toujours les leçons pour voir ce que l'on pourrait faire différemment la prochaine fois. Chaque juridiction a son expérience, ses responsabilités et son intérêt à faire les choses aussi rapidement et efficacement que possible. Elles se sont adaptées très rapidement.

Mme Kirsty Duncan: Y avait-il une supervision fédérale...

Dr David Butler-Jones: En gros, c'est une compétence provinciale. La supervision fédérale consiste à essayer de coordonner et faire en sorte que les outils et les renseignements voulus soient disponibles, que nous ayons un vaccin sûr et efficace aussi rapidement que possible, que nous ayons des stocks communs, que nous ayons des plans en place et que toutes ces choses se fassent. Au bout du compte, nous avons des professionnels de la santé publique dans chaque juridiction du pays. Nous avons des ministres, nous avons des gouvernements, nous avons d'autres services, et tous possèdent toute la compétence requise pour exécuter cela.

Mme Kirsty Duncan: Docteur Butler-Jones, je comprends cela. Je parlais à un groupe cette semaine et il régnait une certaine frustration sur les premières lignes. Comme chacun ici s'efforce de le dire, ces gens-là font un excellent travail, mais ils estiment avoir élaboré leur plan pendant plusieurs années et ils prévoyaient que le gouvernement fédéral serait responsable de la distribution. Lorsqu'il y a eu des ralentissements, cela a compliqué les choses pour eux.

Quelle est la supervision et quel est le plan de circonstance pour les aider?

Dr David Butler-Jones: En ce qui concerne le ralentissement, aucun fabricant du monde n'a produit autant de vaccins et aussi rapidement qu'on l'espérait. Nos cousins américains, avec cinq fabricants, ont moins de vaccins per capita que nous, et pour l'avenir...

Mme Kirsty Duncan: Mais c'est là une affaire de technologie.

Dr David Butler-Jones: Eh bien, l'une des choses que nous faisons, c'est que nous utilisons un adjuvant qui nous donne quatre doses pour une et confère une excellente immunité, même chez ceux qui normalement ne développent pas une bonne immunité. C'est là la génération suivante de vaccins contre la grippe.

Donc, s'agissant de voir ce que nous pouvons faire de différent à l'avenir, nous allons évidemment revoir tous ces aspects pour voir ce que nous pourrions faire, comme le fera chaque province et territoire, et chaque administration sanitaire locale qui va aussi examiner comment les choses se sont passées, et d'ailleurs elles l'ont déjà fait car nous avons vu avec quelle rapidité elles ont modifié leurs programmes en réponse aux constats effectués lors des deux premières semaines de la campagne.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod: Merci, madame la présidente.

J'ai été plutôt étonnée, je dois le dire, d'entendre ma collègue parler de technologie des années 1950. À mes yeux, il est tout à fait étonnant que nous ayons un nouveau virus et que nous ayons pu l'identifier et créer un vaccin efficace. Nous avons éprouvé l'innocuité de ce vaccin et nous avons organisé une production et distribution massives. Tout cela en l'espace de sept petits mois seulement. Donc, même si nous avons rencontré quelques écueils sur le chemin, je pense que nous pouvons être reconnaissants que notre système médical possède cette capacité et que nous ayons votre agence pour superviser le tout.

Je pense que si l'on considère l'avenir... Dans certaines des discussions que nous avons eues lors de nos séances précédentes, nous avons évoqué l'utilité, peut-être, d'un dossier électronique médical complet et envisagé les possibilités futures d'un « *medical home* », mais je tiens à vous féliciter du travail accompli jusqu'à présent.

J'ai deux questions. La première s'adresse à Mme Chatigny.

Vous faites un travail de communication considérable. Avez-vous un mécanisme qui vous permet d'évaluer au fur et à mesure l'efficacité de ces activités?

• (1725)

Mme Elaine Chatigny: Oui. En particulier, dans le cadre de la politique de communication du gouvernement du Canada, nous effectuons des évaluations de toutes nos activités de marketing, des principales activités de marketing, si bien que nous avons en place des plans pour aller déterminer sur le terrain dans quelle mesure les activités de marketing ont approfondi les connaissances et la

sensibilisation du public. Bien sûr, il pourrait y avoir d'autres activités de communication dans les mois à venir, et là encore nous effectuerons cette évaluation.

Toutes les activités dans la sphère de communication globale ne font pas l'objet d'une évaluation formelle. Par exemple, comment pourrait-on évaluer les 46 conférences de presse que le ministre et le Dr Butler-Jones ont données, et dans quelle mesure leur message a bien été capté et disséminé, sinon par des analyses de médias ou ce genre d'évaluation qui n'est pas très rigoureux du point de vue méthodologique?

