



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 010

Le mercredi 2 mars 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mercredi 2 mars 2022

• (1620)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 10^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Aujourd'hui, nous siégerons jusqu'à environ 18 heures, heure de l'Est, pour entendre des témoins dans le cadre de notre étude sur les effectifs du secteur de la santé au Canada. Je crois comprendre que Mme Tomblin Murphy doit nous quitter à 17 h 40. Que ceux qui ont des questions à lui poser le fassent avant.

La séance d'aujourd'hui se déroule en mode hybride, conformément à l'ordre que la Chambre a adopté le 25 novembre 2021. Tous les membres du Comité sont présents dans la salle, mais les témoins participent au moyen de l'application Zoom. Ils voudront bien éviter de prendre des photos ou des saisies de leur écran.

Nous respecterons toutes les directives sanitaires du Bureau de régie interne et des autorités de la santé publique.

Je peux informer les membres du Comité que tous les témoins d'aujourd'hui se sont prêtés aux tests de connexion requis avant la séance.

Pour commencer, je souhaite la bienvenue aux témoins. Chaque organisation a cinq minutes pour faire sa déclaration liminaire avant que nous ne passions aux questions.

Chers collègues, nous accueillons Geraldine Vance, présidente-directrice générale de la British Columbia Pharmacy Association. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est représentée par Michael Villeneuve, directeur général, et Gail Tomblin Murphy, vice-présidente à la recherche, à l'innovation et à la découverte, et infirmière en chef de Santé Nouvelle-Écosse. Du Centre des sciences de la santé de Kingston, nous recevons le Dr David Pichora, président-directeur général. Enfin, le Dr Adam Kassam, président, et le Dr James Wright, chef de l'économie, des politiques et de la recherche, représentent l'Association médicale de l'Ontario.

M. Michael Barrett (Leeds—Grenville—Thousand Islands et Rideau Lakes, PCC): Monsieur le président, il y aura un autre vote, semble-t-il. Au lieu d'interrompre les témoins, serait-il possible de demander le consentement unanime pour que nous puissions poursuivre la séance pendant l'appel du timbre? Les députés pourront voter par voie électronique, en faisant une courte pause jusqu'à ce que nous obtenions le résultat.

Le président: Merci, monsieur Barrett.

Y a-t-il consensus pour que nous poursuivions les travaux pendant la sonnerie et que nous suspendions brièvement la séance pour que les députés puissent voter au moyen de l'application?

Des députés: D'accord.

Le président: Très bien. Merci, monsieur Barrett.

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Monsieur le président, j'aimerais intervenir à ce sujet.

Pour aujourd'hui, cela me convient, parce que nous avons déjà entamé la séance. Cela dit, ma whip m'a demandé de vous dire que le droit de voter à la Chambre est un privilège. Si quelqu'un voulait le faire, il faudrait le respecter.

Aujourd'hui, j'ai la permission de voter au moyen de l'application, mais, à l'avenir, je devrai me rendre à la Chambre.

Le président: D'accord, c'est clair.

Je vous remercie.

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre les témoins, que je tiens tout d'abord à remercier de leur patience. Le retard, comme ils le savent, a été causé par la tenue d'un vote à la Chambre. Les députés viennent de convenir par consentement unanime d'éviter tout autre retard. Le prochain vote n'occasionnera qu'une brève interruption. Merci de votre patience et de votre présence parmi nous.

Nous allons commencer par les déclarations liminaires, en commençant par celle de Mme Vance.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Geraldine Vance (présidente-directrice générale, British Columbia Pharmacy Association): Je tiens à souligner que je m'adresse à vous aujourd'hui à partir des territoires traditionnels des Premières Nations Squamish, Tsleil-Waututh et Musqueam.

La pandémie de COVID a mis en évidence les faiblesses de notre système de soins et la résilience de ceux qui dispensent ces soins. Depuis deux ans, ils s'efforcent de répondre aux exigences sans précédent que la pandémie leur impose. Il est clair que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent renouveler leur engagement à fournir le soutien nécessaire pour veiller à ce que le Canada ait des médecins, des infirmières et d'autres fournisseurs de soins prêts à affronter une autre crise de santé de la même ampleur si elle devait survenir.

La B.C. Pharmacy Association se félicite du travail du Comité, qui essaie de trouver les moyens indispensables de recruter et de maintenir en poste une équipe diversifiée de professionnels de la santé d'un bout à l'autre du Canada.

Aujourd'hui, j'entends expliquer le point de vue de ma province, la Colombie-Britannique, sur la résilience dont les pharmaciens communautaires ont fait preuve.

Comme les membres du Comité le savent pertinemment, la Colombie-Britannique a été très durement touchée depuis que la pandémie de COVID-19 a éclaté. Cette urgence sanitaire s'est ajoutée à un autre problème urgent de santé publique en Colombie-Britannique, la crise des opioïdes. De surcroît, la province a dû faire face à une série inouïe de catastrophes: incendies de forêt, dômes de chaleur, inondations cataclysmiques. Tout cela a ajouté aux tensions auxquelles le système de soins de la province était soumis. Il est tout à l'honneur des travailleurs de la santé que, malgré la multiplicité des obstacles, tous les habitants de la province aient reçu les soins dont ils avaient besoin.

Nous savons tous que les travailleurs de la santé en ont payé le prix fort. Ils sont épuisés et ils doivent pouvoir compter que les gouvernements mettront en place des plans pour mieux préparer à affronter la prochaine crise. Un élément clé de cette préparation fait justement l'objet des travaux du Comité: le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé.

Lorsque la Colombie-Britannique est entrée en état d'urgence sanitaire, en mars 2020, avec un confinement qui s'est étendu à tous les services sauf ceux qui ont été jugés essentiels, les pharmacies ont été les seuls établissements de soins communautaires auxquels les patients pouvaient accéder en personne. Les pharmaciens se sont rapidement adaptés pour répondre aux besoins de leurs patients.

La Colombie-Britannique compte plus de 1 400 pharmacies communautaires réparties dans 158 villes et localités, et presque toutes les collectivités ont une pharmacie à moins de 30 minutes de route. Les pharmacies sont depuis longtemps un point de contact de première importance pour les patients en quête de soins. Une étude de 2018 a révélé que les pharmaciens communautaires voient leurs patients de 1,5 à 10 fois plus souvent que leurs médecins de première ligne, et nous savons que ce nombre a grimpé en flèche au cours des deux dernières années. Cela signifie que de plus en plus de patients font appel à leur pharmacien pour répondre aux questions et combler les lacunes des soins en personne.

Selon un sondage national mené en 2021, 90 % des Canadiens sont d'avis que les pharmacies et leurs professionnels ont été essentiels pendant la pandémie de COVID-19. Trois Canadiens sur quatre ont dit que les pharmaciens jouaient un plus grand rôle dans la prestation des services de santé qu'ils ne le faisaient avant la pandémie. D'après ce même sondage, 93 % des Canadiens feraient confiance aux pharmaciens comme premier point de contact avec le système de santé.

Certes, les pharmaciens communautaires jouent un certain nombre de rôles essentiels, mais ils peuvent et devraient en faire beaucoup plus. Malheureusement, le champ d'exercice des pharmaciens varie grandement d'une province à l'autre. La couverture est donc hétéroclite, si bien que les patients de différentes administrations n'ont pas tous le même accès aux soins.

Dans six provinces et un territoire, les pharmaciens peuvent prescrire des médicaments pour des maladies spontanément résolutive comme les malaises provoqués par un rhume et comme l'acné. Ces affections sont faciles à traiter et le patient peut les reconnaître lui-même. À notre avis, il faudrait adopter pour les pharmaciens un champ de pratique national qui garantirait que tous ces profession-

nels sont en mesure d'offrir les mêmes soins à la hauteur de leur niveau maximal d'expertise, ce qui englobe le droit de prescrire des médicaments. Cela est particulièrement important dans les collectivités rurales et éloignées qui ont toujours de la peine à attirer des médecins et d'autres professionnels de la santé. Si les pharmaciens pouvaient exercer pleinement leur profession, ce serait utile à la fois pour les patients et les fournisseurs de soins déjà débordés.

Les gouvernements s'efforcent depuis longtemps de mettre à profit les compétences des pharmaciens communautaires et le vaste réseau de leurs pharmacies. La pandémie a donné l'occasion aux pharmaciens de montrer que le potentiel est bien là. En Colombie-Britannique, les pharmaciens ont joué un rôle essentiel dans la vaccination contre la COVID-19.

Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait verser aux provinces des fonds ciblés qui serviraient à étendre et à harmoniser un champ de pratique normalisé à l'échelle nationale. Nous recommandons que le Comité crée un forum d'engagement avec l'Association des pharmaciens du Canada et d'autres associations provinciales de pharmaciens pour élaborer une stratégie visant à mobiliser pleinement les compétences des pharmaciens communautaires.

• (1625)

Le président: Merci, madame Vance.

Nous allons maintenant écouter l'exposé de M. Villeneuve, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

M. Michael Villeneuve (directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Oui, merci beaucoup, monsieur le président.

Le président: Vous avez cinq minutes. À vous.

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

C'est à propos du débit. Je sais que les témoins n'ont pas beaucoup de temps de parole, mais leur débit est tellement rapide que cela rend le travail des interprètes difficile. Il serait préférable que les témoins ralentissent le débit afin que nous puissions comprendre davantage leurs propos et poser des questions sur les éléments qu'ils veulent faire ressortir davantage.

• (1630)

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Villeneuve, vous avez cinq minutes. Si vous les dépassez un peu, je vais vous laisser un peu plus de temps, mais nous allons vous demander de ralentir un peu pour faciliter le travail des interprètes.

Allez-y. Vous avez la parole.

M. Michael Villeneuve: Je remercie la présidence et les membres du Comité d'avoir invité l'Association des infirmières et infirmiers du Canada à comparaître.

Nous applaudissons la décision du Comité de mener cette étude importante et opportune sur les effectifs du secteur de la santé au Canada et nous espérons que son travail pourra mener à des mesures conséquentes dont nous avons grand besoin.

Je me présente: Michael Villeneuve, directeur général de l'AIIC. Je m'adresse à vous aujourd'hui à partir des terres traditionnelles des Algonquins et des Anishinabés de l'Est de l'Ontario.

J'ai le bonheur d'être accompagné de Mme Gail Tomblin Murphy, de Santé Nouvelle-Écosse, spécialiste en science des ressources humaines en santé et présidente du groupe de travail de la Société royale du Canada sur l'impact de la COVID-19 sur les effectifs infirmiers.

Monsieur le président, j'ai commencé à m'intéresser aux soins de santé comme préposé aux bénéficiaires en 1978. Au cours de mes 44 années de carrière, je n'ai jamais rien vu de semblable à ce que traverse actuellement la profession infirmière. Ce sont les quelque 450 000 infirmières et infirmiers du Canada qui aident les systèmes de santé à tenir debout, mais ils sont complètement épuisés et démoralisés. Ils sont nombreux à quitter leur emploi, voire leur profession. Quatre-vingt-quatorze pour cent d'entre eux disent éprouver des symptômes d'épuisement professionnel. Les cas d'épuisement grave chez tous les travailleurs de la santé ont presque doublé. Il y a près de 120 000 postes vacants dans les secteurs des soins de santé et de l'aide sociale, et nous avons constaté des taux alarmants de postes de personnel infirmier à pourvoir dans les hôpitaux du Canada.

Ces problèmes n'ont rien de neuf, mais ils ont été aggravés par la pandémie. Les infirmières et infirmiers dénoncent ces mêmes problèmes depuis des décennies, depuis bien avant la COVID-19. Il y a eu des études, des rapports, des recherches qui ont coûté des millions et des millions de dollars. Tous ont fait ressortir les mêmes problèmes fondamentaux, souvent, et avancé bien des solutions qui sont fréquemment les mêmes. Grâce à un travail de modélisation effectué par Mme Tomblin Murphy en 2009, l'AIIC a prédit que, dès 2022, il manquerait 60 000 infirmières et infirmiers au Canada, et nous voici maintenant en pleine crise.

Nous connaissons bon nombre des solutions qui s'imposent si nous voulons stabiliser les effectifs. Le Canada a besoin d'une stratégie pancanadienne solide et moderne des ressources humaines en santé. Il faut des fonds fédéraux ciblés supplémentaires pour aider les systèmes de santé à garder en poste et à recruter des effectifs suffisants.

Le gouvernement fédéral a un important rôle de chef de file à jouer pour assurer la viabilité du système de santé du Canada. Il doit collaborer avec les provinces et les territoires à l'élaboration de stratégies à court et à long terme.

À court terme, nous avons besoin d'incitatifs au maintien en poste des infirmières, infirmiers et autres travailleurs de la santé. Il pourrait y avoir des primes de maintien en poste, des remises de prêt, des incitatifs fiscaux. Il faudrait aussi verser des fonds supplémentaires aux provinces et aux territoires pour aider à optimiser la charge de travail des travailleurs de la santé. On pourrait par exemple avoir plus de personnel administratif dans les milieux infirmiers afin de libérer plus de temps pour les soins.

À plus long terme, l'AIIC appuie les appels en faveur d'un organisme national des effectifs de la santé qui serait chargé de recueillir des... [difficultés techniques]... de grande qualité afin d'appuyer la planification des effectifs à l'échelle régionale. L'Association recommande aussi d'intensifier les efforts de formation et d'éducation des travailleurs de la santé en augmentant le nombre de places dans les écoles de sciences infirmières et en relevant la capacité d'offrir des stages cliniques. Enfin, nous recommandons forte-

ment l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale pour les travailleurs de la santé, qui débloquerait des fonds pour le soutien en santé mentale.

Je vais conclure, monsieur le président, en disant que, dans une salle d'urgence, l'une des premières interventions consiste à stopper l'hémorragie. C'est ce dont le système de santé du Canada a besoin maintenant. Il faut des interventions urgentes et radicales, avec prise d'effet immédiate, puis une stratégie à volets multiples pour nous attaquer aux problèmes complexes des effectifs du secteur de la santé au Canada.

Merci, monsieur le président. Mme Tomblin Murphy et moi-même essaierons de répondre à vos questions.

Le président: Merci, monsieur Villeneuve.

Passons maintenant au représentant du Centre des sciences de la santé de Kingston.

Docteur Pichora, vous avez la parole. Cinq minutes.

Dr David Pichora (président-directeur général, Centre des sciences de la santé de Kingston): Bonjour.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, merci de m'avoir invité. Je m'adresse à vous aujourd'hui en tant que PDG d'un hôpital tertiaire, chirurgien orthopédiste et professeur à l'Université Queen's.

Comme les autres hôpitaux de même niveau, le Centre des sciences de la santé de Kingston a de nombreux rôles complexes et intégrés à jouer. Il est à la fois un hôpital communautaire et un grand centre universitaire régional offrant des services tertiaires spécialisés aux collectivités urbaines, rurales et éloignées dans une vaste région de l'Est et du Nord de l'Ontario. Pendant la pandémie, nous avons doublé la capacité de nos unités de soins intensifs et nous sommes devenus un partenaire d'un réseau de soins intensifs, « Équipe Ontario », qui sauve des vies. Nous avons accepté environ 150 patients gravement malades de la région du Grand Toronto, des communautés autochtones du Nord et de la Saskatchewan.

De plus, avec l'Université Queen's et le Collège St. Lawrence, nous formons un grand nombre de médecins, d'infirmières, de thérapeutes et de technologues. Nous avons établi des partenariats novateurs, comme le Weeneebayko Area Health Authority, financé par les gouvernements fédéral et provincial, et le programme de l'Université Queen's et du CSSK qui donne accès à la gamme complète des services de santé et à la formation des travailleurs de première ligne dans la région de la baie James. Comme d'autres hôpitaux tertiaires, nous avons un institut de recherche qui collabore aux travaux sur les soins de santé avec l'Université Queen's et avec d'autres universités du Canada et du monde entier. Tous les médecins traitants du CSSK enseignent à l'Université Queen's.

Au-delà de rôles directs dans la prestation des soins, le leadership et l'innovation, les hôpitaux ont un impact économique important. Nous sommes des employeurs de première importance dans nos communautés. Nous appuyons une foule de chaînes d'approvisionnement affiliées, le secteur pharmaceutique et l'industrie des appareils médicaux, et nous sommes un moteur de la recherche-développement.

D'autres témoins qui ont comparu devant le Comité ont expliqué comment la pandémie a mis en évidence et aggravé les lacunes en ressources humaines et l'épuisement professionnel, problème qui sévit depuis longtemps dans le secteur des soins de santé. Le Canada n'est pas le seul à en être là. Les États-Unis, par exemple, connaissent des niveaux élevés d'épuisement professionnel, avec des déficits prévus de 122 000 médecins et de 1,2 million d'infirmières. D'autres pays se livreront une concurrence féroce pour attirer nos meilleurs chercheurs et cliniciens. Nous devons cesser de former des travailleurs réglementés de la santé pour les céder ensuite à l'étranger et veiller à ce que ces travailleurs précieux soient en mesure de vivre et de travailler au Canada et encouragés à le faire.

Ceux d'entre nous qui travaillent en première ligne dans les hôpitaux ont été témoins de deux décennies de désinvestissement, soumis à des pressions constantes pour réduire les dépenses, faire diminuer le nombre de lits et détourner des ressources rares vers des établissements de santé communautaires et indépendants. Comme les ressources humaines du secteur de la santé accaparent 70 % du budget des hôpitaux, les compressions budgétaires entraînent forcément des réductions de personnel.

La pandémie qui continue de sévir a mis en évidence le rôle essentiel que jouent les hôpitaux dans le rendement du système de santé et l'optimisation des ressources. Pendant la pandémie, ils ont été l'élément central de notre système de santé. Nous avons secouru des foyers de soins de longue durée, nous avons été le point d'ancrage des centres de prévention et de contrôle des infections, nous avons fourni de l'équipement de protection individuelle aux partenaires communautaires, créé des cliniques d'évaluation et de vaccination, créé et adopté des plateformes numériques et virtuelles, défini et proposé des rôles élargis pour atténuer les pénuries de RHS, et nous nous sommes adaptés pour créer de nouveaux services de soins intensifs et une capacité supplémentaire d'hospitalisation. Toute intervention future visant à relever les défis liés aux RHS et au rétablissement après une pandémie doit reconnaître, respecter et appuyer les contributions des hôpitaux.

Monsieur le président, à l'Hôpital général de Kingston, certains employés travaillent toujours dans le bâtiment où a eu lieu la toute première séance du Parlement du Canada, en 1841. Pour attirer et retenir les meilleurs éléments, nous devons combler les déficits croissants en matière d'infrastructure et moderniser nos installations et notre équipement qui prennent de l'âge. Si nous voulons atténuer le problème d'épuisement professionnel, il faut que les travailleurs de la santé aient le sentiment que leur travail a un sens et puissent s'épanouir tout en ayant un espace de travail adéquat et un équilibre satisfaisant entre le travail et leur vie personnelle.

Si nous voulons atteindre ces objectifs, il nous faut des hôpitaux dotés d'équipement moderne. Le gouvernement de l'Ontario prend des mesures pour investir dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, mais il faudra beaucoup plus pour assurer des soins sécuritaires et de grande qualité. Pour relever un défi de cette ampleur en matière de ressources humaines et d'infrastructure, il faut que le gouvernement fédéral prenne un engagement et des mesures stratégiques.

Merci.

• (1635)

Le président: Merci, docteur Pichora.

Maintenant, le représentant de l'Association médicale de l'Ontario.

Docteur Kassam, c'est vous qui allez prendre la parole?

Dr Adam Kassam (président, Association médicale de l'Ontario): Oui.

Le président: Bienvenue au Comité. Les cinq prochaines minutes sont à vous.

Dr Adam Kassam: Bonjour. Je m'appelle Adam Kassam. Je suis président de l'Association médicale de l'Ontario. Je suis accompagné du Dr James Wright, chef du département de l'économie, des politiques et de la recherche de l'AMO.

Au nom des 43 000 médecins, résidents et étudiants en médecine de l'Ontario, je vous remercie de me donner l'occasion de présenter le point de vue des médecins sur le plus grand risque immédiat pour la viabilité des soins de santé au Canada, soit l'épuisement des professionnels de la santé.

L'épuisement des médecins est principalement causé par les facteurs de stress en milieu de travail, notamment l'inefficacité des méthodes et du milieu de travail, et le fardeau administratif. Autrement dit, ce sont les inefficacités et les obstacles propres au système de soins et le fait de ne pas pouvoir prendre soin des patients qui contribuent le plus à l'épuisement. En fait, l'AMO a mis sur pied un groupe de travail sur l'épuisement professionnel en 2019. Ses objectifs étaient de sonder les médecins, les résidents et les étudiants en médecine de l'Ontario pour comprendre l'ampleur du problème et ensuite de trouver des solutions précises.

En mars 2020, avant la pandémie, une proportion renversante de 29 % des médecins de l'Ontario déclaraient des niveaux élevés d'épuisement professionnel, tandis que les deux tiers disaient ressentir un certain niveau d'épuisement. En mars 2021, un an après le début de la pandémie, ce chiffre était encore plus élevé, car 35 % éprouvaient des niveaux élevés d'épuisement et près des trois quarts se disaient atteints d'un certain épuisement professionnel.