Nous faisons donc appel à différents moyens pour comprendre comment le message est disséminé et reçu. Nous avons également des évaluations courantes pour repérer les changements de comportement intervenus par suite de nos communications. Nous savons qu'un plus grand nombre de Canadiens disent avoir changé de comportement, se lavant souvent les mains, toussant dans leur manche et restant chez eux lorsqu'ils sont malades. Nous constatons des progrès à cet égard. Nous suivons donc les changements de comportement et déterminons dans quelle mesure nos annonces et notre travail ont été remarqués.

Par exemple, suite à la brochure qui vous a été remise aujourd'hui, qui a été distribuée à 10 millions de ménages, nous savons que près de 400 000 Canadiens ont appelé Service Canada, dont 61 p. 100 après avoir lu la brochure. Nous disposons donc de toute une série de moyens pour déterminer si nos messages sont reçus, lus, compris et suivis d'effet.

Mme Cathy McLeod: Merci.

Ma question suivante porte sur le vaccin sans adjuvant dont nous avons une quantité plus grande que nous n'avons de femmes enceintes. Si vous en avez déjà parlé, cela m'a peut-être échappé. Est-ce que ce vaccin est maintenant distribué à la population générale? Que se passe-t-il à cet égard?

Dr David Butler-Jones: Oui, il a déjà été distribué. Nous avons constaté heureusement avec le vaccin sans adjuvant que chez ceux ayant un bon système immunitaire — les adultes ayant un bon système immunitaire — il donne un pourcentage d'augmentation des anticorps de 90 et plus, si bien que nous avons deux vaccins très efficaces pour cette population.

Il n'est pas adapté aux personnes âgées et pas adapté aux enfants, en ce sens qu'il ne produit pas une immunité suffisante, ni à eux qui sont immunodéficients, mais pour les autres... Il fait donc maintenant partie de l'assortiment, et une grande partie en a déjà été distribuée, sauf que nous avons gardé une réserve en cas de besoin pour administrer à d'autres femmes enceintes.

Mme Cathy McLeod: Notre attention se porte surtout sur le H1N1, mais nous ne négligeons pas ce que nous appelons la grippe ordinaire. Est-elle en train de circuler? Je ne sais pas quelle souche particulière vous escomptez cette année. Voyez-vous les prémisses d'une saison de grippe ordinaire?

Dr David Butler-Jones: Pas encore. Presque tous les cas de grippe que nous voyons sont le fait de la souche pandémique H1N1.

Il est en fait encore tôt pour une saison de grippe ordinaire. Nous verrons peut-être un retour de l'influenza B ou du H3N2, mais il est peu probable que nous voyons un retour de l'ancienne souche saisonnière H1. Je pense que c'est peu probable. Nous ne verrons peut-être pas beaucoup de H3N2. Je m'inquiète de la grippe B, car habituellement elle arrive tard dans la saison et peut être un problème. Elle aussi est couverte par le vaccin de la grippe saisonnière.

Nous surveillons de très près, mais pour le moment, c'est presque exclusivement de la grippe H1. Mais il circule aussi d'autres virus qui causent des rhumes et des symptômes analogues à la grippe. Ils ne causent pas autant de désagrément que la grippe, mais ils existent.

Mme Cathy McLeod: L'Australie a traversé tout cela avant nous. Est-ce que là-bas les deux souches ont coïncidé? Comment cela s'est-il passé en Australie cette année?

• (1730)

Dr David Butler-Jones: Lorsque nous avons dû prendre toutes les décisions sur le vaccin contre la grippe saisonnière, etc., la plupart des pays de l'hémisphère sud rencontraient les deux. Mais au fur et à mesure que la saison avançait, le H1 a pratiquement pris la place de presque toutes les autres souches de grippe A, selon le pays. Certains pays ont eu les deux.

Il est impossible de prédire ce que nous allons voir ultérieurement. Du fait que nous protégerons les gens contre le H1, est-ce que nous verrons le retour d'une autre grippe saisonnière? Verrons-nous la souche B, qui apparaît normalement au printemps? Encore une fois, nous nous préparons à toutes les éventualités. Heureusement, nous avons les deux vaccins.

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones, docteur Gully et madame Chatigny. Nous apprécions réellement le temps que vous consacrez au comité. Je sais que vous êtes extrêmement occupés. Vos connaissances expertes sont rassurantes et votre maîtrise de la situation est étonnante.

Merci infiniment d'être venus nous rencontrer.

Dr David Butler-Jones: C'est toujours un plaisir. Merci.

La présidente: La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

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

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

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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