Les médecins de l'Ontario devront travailler pendant des années au-delà de leur capacité normale simplement pour résorber l'arriéré occasionné par la pandémie, car plus de 21 millions de services médicaux ont été retardés. Et cela ne tient pas compte des efforts à déployer pour réduire les temps d'attente qui affligent le système depuis des décennies. Tenter d'atteindre cet objectif sans rien changer au système existant ne fera qu'aggraver le problème de l'épuisement professionnel. Les médecins sont incroyablement dévoués envers leurs patients, mais vient un moment où la tension est intenable, ce qui en amène certains à réduire leur charge de travail, à prendre une retraite hâtive ou même à abandonner complètement la médecine. La perte de médecins expérimentés et dévoués ne fera qu'aggraver la situation pour les médecins qui restent.

Le maintien en poste et le recrutement de médecins sont primordiaux, étant donné qu'un million d'Ontariens n'ont pas de médecin de famille pour l'instant. Le manque de médecins est encore plus criant dans le Nord du Canada. Aujourd'hui, le Nord de l'Ontario connaît une grave pénurie d'au moins 325 médecins, dont des médecins de famille, des psychiatres, des anesthésistes et des médecins qui ont une sous-spécialité. Dans certaines collectivités, les carences des services sont graves.

Le groupe de travail de l'AMO sur l'épuisement professionnel a défini les cinq mesures systémiques les plus importantes à prendre pour atténuer le problème d'épuisement et favoriser le maintien en poste et le recrutement: premièrement, simplifier et alléger le travail de documentation et administratif exigé; deuxièmement, assurer une rémunération juste et équitable pour tout le travail effectué; troisièmement, assurer un meilleur équilibre entre le travail et la vie personnelle en apportant des changements aux politiques d'organisation; quatrièmement, promouvoir l'intégration transparente des outils numériques dans les flux de travail des médecins; et enfin, fournir un soutien institutionnel pour assurer le mieux-être des médecins.

Ce sont tous des problèmes qui tiennent au système. Nous devons collectivement et en collaboration repenser notre système de soins afin qu'il ne contribue pas à l'épuisement professionnel.

En fait, en Ontario, nous avons élaboré un plan pour résoudre les problèmes du système. Le document de l'AMO intitulé *Prescription for Ontario : Doctors' 5-Point Plan for Better Health Care* été publié récemment, c'est-à-dire en octobre 2021. Il se trouve sur le site Web betterhealthcare.ca. Il propose une feuille de route en 87 recommandations regroupées autour de cinq grands thèmes afin de réaliser des améliorations significatives et durables pour l'ensemble du système de santé sur les plans de l'accès, de l'équité, de l'efficacité et de l'intégration.

Comme l'indique son document, l'AMO appuie fermement la demande des premiers ministres provinciaux qui veulent faire passer immédiatement le Transfert canadien en matière de santé de 22 à 35 % des dépenses provinciales et territoriales en soins de santé. Les provinces et les territoires disposeront ainsi des ressources nécessaires pour apporter des améliorations à leurs systèmes respectifs.

Les médecins de l'Ontario recommandent également d'autres mesures fédérales immédiates pour atténuer le problème d'épuisement professionnel et accroître le maintien en poste et le recrutement. Elles comprennent ce qui suit, mais sans s'y limiter. Premièrement, inciter des médecins à exercer leur profession dans le Nord en leur offrant un allègement fiscal fédéral de 15 %.

Deuxièmement, financer Inforoute Santé du Canada pour développer des interfaces de programmation, ou API, de façon à relier les systèmes de dossiers médicaux électroniques utilisés dans chaque province. Le couplage permettrait l'échange d'information entre médecins. Le manque d'interopérabilité est maintenant, dans les services de santé numériques, l'un des facteurs les plus courants associés à l'épuisement professionnel.

Enfin, appuyer l'élaboration de lignes directrices sur la pertinence des soins virtuels par les sociétés nationales de spécialistes. Elles travailleraient ensemble pour examiner toutes les interventions propres à leur profession et voir lesquelles peuvent se prêter au mode virtuel et lesquelles exigent la présence en personne. Appuyer l'élaboration de ces lignes directrices réduirait la fatigue décisionnelle chez les médecins et favoriserait des soins équitables, adaptés et de grande qualité d'un bout à l'autre du Canada.

Un système de soins de santé financé par l'État et universellement accessible est une valeur canadienne centrale. Au nom de tous les professionnels de la santé de l'Ontario, l'AMO implore le gouvernement fédéral de fournir les outils et les ressources dont la province a besoin pour apporter des changements durables et significatifs. Si nous ne pallions pas les difficultés du système de soins, nous

ne réglerons jamais le problème de l'épuisement professionnel. Les médecins et les autres professionnels de la santé comptent sur vous. Les Canadiens n'ont certainement pas le temps d'attendre.

Merci. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

• (1640)

Le président: Merci, docteur Kassam.

Nous allons maintenant passer aux questions. Madame Kramp-Neuman, du Parti conservateur, vous avez six minutes.

Mme Shelby Kramp-Neuman (Hastings—Lennox and Addington, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier tous les témoins qui ont accepté de participer au débat d'aujourd'hui et à la vie démocratique et qui nous font profiter si volontiers de leur temps et de leurs compétences.

Je m'adresserai d'abord au Dr Pichora, de Kingston. Mais avant de lui poser des questions précises, je prendrai quelques minutes pour souligner que, sous sa conduite, le Centre des sciences de la santé de Kingston a réuni avec bonheur deux des plus anciens hôpitaux canadiens toujours en activité. Comme il l'a dit, le Dr Pichora est le président-directeur général du Centre des sciences de la santé de Kingston, un établissement tertiaire universitaire au service de tous les Ontariens. Il est un chirurgien orthopédiste respecté, PDG et professeur. Il est un vrai pionnier dans son domaine.

Félicitations et merci pour tout le travail que vous avez accompli, docteur Pichora.

Voici ma première question: aujourd'hui, pourriez-vous nous parler de la complexité et des coûts des services hospitaliers? La pénurie de médecins se fait particulièrement sentir dans les régions rurales, comme dans ma circonscription, celle de Hastings—Lennox and Addington. Le besoin de professionnels hautement spécialisés n'a jamais été aussi grand.

De plus, pourriez-vous nous en dire davantage sur l'interconnectivité dans notre système de soins ainsi que sur l'interdépendance des hôpitaux et des services communautaires?

• (1645)

Dr David Pichora: Merci. Je vais essayer de répondre à vos questions.

Les hôpitaux sont des organismes très complexes et très intégrés, je dirais. L'ampleur du travail finement ajusté qui fait intervenir diverses équipes est proprement étonnante. Certaines interventions chirurgicales ne sont qu'un exemple de ce qu'il faut pour offrir ce service, avec des médecins hautement spécialisés, des infirmières, des techniciens qui font fonctionner les divers systèmes de maintien des fonctions vitales, etc.

Nous sommes la partie la plus coûteuse du système de soins. C'est une ressource tellement précieuse que nous ne pouvons nous permettre aucun gaspillage. Nous essayons d'être de très bons gestionnaires des ressources que nous recevons. Les patients sont au cœur de tout cela. Tout ce que nous faisons nécessite l'intervention humaine. Il est indispensable d'avoir un effectif solide et compétent. C'est essentiel à notre rôle dans le système.

Nous ne sommes pas entièrement centrés sur nous-mêmes. Bien que nous soyons également l'hôpital communautaire de la région de Kingston, comme le seraient de nombreux hôpitaux, nous offrons une vaste gamme de services complémentaires, y compris des services de dialyse dans votre collectivité. Nous avons des centres satellites de dialyse à Moose Factory, à l'hôpital général de Weeneebayko, à la baie James. Ce n'est qu'un exemple qui illustre la complexité des réseaux. Le traitement du cancer en est un autre. C'est un système très largement réparti. Même si nous sommes peut-être la plaque tournante de bon nombre de ces activités et l'endroit où sont dispensés les soins les plus complexes, nous appuyons les services dans toute la région.

L'Ontario Stroke Network en est un excellent exemple. Il est devenu un réseau très efficace et il a changé la vie de patients qui, par le passé, avaient un pronostic très sombre dans bien des cas. Grâce à la rapidité du diagnostic, du transport et de l'intervention rapide, nous sommes en mesure d'inverser les effets des accidents vasculaires cérébraux sur la vie et d'ouvrir aux patients des perspectives beaucoup plus prometteuses. C'est un exemple qui montre la complexité et les coûts de la gestion d'un système de soins de santé et le rôle des hôpitaux.

Pour ce qui est de l'interconnexion, la plupart des hôpitaux sont actuellement engorgés. Certainement. Cela s'explique par la fréquentation accrue des urgences, où se trouvent des patients dont l'état est très complexe et qui sont gravement malades, et les difficultés de l'aiguillage vers les soins à domicile et en milieu communautaire et les établissements de soins de longue durée, par exemple. D'autres ont parlé des défis liés aux ressources humaines en santé dans d'autres secteurs du système. Les hôpitaux sont également très touchés.

Nous ne pouvons pas nous concentrer sur un seul élément pris isolément; nous devons tenir compte de l'ensemble du système.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Excellent. Merci.

Le président: Il vous reste une minute, si vous la voulez, madame Kramp-Neuman.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Je vais peut-être continuer.

Il nous reste une minute, docteur Pichora.

Nous sommes aux prises avec des pénuries. La fatigue est intense. Notre système de soins était fatigué avant même la pandémie, qui a fait ressortir cet épuisement. Il n'y a pas de solution miracle; vous n'êtes pas magicien. Comment peut-on s'en sortir? Y a-t-il un ou deux points clés dont vous pourriez nous parler?

• (1650)

Dr David Pichora: Vous avez raison, il n'y a pas de solution miracle. À l'heure actuelle, ce qui nuit le plus à notre capacité de rétablir le niveau des soins, c'est la hausse du nombre de patients prêts pour un autre type de soins. Ils sont au bout de leur parcours hospitalier et attendent d'aller ailleurs: soins à domicile et en milieu communautaire, réadaptation ou soins de longue durée. À court terme, ce qui nous aiderait le plus, c'est qu'on les amène ailleurs, qu'on prenne des mesures pour renforcer la capacité communautaire, de sorte que les hôpitaux puissent s'adonner au travail qui est le leur.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Fantastique. Merci.

Le président: Merci, docteur Pichora. Merci, madame Kramp-Neuman.

C'est maintenant au tour de M. van Koeverden. Six minutes.

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

Avant de commencer, je remercie chaleureusement tous les témoins. Vous représentez les travailleurs, ceux-là mêmes qui ont soutenu nos collectivités pendant la période la plus difficile que nous ayons jamais connue. Vous êtes vraiment l'infanterie de première ligne de notre système. Votre travail est très difficile, et les Canadiens vous sont reconnaissants. Le Canada s'en est assez bien tiré si on le compare à bon nombre d'autres pays semblables, et c'est grâce à votre travail acharné et à celui de vos membres. Nous ne vous remercierons jamais assez.

J'ai une ou deux questions à poser. La première s'adresse sans doute à l'Association médicale de l'Ontario ou à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Je viens de jeter un coup d'œil sur des données qui nous ont été fournies par la Bibliothèque du Parlement. J'aime toujours voir où le Canada se situe sur la scène internationale par rapport à d'autres pays semblables. J'ai déjà été athlète, et il était toujours bon de se situer par rapport aux concurrents. Pas question d'assimiler les soins de santé à une compétition, mais il est bien de se comparer aux autres. Nous savons tous qu'il n'y a pas assez de médecins et d'infirmières au Canada, mais il est bon de savoir si leur nombre est à la hausse ou à la baisse. Les données révèlent une hausse, mais pas assez rapide. L'augmentation n'a pas été aussi forte que celle de la population. Et il est probable que les effectifs n'étaient même pas suffisants il y a 20 ans.

Il est clair, et nous sommes tous d'accord, sans doute que nous devons augmenter les effectifs. Cela tient de l'évidence, mais il faut ensuite se demander comment on doit s'y prendre.

J'ai parlé aujourd'hui avec une électrice qui est aussi une voisine et une bonne amie. Elle est préposée aux soins à la personne et voudrait devenir infirmière. Nous discutons de la façon dont elle pourrait s'y prendre. Comme elle a deux enfants, ce sera financièrement difficile pour elle. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, comment Carley peut-elle trouver le soutien nécessaire pour passer du travail qu'elle fait maintenant à celui d'infirmière?

Pourriez-vous dire un mot également de l'impact que l'immigration et la reconnaissance des titres de compétence étrangers pourraient avoir comme moyen de nous assurer les effectifs voulus pour poursuivre le travail?

M. Michael Villeneuve: Merci beaucoup de cette question, monsieur le président.

Il y a certainement eu une évolution au fil des ans pour les infirmières. On distingue quatre catégories réglementées, puis il y a un groupe non réglementé de travailleurs de soutien — et je vais utiliser l'appellation générale — qui veulent parfois passer d'un niveau ou d'un type de soins infirmiers à un autre. Par le passé, nous n'avons pas facilité la tâche de la travailleuse de soutien qui voudrait devenir infirmière auxiliaire ou infirmière autorisée, par exemple.

Il y a maintenant davantage de programmes de transition, et ils sont meilleurs qu'autrefois. Il y a une chose que nous n'avons pas faite aussi bien par le passé dans le domaine des soins infirmiers. Il fallait presque recommencer du tout début à chaque niveau lorsqu'on s'inscrivait à un programme. C'était un peu décourageant pour des gens qui étaient peut-être au sommet de leur métier à 35 ans, dans une catégorie donnée, et qui voulaient reprendre des études pour passer dans une autre. Cela a fait problème, mais on essaie de trouver des solutions.

Pour ce qui est des infirmières formées à l'étranger — et c'est la même chose pour d'autres professionnels de la santé, bien sûr —, nous entendons dire partout au Canada que bon nombre d'entre elles trouvent très difficile le processus réglementaire. Voici un exemple. Pas plus tard que la semaine dernière, j'ai discuté avec un jeune homme de Tunis qui a décroché un doctorat dans une de nos très bonnes universités et qui a vraiment du mal à franchir les étapes du processus réglementaire pour obtenir son autorisation au Canada, au point où il dit qu'il va tout simplement rentrer dans son pays d'origine au lieu de se soumettre à ce processus.

Nous croyons qu'il faut prendre des mesures pour faciliter et accélérer la démarche. Des organismes de réglementation essaient de le faire, mais il y a encore beaucoup à faire.

Je terminerai en disant que l'une des difficultés tient à la langue. Souvent, ces infirmières viennent de très bonnes universités étrangères, et elles sont très instruites, mais elles ont du mal à réussir le test de langue. Pourtant, quand je discute avec elle, je les comprends très bien.

Nous devons tous ensemble examiner tous ces obstacles qui semblent empêcher les nouveaux venus d'intégrer le système de soins de santé lorsqu'ils veulent travailler ou obtenir de l'avancement.

Je vais m'arrêter là. Merci.

• (1655)

M. Adam van Koeverden: Merci, monsieur Villeneuve.

Je pose la même question au Dr Kassam, qui porte le même prénom que moi, Adam, de l'Association médicale de l'Ontario. Pouvez-vous nous éclairer?

Dr Adam Kassam: Absolument, et merci de la question. Elle est importante.

En ce qui concerne les ressources humaines en santé, vous [*difficultés techniques*] avec ce que nous avons dit tout à l'heure. Un million d'Ontariens n'ont pas de médecin de famille. La province va accueillir des immigrants et sa population va croître. Le vieillissement démographique, déjà amorcé, va se poursuivre, ce qui entraînera fatalement un plus grand recours aux soins de santé. Non seulement la population augmente, mais elle aura aussi besoin de plus de services de santé à l'avenir.

Comment pouvons-nous aborder ce problème? Comme vous l'avez dit, nous avons besoin d'un plus grand nombre de médecins. La pénurie est évidente. C'est un problème chronique qui dure depuis un bon moment déjà.

Comment s'y prendre de façon efficace? Premièrement, il faut arrêter l'hémorragie et s'assurer de pouvoir consolider ce qu'on a pour le moment. Il faut éviter que les médecins ne quittent la province, le pays ou leur profession. Deuxièmement...

M. Adam van Koeverden: Merci, monsieur Kassam.

Je suis désolé. Je dois vous interrompre parce qu'il me faut proposer une motion, si le Comité me le permet.

Je propose:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité invite le ministre de la Santé, le ministre de la Santé mentale et des Dépendances et ministre associée de la Santé, ainsi que des fonctionnaires, à témoigner pour deux (2) heures concernant le Budget supplémentaire des dépenses (C) 2021-2022, le Budget principal des dépenses 2022-2023 et le Plan ministériel 2022-2023 pour le ministère de la Santé, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les Instituts

de recherche en santé du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada; et que cette rencontre ait lieu le lundi 21 mars 2022.

Désolé, docteur Kassam, de mon impolitesse, dont vous m'excuserez. Je dois caser trop de choses dans mes six minutes.

Dr Adam Kassam: Ce n'est pas du tout un problème. Je comprends tout à fait.

Le président: Chers collègues, il s'agit de la motion dont avis a été donné à la séance de lundi. La motion est recevable. Le débat porte sur la motion.

Monsieur Barrett, vous avez la parole.

M. Michael Barrett: Merci beaucoup, monsieur le président.

Par votre entremise, je m'adresse à M. van Koeverden. Il serait utile de savoir si nous allons recevoir les ministres et les fonctionnaires pendant toute la séance. Il arrive que les ministres se partagent la période à raison d'une heure chacun.

De plus, s'il y a beaucoup de ministres et de fonctionnaires pendant une période de deux heures, nous risquons de manquer de temps. Y a-t-il une certaine latitude quant à la période dont disposent les ministres? Il va sans dire que nous sommes heureux que les ministres acceptent de comparaître.

M. Adam van Koeverden: Merci, monsieur Barrett.

Si vous avez une préférence ou une recommandation... L'avantage de prévoir la comparution trois semaines à l'avance, c'est que les ministres, en particulier le ministre de la Santé, auront peut-être le temps nécessaire. Je crois que, à cette date, la ministre de la Santé mentale et de la Lutte contre les dépendances n'aura que très peu de postes budgétaires. Ils ne sont pas tout à fait complets, mais le ministre de la Santé aura des postes complets.

Vous avez raison de dire qu'il y aura beaucoup de monde à la séance. Si vous préférez un équilibre différent entre les fonctionnaires et les ministres, nous avons le temps d'en discuter, et j'ai le temps d'aller défendre cette idée auprès des ministres.

M. Michael Barrett: Le fait que les ministres soient disponibles pendant les deux heures... Il est important de ne pas mettre les fonctionnaires à l'écart et d'avoir la possibilité de leur poser des questions. Le fait que les ministres soient disponibles pendant deux heures et les fonctionnaires pendant une heure de plus...

D'instinct, je demanderais aux ministres de comparaître pendant trois heures. J'ai beaucoup de questions à leur poser à tous les deux, mais si nous pouvions nous concentrer sur les ministres pendant deux heures, les députés pourraient utiliser le temps comme bon leur semble et poser des questions aux fonctionnaires. Je comprends que leur temps est également précieux, mais il est un peu moins difficile d'établir leur emploi du temps que celui des ministres.

Je propose que nous disions trois heures pour les fonctionnaires et un total de deux heures pour les ministres.

M. Adam van Koeverden: Je voudrais savoir à quoi m'en tenir. Demandez-vous que la comparution s'étale sur deux séances — sur deux lundis, puisque ce sont les séances du lundi qui sont consacrées à la COVID-19 — ou une seule séance de trois heures?

Nous pouvons demander aux fonctionnaires de comparaître en même temps que les ministres le premier lundi, c'est-à-dire le 21, et peut-être les recevoir seulement pendant une heure le lundi suivant. Ou bien nous pourrions prévoir une séance de trois heures.

• (1700)

M. Michael Barrett: À la fin de la première séance, le Comité pourrait voir s'il y a lieu de convoquer les fonctionnaires le lundi suivant. Les ressources sont rares. Il pourrait être difficile d'ajouter une troisième heure, surtout si nous sommes pris par des votes ou quelque chose du genre. Il pourrait y avoir... Si nous voulons prolonger l'interrogation des fonctionnaires le lundi suivant, au besoin... L'essentiel est que les deux ministres soient disponibles pendant les deux heures de séance, comme il est prévu dans votre motion.

M. Adam van Koeverden: Oui, les ministres seront présents pendant deux heures, et je demanderai si le Comité souhaite entendre les fonctionnaires pendant une troisième heure. Par souci de clarté, je crois avoir dit que ce serait une séance consacrée à la COVID-19, mais il s'agit d'une question distincte, même si la séance a lieu le lundi.

Le président: Du point de vue de la procédure, si vous me le permettez, monsieur Barrett, la motion précise que les ministres seront ici pendant deux heures. Si, à la fin de la séance de deux heures, le Comité souhaite convoquer de nouveau les fonctionnaires pour une séance ultérieure, on pourrait présenter une motion à ce moment-là si cette nouvelle convocation s'avère nécessaire. Sur le plan de la procédure, cela convient-il?

M. Michael Barrett: Compte tenu de l'assurance que les ministres seront disponibles pendant deux heures et de vos propos, monsieur le président, je n'ai pas d'objection ni d'autres questions.

Le président: Merci.

Monsieur Lake, allez-y.

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): Quelle est la date limite à respecter pour faire rapport? Quand devons-nous terminer ce travail?

Le président: Les dates limites sont différentes pour l'étude du Budget supplémentaire des dépenses (C) et celle du Budget principal des dépenses. Comme vous le savez, cela dépend de la date du dernier jour désigné. Nous ne connaissons toujours pas la date limite dans le cas du Budget supplémentaire des dépenses (C), mais nous avons beaucoup plus de temps pour étudier le Budget principal des dépenses. Étant donné que tous les jours désignés n'ont pas encore été attribués, la date limite reste inconnue.

L'hon. Mike Lake: Dans l'esprit de la proposition de M. Barrett, peu importe la date limite, si nous décidons de convoquer des fonctionnaires, nous les convoquerons de toute façon.

Le président: Oui, le Comité est libre d'étudier le budget des dépenses même lorsque la période prévue est écoulée, mais il ne peut plus se prononcer. Il en étudie simplement l'objet.

L'hon. Mike Lake: Pendant que nous en sommes là, je veux simplement m'assurer que cela correspond bien à ce que souhaite M. van Koeverden.

D'accord.

Le président: Quelque chose à ajouter au sujet de la motion?

Vous avez la motion sous les yeux. Un simple consensus suffit-il ou faut-il un vote par appel nominal? Plaît-il au Comité d'adopter la motion telle qu'elle a été présentée?

Je constate qu'il y a consensus.

(La motion est adoptée.)

Le président: Merci.

Nous allons maintenant revenir aux questions à poser aux témoins.

[Français]

Le prochain député qui peut poser des questions est M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leurs témoignages éclairants. Une période de questions et de réponses de six minutes ne nous laissera pas le temps de tout dire.

Je vais d'abord m'adresser à vous, monsieur Villeneuve. Dans un document que vous avez fait circuler, on prévoit une pénurie de 60 000 infirmières et infirmiers au Canada d'ici 2022. C'est maintenant. Vous dites que cela avait été prédit il y a 10 ans.

Je me pose plusieurs questions là-dessus. Sur quels déterminants s'est-on basé pour prédire cela il y a 10 ans?

[Traduction]

M. Michael Villeneuve: Merci.

Monsieur le président, avec votre permission, je vais céder la parole à Mme Tomblin Murphy, qui a dirigé l'étude.

Mme Gail Tomblin Murphy (Ph.D., vice-présidente, Recherche, innovation et découverte et infirmière en chef, Santé Nouvelle-Écosse, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci, monsieur le président. Merci de me permettre d'intervenir.

Il était très clair, lorsque cette étude a été réalisée, il y a quelque temps, qu'il y avait des problèmes semblables à ceux d'aujourd'hui. Il y a une dizaine d'années, il y avait des problèmes analogues. Dans l'étude, nous nous sommes concentrés sur les besoins en matière de santé...

[Français]

M. Luc Thériault: Pourriez-vous nommer ces enjeux, s'il vous plaît?

• (1705)

[Traduction]

Mme Gail Tomblin Murphy: Oui. À l'époque, le problème, c'est que nous nous en tenions largement à l'augmentation du nombre de places — tant en soins infirmiers, par exemple, qu'en médecine — sans vraiment penser aux autres stratégies possibles, comme une stratégie qui aurait visé à garder en poste les effectifs que nous avons déjà. À l'époque, pour le maintien en poste, on appliquait des stratégies qui n'ont pas perdu leur pertinence: trouver les moyens de valoriser les travailleurs et avoir des taux et des modalités de dotation permettant d'assurer des services à la hauteur des besoins.

À cette période-là, il était également clair que nous ne discussions pas des moyens de tisser des équipes formées de différents soignants pour répondre aux besoins des patients. Cela semble bien différent selon le contexte, vous le comprenez tous, mais cela dépend aussi du cadre des soins. Comment affirmer qu'il faut un certain nombre de places en formation, par exemple, sans tenir compte de l'impact de la technologie et des gains d'efficacité dans le système, sans réfléchir à la façon de travailler avec des équipes, formées de travailleurs réglementés ou non, pour répondre aux besoins des patients, ni non plus à d'autres solutions envisageables?

Au cours de cette étude — et pour répondre à votre question —, les stratégies qui comptaient... Si nous ne faisons rien du tout, un écart se creuserait entre les besoins en matière de soins et l'offre de services. Il faut tenir compte des deux composantes: les besoins et les soins nécessaires, d'une part, et l'offre, d'autre part. Si nous ne faisons rien, il allait manquer en 2022 des effectifs de 60 000 travailleurs. Si nous avons mis en place des stratégies — comme tenir compte dans les universités des taux d'attrition, aider les étudiants dans le respect des principes d'équité, de diversité et d'inclusivité, et prendre d'autres mesures de soutien comme des incitatifs pour les étudiants et un soutien pendant l'emploi, entre autres choses —, cela aurait aidé à atténuer la pénurie.

Si nous étions allés plus loin et avons songé à des stratégies visant à garder les infirmières au travail, par exemple, en veillant à leur bonne santé physique et mentale, cela aurait aussi aidé à atténuer la pénurie. Pendant la pandémie de COVID, par exemple, nous ne nous sommes pas nécessairement occupés de ces problèmes, bien que nous en ayons pris conscience, comme les problèmes de santé mentale et autres qui continuent de hanter les infirmières, sans oublier la dégradation de la santé physique à cause de l'épuisement et de l'obligation de porter de lourdes charges, et le travail avec des équipes très réduites.

[Français]

M. Luc Thériault: Je m'interrogeais davantage sur ce qui se passait il y a 10 ans, bien avant la pandémie, et qui a mené à cette situation problématique.

Au Québec, des infirmières quittent le réseau public pour aller vers des agences privées, car cela leur permet d'avoir un meilleur contrôle sur leur horaire de travail et d'avoir de meilleures conditions de travail.

Ce phénomène n'est-il pas un indice des problèmes qui existent dans les réseaux publics? À partir de ce qui se passe, est-ce qu'il y aurait moyen de rétablir les conditions de travail que les infirmiers et les infirmières retrouvent au sein des agences?

[Traduction]

M. Michael Villeneuve: À vous, madame Tomblin Murphy.

Mme Gail Tomblin Murphy: Monsieur le président, je rappelle que les soins de santé sont un domaine de compétence non seulement fédérale, mais aussi provinciale et territoriale. Le rapport de la Société royale du Canada montre que les provinces et les territoires n'abordent pas tous l'innovation de la même manière.

Pour répondre à votre question, je dirai que, globalement, ce n'est pas un phénomène qui est apparu il y a 10 ans. Mon expérience de travail, dans l'ensemble, me dit que nous prêtons attention aux pénuries et aux lacunes dans les effectifs du secteur de la santé seulement lorsque survient une crise. La crise peut être attribuable à un financement insuffisant, à une pandémie, à une éclosion, à une me-

nace. Lorsqu'il n'y a pas de crise, les gouvernements au Canada ont souvent tendance à prendre les choses à la légère, à faire preuve de complaisance lorsqu'il s'agit d'adopter des stratégies relatives aux effectifs.

Dans l'exemple que vous avez donné, la COVID nous a aidés à comprendre que, en effet, nous devons souvent penser à d'autres dispositions et solutions pour nous assurer que tous les Canadiens reçoivent des soins.

Pendant la pandémie de COVID...

• (1710)

Le président: Merci, madame Tomblin Murphy.

C'est maintenant au tour de M. Davies. Six minutes.

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

Merci à tous les témoins d'être là.

Madame Vance, je m'adresse d'abord à vous, si vous le voulez bien. Nous savons que nous avons un problème d'accès aux soins primaires au Canada. Nous en sommes tous conscients. Par le passé, le médecin de famille était considéré comme le premier point de contact. Aujourd'hui, ce modèle est en train de céder la place à une idée plus moderne, celle d'une meilleure utilisation des équipes pour dispenser les soins.

Vous avez fait allusion à cette évolution en parlant du rôle des pharmaciens, d'une meilleure utilisation de leur profession, de leurs compétences de professionnels de la santé pour alléger les pressions sur le médecin de famille. Vous avez donné un exemple: l'autorisation qu'on pourrait donner aux pharmaciens de prescrire des médicaments pour des malaises courants et faciles à diagnostiquer.

Pourriez-vous étoffer? Cela pourrait-il aller jusqu'au renouvellement des ordonnances ou peut-être aux injections. Les pharmaciens ont joué un rôle important pendant la pandémie de COVID. Que pourraient-ils faire de plus pour alléger la pression qui s'exerce sur le médecin de famille et accélérer l'accès aux soins pour les patients?

Mme Geraldine Vance: Merci beaucoup de la question. Les interprètes m'excuseront d'avoir parlé trop vite tout à l'heure. Je ne m'exprime pas très bien, mais voilà.

Au Canada, l'Alberta s'est distinguée en ceci qu'elle a mis en place les conditions pour montrer ce que les pharmaciens peuvent faire et devraient faire en matière de soins primaires. Comme je l'ai dit dans mon exposé, les Canadiens ne demandent pas mieux que d'interagir avec leurs pharmaciens et d'obtenir plus de soins de leur part. Il n'y a là aucun obstacle. En Alberta, les pharmaciens ont le droit de prescrire des ordonnances. En Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et à peu près partout au Canada, y compris au Yukon, on leur a accordé certains pouvoirs pendant la pandémie de COVID pour ce qui est des affections mineures ou qu'on peut identifier soi-même, comme le zona.

Si vous me le permettez, voici un exemple très personnel. J'ai eu le zona il y a environ six mois. Mon médecin de première ligne ne fait plus de bureau depuis mars 2020. Je lui ai téléphoné, et c'est moi qui lui ai dit que c'était le zona. J'ai consulté le pharmacien, qui a examiné l'ordonnance et est intervenu auprès de mon médecin pour qu'il me donne autre chose. J'ai montré au pharmacien où se trouvaient les éruptions. Heureusement, c'était un endroit pas trop difficile à traiter.

Les pharmaciens ont des contacts quotidiennement avec les patients. Personne ne niera qu'il nous faut mieux soutenir les médecins et les infirmières, c'est indubitable, mais nous ratons une occasion en or en n'employant pas mieux les pharmaciens communautaires qui, comme le montrent les statistiques de 2018, voient les patients parfois 10 fois plus souvent que ne le font leur médecin de famille.

Dans notre recherche de solutions, nous devons nous assurer d'utiliser les ressources dont nous disposons, tout en augmentant celles qui sont déjà utilisées.

M. Don Davies: Ma propre réflexion va dans ce sens. Voici un petit exemple personnel.

Je prends des médicaments depuis longtemps. Je dois faire renouveler mon ordonnance environ tous les six mois. J'en suis probablement à 25 renouvellements. Je dois revoir mon médecin chaque fois, sachant que le renouvellement sera automatique.

Le pharmacien ne pourrait-il pas renouveler l'ordonnance aussi facilement? Peut-être même pourrait-il mieux le faire.

Mme Geraldine Vance: Oui, tout à fait. En Colombie-Britannique, les pharmaciens ont le droit d'adapter et de renouveler les ordonnances. Le collège envisage même en ce moment d'élargir ces droits. Tout au long de la pandémie, pendant deux ans, de nombreux patients ont pu faire renouveler leur ordonnance en appelant leur médecin.

On ne peut plus prétendre que les patients dont l'état est stable et dont la posologie ne varie pas dans le temps ne peuvent pas obtenir facilement un renouvellement en pharmacie. Cela permet aux médecins de famille de voir en personne des patients qui ont vraiment besoin de leurs soins. Il s'agit de mieux utiliser les pharmaciens pour laisser aux médecins de famille plus de temps pour voir leurs patients qui ont besoin de les consulter.

• (1715)

M. Don Davies: Je m'intéresse aussi aux aspects économiques. Pouvez-vous faire une comparaison entre le coût d'une consultation médicale pour un renouvellement d'ordonnance et celui d'une consultation du pharmacien?

Mme Geraldine Vance: S'il faut adapter une ordonnance et la faire renouveler par un pharmacien, le coût est de l'ordre de 15 \$. En Colombie-Britannique, une consultation médicale simple coûte entre 40 et 65 \$. Chose certaine, sur le plan économique, le renouvellement par un pharmacien permettrait de consacrer les ressources médicales à autre chose.

M. Don Davies: Madame Vance, voici des données recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Le nombre de diplômés en pharmacie au Canada est passé d'environ 1 300 en 2016 à 1 256 en 2019 et à 1 255 en 2020, tandis que le nombre de pharmaciens au Canada a augmenté au cours de cette période, passant de 34 000 à 44 000. En fouillant un peu mieux les données, j'ai constaté qu'en 2020, les diplômés étrangers représentaient 34 % de l'offre globale de pharmaciens.

Pouvez-vous dire au Comité où le Canada trouve ses pharmaciens? On dirait que le Canada réussit plutôt bien à attirer des pharmaciens formés à l'étranger et à les faire travailler chez nous. Ce n'est pas forcément la même chose pour d'autres professions. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

Mme Geraldine Vance: Très juste. Il y a 20 ou 30 ans, nous avons remarqué à quel point le Canada dépendait de médecins for-

més à l'étranger et qui venaient par exemple de l'Angleterre, de l'Écosse et de l'Irlande. Les pharmaciens viennent des quatre coins du monde. Le Canada est un bon pays où exercer la profession. Les pharmaciens venus de l'étranger s'intègrent facilement et offrent leurs services aussi bien dans les collectivités que dans les hôpitaux. Voilà qui montre ce qu'on pourrait faire dans d'autres professions.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Merci, madame Vance. Merci, monsieur Davies.

M. Ellis a maintenant la parole. Cinq minutes.

M. Michael Barrett: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Il semble que le vote aura lieu dans environ quatre minutes, alors plutôt que d'interrompre le temps de parole de M. Ellis, je me demande s'il ne vaut pas mieux suspendre la séance jusqu'à ce que nous ayons terminé de voter.

Le président: Je signale aux témoins qu'un vote est en cours à la Chambre. Il nous est possible de voter sur nos téléphones, mais nous devons suspendre la séance pour pouvoir le faire. Nous reviendrons dans une dizaine de minutes.

La séance est suspendue.

• (1715)

(Pause)

• (1725)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Je remercie encore une fois les témoins de leur patience.

Nous allons reprendre les séries de questions.

Monsieur Ellis, vous avez cinq minutes.

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

Je remercie les témoins de leur patience. J'espère qu'il leur fait plaisir de voir la démocratie en action. C'est la meilleure partie des choses.

J'ai une question pour Mme Vance.

Vous avez dit qu'il faudrait veiller à ce que les compétences que les pharmaciens pourraient utiliser aient une certaine conformité à l'échelle du Canada. Est-ce que cela comprendrait une licence pan-canadienne?

Mme Geraldine Vance: Il m'est difficile de parler de questions de réglementation. Je crois que l'idée ne s'écarte pas tellement des positions... Il y a un ensemble de compétences qui s'applique, peu importe la province où l'on exerce. Il faut respecter les exigences réglementaires provinciales, mais il existe un ensemble de pratiques professionnelles généralement reconnues. C'est ce que nous recherchons.

Si vous songez aux droits de prescription de médicaments, vous verrez que l'Alberta est la province qui a le plus grand recours aux pharmaciens. D'autres provinces, comme la Nouvelle-Écosse, permettent la prescription de certains médicaments, mais chacune a sa façon de faire.

Nous pensons qu'un champ de pratique normalisé serait un bon point de départ.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup. Je l'apprécie.

Docteur Kassam, nous avons parlé un peu de certaines solutions, et l'Association médicale de l'Ontario nous a brossé un tableau très complet de la situation.

Je m'interroge au sujet du recrutement des médecins à court terme. Si j'ai bien fait mes calculs, il en faut bien 500 en Ontario. Comment pourrions-nous combler cette pénurie à très court terme? Pouvez-vous nommer une, deux ou trois choses qui vous viendraient à l'esprit?

Dr Adam Kassam: Merci de votre question, monsieur Ellis. Elle est très importante en ce qui concerne les ressources en santé.

La première chose à faire, c'est mettre fin à l'exode de la profession en regroupant les ressources dont nous disposons, c'est-à-dire les médecins répartis dans toute la province.

Quant à ce que nous pouvons faire sans plus tarder, c'est financer plus de places pour les étudiants en médecine ainsi que des places en résidence. Il est insensé d'avoir plus d'étudiants qui s'inscrivent en médecine, si la mesure n'est pas suivie d'un nombre équivalent de places en résidence. Ça ne fait qu'aggraver le problème.

Enfin, bien sûr, nous devons harmoniser les mesures incitatives dans diverses régions. Pour vous dire franchement, dans les régions nordiques et rurales de notre province, nous avons de la difficulté à retenir et à recruter des médecins. L'harmonisation des incitatifs, qu'il s'agisse d'un soutien financier à l'infrastructure ou d'incitatifs à l'innovation... Ce sont des mesures qui, à notre avis, aideraient à recruter des médecins et à les maintenir en poste dans des régions sous-desservies.

• (1730)

M. Stephen Ellis: Merci, docteur Kassam.

J'ai une autre question. A-t-on soulevé la question des pensions pour les médecins? L'Association médicale de l'Ontario qu'en pense-t-elle?

Dr Adam Kassam: C'est une question importante, car, comme la plupart des gens qui participent à cet appel et les membres du Comité le savent, les médecins doivent s'autofinancer. Contrairement aux autres travailleurs de la fonction publique, il n'y a pas de pension pour les médecins. C'est un problème énorme pour notre profession en général. C'est aussi un défi quand on pense à l'avenir de la profession, car ils doivent pouvoir s'occuper d'eux-mêmes et de leur famille, même quand ils sont âgés.

La question des pensions est très vivante. Les médecins y sont très favorables. Il faut que le gouvernement fédéral et les provinces y songent activement pour faire avancer le dossier.

M. Stephen Ellis: Merci, docteur Kassam.

Madame Tomblin Murphy, nous avons ici des chiffres de l'OCDE. Les pays membres auraient en moyenne 8,8 infirmières pour 1 000 habitants. Au Canada, nous en sommes à une dizaine. À quoi attribuez-vous la supériorité numérique de nos infirmières?

Mme Gail Tomblin Murphy: Je vous remercie de la question.

Lorsque nous nous contentons de comparer des chiffres, nous ne voyons pas au-delà. Ces données démographiques ne nous donnent pas une idée des besoins de la population ou du système de prestation des soins auquel participent les infirmières et d'autres intervenants.

Les comparaisons avec d'autres pays de l'OCDE sont utiles, mais je pense que nous devrions plutôt chercher à comparer et à mieux

comprendre la situation dans les provinces et les territoires de notre pays. Nous nous classons probablement assez bien parmi les pays de l'OCDE, mais il faut aller au-delà des statistiques démographiques lorsque nous examinons n'importe quel groupe de fournisseurs.

M. Stephen Ellis: J'ai une brève question, madame Tomblin Murphy.

En Nouvelle-Écosse, puisqu'il s'agit de notre province d'origine, combien d'infirmières pensez-vous qu'il nous manque?

Mme Gail Tomblin Murphy: Dans l'ensemble de la province, les postes vacants sont très nombreux. On en compte environ 800 au ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Nous sommes déjà à court de ressources. Nous avons de bonnes stratégies en place qui nous semblent très prometteuses, dont l'embauche d'étudiants pendant leurs études, ce qui les motive et leur permet de s'intégrer au système de soins de santé avant même d'obtenir leur diplôme.

Nous cherchons aussi des façons d'encadrer et de guider les infirmières de façon très différente, par exemple en faisant appel à des infirmières à la retraite, qui ont beaucoup à offrir. Comme vous le savez très bien, nous cherchons des moyens de mieux nous préparer à recevoir des infirmières formées à l'étranger et nous prenons leur formation très au sérieux, tant dans la province qu'ailleurs au pays. Nous devons le faire, afin de réussir à intégrer ces travailleuses en temps opportun, d'une manière qui reconnaît leurs titres de compétences, le tout grâce à des programmes de transition pour les aides en soins continus, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières praticiennes, entre autres.

Le président: Merci, madame Tomblin Murphy.

Nous passons à M. Hanley, pour cinq minutes.

Allez-y, je vous en prie.

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

J'aimerais moi aussi vous remercier tous d'avoir comparu et d'avoir pris le temps de le faire cet après-midi, surtout avec une certaine interruption.

J'ai tellement de questions et si peu de temps. Je vais commencer par le Dr Kassam.

Je crois que vous avez mentionné la reconnaissance des titres dans votre déclaration préliminaire. Je me demande si vous pourriez me dire ce que nous pouvons faire pour reconnaître les titres de compétence étrangers plus efficacement, et peut-être aussi ce que vous pensez de la question de la licence pancanadienne et si vous trouvez que ce serait un avantage.

Dr Adam Kassam: Volontiers. Merci beaucoup de votre question, monsieur Hanley. Étant donné votre expertise dans votre domaine, je sais que c'est un sujet qui ne vous est pas étranger, ni à vous ni au Comité.

De toute évidence, nous avons besoin d'une stratégie internationale pour le recrutement de ressources humaines en santé, et elle devra nécessairement prévoir une voie vers la reconnaissance des titres. La situation est évidemment très complexe, car elle exige la participation d'entités multiples, dont le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, ainsi que les collèges provinciaux des médecins et chirurgiens. Il faudra adopter une approche multilatérale, mais aussi tenir compte de ce qui nous tient vraiment à cœur ici, au Canada, c'est-à-dire la qualité des soins. Ce n'est pas nécessairement la quantité de soins, mais la qualité des soins qui compte. Comment peut-on garantir aux Canadiens qu'ils continueront de recevoir des soins de la plus haute qualité qu'ils méritent sans veiller à ce que les compétences des professionnels venus de l'étranger aient un minimum de qualité?

C'est aussi un véritable défi, et il faut une stratégie d'intégration, qu'il s'agisse de programmes d'apprentissage ou même d'une approche plus simple que d'exiger qu'ils puissent se présenter à des examens contestés, mais nécessaires pour pouvoir exercer. C'est un débat qui doit avoir lieu au niveau fédéral, et c'est là que vos collègues et vous avez un rôle important à jouer.

• (1735)

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup.

J'ai une question pour le Dr Pichora.

Vous avez fait un exposé fascinant. Merci beaucoup de tout votre travail et de votre vision.

Je me demande à quoi ressemble ou devrait ressembler un hôpital postpandémique par rapport à un hôpital prépandémique. Autrement dit, notre expérience nous a-t-elle appris à faire la distinction entre ce qui est faisable et ce qui est superflu? Où sont les gains d'efficacité? Pourriez-vous nous donner un bref aperçu de la situation?

Dr David Pichora: Eh bien, mis à part le fait que tout a changé, j'aurais du mal à vous donner des exemples. Nous apprenons où et comment les soins numériques et virtuels sont les plus efficaces. Ce n'est pas utile partout, mais c'est très utile dans certains endroits. Nous avons beaucoup à apprendre sur la façon d'intégrer les soins virtuels à notre planification traditionnelle et future en matière de prestation de soins.

Tout comme nous avons parlé de maximiser le champ d'exercice des divers travailleurs de la santé — pour les Américains il serait question d'exercice au sommet de leurs compétences agréées —, nous devons en faire autant dans les hôpitaux. Notre aile principale est celle des soins intensifs. C'est une unité de traumatologie avec chirurgie cardiaque et neurochirurgie. L'Hôtel-Dieu est un centre ambulatoire où nous faisons des chirurgies d'un jour ou avec hospitalisation de courte durée, des arthroplasties de la hanche et du genou très efficaces. Nous nous y occupons également des chirurgies bariatriques et des opérations de cataractes.

Nous avons besoin de ce genre de stratégies pour amplifier le système ambulatoire. Nous avons appris que nous devons établir des partenariats beaucoup plus efficaces dans l'ensemble du système de soins de santé. Par exemple, nous travaillons avec un établissement de santé indépendant pour nous aider avec le volume des opérations de cataractes. J'entrevois la possibilité d'en faire plus à mesure que nous serons mieux intégrés, plus efficaces et plus efficients. Grâce à la répartition des réseaux, nous consacrons beau-

coup de temps à aider d'autres hôpitaux, grands et petits. C'est un autre aspect où il faut faire davantage.

Ce ne sont là que quelques exemples des nombreux aspects qui ont changé. Il y a des choses du passé à rétablir, d'autres que nous avons apprises de la COVID-19 et que nous devons continuer à faire, et d'autres encore qui prendront forme à l'avenir.

M. Brendan Hanley: Monsieur le président, me reste-t-il du temps?

Le président: Il vous reste environ 20 secondes.

M. Brendan Hanley: D'accord.

Monsieur Villeneuve, en 15 secondes, parlez-moi des régions rurales par rapport aux régions urbaines...

M. Michael Villeneuve: Nous avons besoin de plus d'infirmières en milieu rural.

Le président: Bravo, et merci.

[Français]

Monsieur Thériault, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Docteur Kassam, j'ai bien apprécié que votre association verbalise le fait qu'elle fait siennes les revendications du Québec et des provinces concernant le sous-financement chronique qu'on a connu au cours des 30 dernières années et qu'elle adhère au fait qu'il faudrait augmenter les transferts en santé à hauteur de 35 %. Cela représente 28 milliards de dollars, dont 6 milliards de dollars de plus pour le Québec. Je n'ai pas fait les calculs pour ce qui est de l'Ontario. J'ai bien aimé que vous ayez chiffré vos besoins.

Que feriez-vous avec 6 milliards de dollars de plus, en Ontario?

[Traduction]

Dr Adam Kassam: Eh bien, j'aimerais bien avoir 6 milliards de dollars dans mon compte bancaire. Ce serait un beau rêve.

Pour ce qui est des secteurs où nous pensons qu'un investissement est nécessaire, nous pensons évidemment à l'arriéré de services qui, malheureusement, s'est alourdi pendant la pandémie de COVID-19 et qui existe maintenant pour un nombre choquant de 21 millions de services de soins de santé en Ontario. C'est probablement beaucoup plus à l'échelle du pays. L'élimination de l'arriéré des soins et la réduction des temps d'attente sont la priorité numéro un.

Deuxièmement, il faut investir dans les services de santé mentale et de toxicomanie. Au cours des deux dernières années, avec la pandémie de COVID-19, nous avons malheureusement assisté à des décès liés aux opioïdes et par surdose. L'investissement dans les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie vient au deuxième rang.

Le troisième domaine d'investissement serait de donner plus de solidité aux soins communautaires, aux soins à domicile, aux maisons de retraite et aux soins de longue durée.

Enfin, il s'agirait de protéger notre avenir contre les pandémies en investissant dans la santé publique afin que nous soyons mieux préparés la prochaine fois.

• (1740)

[Français]

M. Luc Thériault: J'aime bien votre réponse, parce que plusieurs intervenants prétendent que cela prendrait des investissements ciblés pour sortir le réseau de la situation dans laquelle il se trouve, prétextant que les gens qui y œuvrent ne seraient pas capables de cerner les priorités et de faire ce qui doit être fait avec l'augmentation des transferts en santé. Alors, j'apprécie beaucoup votre réponse.

En ce qui concerne les 11 mois d'attente pour obtenir un examen par IRM et le fait que 502 476 personnes sont en attente, à quoi cela est-il dû principalement?

[Traduction]

Dr Adam Kassam: Malheureusement, les petits problèmes ont tendance à grossir si on ne s'en occupe pas à temps. Les gens attendent pour se faire soigner. Il pourrait s'agir de services primaires de santé mentale et de services psychiatriques. Il y a aussi le dépistage du cancer, les coloscopies et mammographies, des interventions en liste d'attente depuis longtemps, comme l'arthroplastie de la hanche ou du genou, la chirurgie de la cataracte ou l'ablation d'une tumeur cancéreuse. C'est l'ensemble de notre système de soins de santé qui est touché.

Au cours des 21 derniers mois de cette pandémie, nous avons constaté une escalade de pathologies tardivement dépistées à un stade avancé de la maladie, d'où les pires pronostics, ce qui est d'autant plus coûteux à gérer à l'échelle du système.

Nous savons que la pandémie a eu une incidence importante sur la capacité de fournir des services, mais aussi de les fournir en temps opportun. Notre pays doit désormais songer à l'avenir.

Le président: Merci, docteur Kassam et monsieur Thériault.

La parole est à M. Davies, pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Madame Tomblin Murphy, avez-vous une idée générale, une idée approximative, du nombre d'infirmières formées à l'étranger qui ne peuvent pas exercer au Canada parce que leurs titres de compétences ne sont pas reconnus?

Mme Gail Tomblin Murphy: En fait, je n'ai pas ce chiffre. Je vais demander à Michael Villeneuve de répondre à cette question.

Le président: Bien sûr.

Monsieur Villeneuve, allez-y.

M. Michael Villeneuve: Merci.

Nous ne connaissons pas le chiffre exact. Nous avons vaguement entendu dire partout au pays qu'il y en a beaucoup qui attendent d'entrer, mais je ne demande pas mieux que de vérifier l'information pour vous revenir là-dessus.

Environ 9 % de la main-d'œuvre infirmière est formée à l'étranger, si la donnée peut vous être utile, mais ce taux reflète une tendance de longue date au niveau de la migration individuelle.

M. Don Davies: Nous savons que c'est un problème, par exemple, pour les médecins formés à l'étranger, qui ont beaucoup de mal à se faire reconnaître au Canada. Pouvez-vous, le cas échéant, nous donner une idée de la gravité du problème pour les infirmières du pays?

M. Michael Villeneuve: Vous avez la parole, madame Tomblin Murphy.

Mme Gail Tomblin Murphy: Je peux répondre, monsieur le président.

Nous devons reconnaître que n'avons pas fait du très bon travail. Il y a des provinces et des territoires qui ont pris la question au sérieux, tout comme le gouvernement fédéral, bien entendu, pour trouver des façons novatrices de passer plus de temps avec nos travailleurs avant leur arrivée au Canada, par exemple, en leur offrant une formation à distance pendant qu'ils se trouvent toujours dans leur pays d'origine, des cours d'anglais, des cours de plus en plus avancés menant vers l'obtention du diplôme.

Parmi les innovations, nous avons également constaté un effort de préparation communautaire, que ce soit pour les enfants à l'école ou les employeurs, les entreprises, les universités, les collèges et...

M. Don Davies: Je suis désolé, on me fait signe que mon temps s'achève et je voudrais poser une question, si vous me le permettez, au Dr Kassam.

Docteur Kassam, dans sa ventilation des diverses catégories de médecins de 2019, l'OCDE classe le Canada au deuxième rang pour la proportion de généralistes. Quant à la proportion de spécialistes, nous nous classons en dessous de la moyenne des pays membres.

J'aimerais savoir si, d'après votre expérience, nous avons de la difficulté à trouver des spécialistes. Dans l'affirmative, quelles catégories de spécialistes sont les plus nécessaires au Canada? Où est-ce que la pénurie en matière de maintien en poste et de recrutement se fait-elle surtout sentir?

Dr Adam Kassam: Je pense qu'il est difficile de répondre à cette question parce qu'elle est de nature très régionale. On n'a peut-être pas besoin d'un dermatologue au centre-ville de Toronto, mais il en faut un dans le nord de l'Ontario, par exemple. Il s'agit vraiment de faire correspondre l'offre et la demande, et les besoins, avec le service qui convient dans chaque cas.

En règle générale, nous comprenons très bien qu'il y a une grande pénurie de médecins de famille — de soins primaires — et de spécialistes dans les collectivités rurales et du Nord, du moins en Ontario. C'est pourquoi il nous faut une stratégie sur les ressources humaines en santé en milieu urbain et suburbain, mais aussi une stratégie pour les régions rurales et nordiques.

• (1745)

Le président: Merci, docteur Kassam et monsieur Davies.

C'est maintenant au tour de M. Ellis, pour cinq minutes.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président.

Si vous me le permettez, docteur Pichora, j'ai une question intéressante pour commencer. Vous avez parlé de doubler votre capacité de soins intensifs pendant la pandémie. Comment avez-vous réussi à le faire?

Dr David Pichora: Au début de la pandémie, comme vous le savez, les services d'urgence ont fermé leurs portes. Les gens ont cessé de s'y rendre. Il y avait beaucoup de place dans les hôpitaux régionaux, notre hôpital local de soins post-actifs, la réadaptation et [difficultés techniques] ainsi que dans les établissements de soins de longue durée. Compte tenu des conséquences, on peut se demander a posteriori si c'était une bonne idée de transférer autant de patients aux établissements de soins de longue durée dans la province, mais cela s'est quand même produit.

Les hôpitaux avaient beaucoup de lits vides. Notre taux d'occupation et du nombre de patients nécessitant un autre niveau de soins n'ont jamais été aussi bas. Nous avons pu redéployer le personnel, reconfigurer les installations et fournir de l'équipement de surveillance et de ventilation pour offrir des lits de soins intensifs supplémentaires. Mais pour chacun des lits que nous avons créés, nous avons dû fermer cinq lits de soins actifs. Heureusement, ces lits étaient vides à l'époque. Nous avons dû redéployer les infirmières et les autres travailleurs de la santé qui s'occupaient de ces lits. Nous avons pu le faire au printemps dernier, mais la pénurie de personnel actuelle ne nous permettrait pas de le faire aujourd'hui. L'hôpital est plein. Les patients en attente d'un autre niveau de soins n'ont jamais été aussi nombreux depuis deux ans. Une centaine de nos infirmières sont en congé pour des motifs liés à la COVID-19... soit qu'elles sont infectées elles-mêmes, soit que leurs enfants ou d'autres membres de leur famille le sont.

Pour ce qui est de la capacité d'accroître ce niveau, nous gérons toujours plus de lits de soins intensifs qu'avant la pandémie, mais nous ne serions plus en mesure de doubler leur proportion comme nous avons fait en mai et en juin.

M. Stephen Ellis: Docteur Pichora, peut-on affirmer que vos hôpitaux fonctionnent généralement à 95, 100 ou 130 % de leur capacité, comme c'est le cas en Nouvelle-Écosse?

Dr David Pichora: La plupart des hôpitaux de l'Ontario fonctionnent dans cette fourchette, oui.

M. Stephen Ellis: Docteur Pichora, j'ai quelques autres questions. Vous avez parlé de maximiser le champ d'action des praticiens. Pensez-vous qu'il faudra d'autres formules de rémunération pour les médecins?

Dr David Pichora: C'est l'une des options. À Queen's, nous avons un régime de paiement qui protège les médecins contre l'incertitude de pouvoir facturer leurs honoraires pendant la pandémie.

Face à la pénurie d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé, nous avons embauché et formé beaucoup d'infirmières et d'infirmiers, autant que possible, mais comme vous l'avez entendu, l'embauche et le remplacement de tous ces postes vacants sont un défi de taille pour les années à venir. Nous avons embauché des auxiliaires et cherché à former de nouvelles catégories de travailleurs pour appuyer nos infirmières: des techniciens pour les aider en salle d'opération, par exemple, ou des aides qui peuvent se charger d'amener des patients à marcher pour que les infirmières puissent exercer leur profession au sommet de leurs compétences. Nous avons amplement suivi cette formule pour accroître notre effectif tout en nous efforçant d'embaucher du personnel accrédité.

M. Stephen Ellis: Docteur Pichora, il a été question de soins virtuels, et il y a certainement des problèmes dans ce contexte, par exemple comment s'y prendre et comment sélectionner les cas qui s'y prêtent, mais cela ne tient pas compte de la disponibilité d'Internet et des difficultés qui s'y rattachent, dont la réticence des personnes âgées à utiliser la technologie.

Quels sont les défis que vous voyez régulièrement? Nous avons entendu Mme Vance. Elle a parlé à son médecin au téléphone, ce qui, bien sûr, n'est pas très pratique pour diagnostiquer le zona. J'ai du mal à accepter ce genre d'exemples comme le médecin que je suis. Selon vous, que devrions-nous faire à ce sujet?

Dr David Pichora: C'est compliqué. Il y a des possibilités. Dans mon propre domaine, faire certaines visites de suivi en mode virtuel ou par téléphone peut être très efficace et épargner de longs déplacements aux patients. Cela dit, les consultations et la prestation de

soins urgents en orthopédie et dans de nombreuses autres spécialités exigent des soins en personne. Je pense que nous devons trouver un juste milieu, ne pas choisir une formule au détriment de l'autre.

Le Dr Kassam pourrait probablement vous en parler mieux que moi. Compte tenu de la nature de la médecine familiale et de la taille des cabinets et des salles d'attente, du personnel et de la disponibilité de l'équipement de protection individuelle, les médecins de famille ont dû avoir recours aux soins téléphoniques et virtuels plus souvent qu'ils ne l'auraient voulu. Par conséquent, je pense que cela a contribué à l'accumulation de l'arriéré de patients qui ont besoin d'être dirigés vers les services appropriés. Assurément, dans notre propre cabinet orthopédique, les nouvelles recommandations à mes collègues sont tombées comme un cheveu dans la soupe au cours des premières étapes de la pandémie, mais les choses commencent à s'arranger, car les soins reprennent dans les cabinets, alors je crois que nous devons en tirer des leçons.

• (1750)

Le président: Merci, docteurs Pichora et Ellis.

C'est maintenant au tour de M. Jowhari, pour cinq minutes.

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

Merci à tous nos témoins.

Ma question s'adresse à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada: M. Villeneuve et Mme Tomblin Murphy.

Bienvenue à notre comité; je suis heureux de vous revoir tous les deux.

Dans les documents que vous avez fournis, vous avez souligné que la crise exige une solution à plusieurs volets. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet et définir les facteurs qui entrent en ligne de compte dans la solution que vous recommandez, à court, à moyen et à long terme?

M. Michael Villeneuve: Je pense que je vais commencer. Merci beaucoup, monsieur le président.

Il y a quelques dynamiques en jeu. Premièrement, les différentes vagues de COVID-19 ont touché différents secteurs. Nous connaissons les terribles résultats qui se sont produits dans les établissements de soins de longue durée, par exemple, lors de la première vague. Nous venons d'entendre le Dr Pichora parler des soins intensifs, et lors de la troisième vague, les soins intensifs ont été très durement touchés. C'était peut-être la quatrième vague; je finis par perdre le fil des vagues. Cela a vraiment touché les soins de longue durée. Nous nous sommes concentrés sur les soins intensifs, et cette dernière vague a vraiment pressé tous les boutons dans les unités de médecine-chirurgie des hôpitaux généraux. Il y a encore des gens qui entrent dans les unités de soins intensifs, mais les hôpitaux sont pleins. Nous avons donc trois grands secteurs du système de soins de santé qui ont vraiment eu une incidence sur les soins infirmiers.

En même temps, des personnes âgées comme moi, qui auraient pu être tentées de rester un peu plus longtemps avant de prendre leur retraite, affirment qu'elles ne peuvent plus le faire. Ainsi, leur phase de retraite, qui aurait peut-être duré cinq ans, disons, est comprimée en raison de l'expérience de la COVID-19, et nous les entendons dire qu'elles vont quitter la profession.

Une étude de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers nous a démontré que, dans les sondages les plus récents, ce sont les infirmières en début et en milieu de carrière qui voulaient partir ou se faire muter ailleurs. Vous touchez trois grands secteurs; vous touchez les infirmières en début de carrière, en milieu de carrière et en fin de carrière, et nous sommes dans le pétrin.

Les mesures qui vont aider à retenir une infirmière, qui a 63 ans, disons, sont très différentes de celles qui peuvent tenter une infirmière de 25 ans. Cette dernière serait peut-être ravie de rester si sa dette étudiante était réglée, par exemple, mais ce critère ne fera pas de différence pour les infirmières dans la soixantaine. C'est le genre de mesures à envisager lorsque nous parlons de la nécessité d'adopter une approche à volets multiples pour traiter non pas le problème, mais les problèmes, car ils sont pluriels.

M. Majid Jowhari: Madame Murphy, avez-vous des commentaires avant que je pose la prochaine question?

Mme Gail Tomblin Murphy: Merci.

Je suis entièrement d'accord avec M. Villeneuve. De toute évidence, certains incitatifs sont assez simples. Par exemple, ils pourraient contribuer à réduire la dette liée aux frais de scolarité. Il pourrait s'agir d'incitatifs qui permettraient de travailler au sommet des compétences et d'offrir un horaire régulier, ce qui signifie que nous aurons la dotation appropriée en place.

De plus, dans tous les secteurs durement touchés selon M. Villeneuve, je pense que bon nombre de nos infirmières qui avaient l'impression d'être inexpérimentées se sont retrouvées dans des situations stressantes. Ce que nous devons faire à mon avis, c'est investir dans le perfectionnement professionnel continu, afin que nous puissions enseigner sur le tas, en improvisant au besoin comme nous avons appris à le faire dans le contexte de la COVID, mais d'une façon que les infirmières et les autres membres de l'équipe se sentent...

M. Majid Jowhari: Merci. J'ai une brève question et il me reste environ une minute et 15 secondes.

Une autre recommandation formulée par l'association semble exiger la création d'un organisme national chargé de recueillir des données et d'appuyer la planification des effectifs de la santé à l'échelle régionale. Nous entendons des recommandations semblables de la part de l'Association médicale canadienne.

Pouvez-vous expliquer les principaux avantages d'un tel outil de collecte de données, tant à l'échelle provinciale que fédérale?

• (1755)

M. Michael Villeneuve: Je vais d'abord vous donner une réponse rapide. Nous recueillons des données partout au pays. Par exemple, nous savons qu'il y a 349 000 infirmières et infirmiers en actif et leur nombre est ventilé par région. Ce que nous ne faisons pas, c'est d'articuler cette information et de la mettre en correspondance avec ce que font les médecins et avec les besoins des diverses localités pour savoir si tout cet effectif est utilisé à bon escient.

Si quelqu'un me demandait aujourd'hui s'il y a une pénurie d'infirmières, je dirais qu'il y a 350 000 infirmières et 95 000 médecins, alors je l'ignore. Il y en a énormément qui travaillent à temps partiel. Et s'ils travaillaient à temps plein? Il y a beaucoup de scénarios hypothétiques. Nous demandons la création d'un organisme ou d'une structure qui nous permettrait de regrouper les données et de

planifier ensemble, afin de déterminer quels sont les besoins de la société, qui peut le mieux y répondre et de combien de gens nous avons besoin.

Le président: Merci, messieurs Villeneuve et Jowhari.

Nous passons maintenant à M. Lake, pour cinq minutes.

L'hon. Mike Lake: Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins. C'est une excellente réunion.

Nous avons beaucoup entendu parler de la nécessité de régler la question du financement. Si vous examinez les programmes de nos partis respectifs, je pense que nous sommes tous d'accord là-dessus.

J'ai sous les yeux un tableau du financement des 30 dernières années. Nous sommes sur une bonne trajectoire depuis 2003-2004 environ, les transferts s'étant accrus plus rapidement que l'économie. Or, compte tenu des compressions dévastatrices relevées dans le tableau de 1993-2001, pouvons-nous à juste titre affirmer que nous n'avons jamais pu nous remettre des effets de ces compressions?

Je vais demander au Dr Kassam de commencer.

Dr Adam Kassam: Absolument. Quand on pense aux transferts canadiens en matière de santé et au fait que les dépenses partagées se situent maintenant à près de 22 %, du moins en Ontario, c'est tout à fait insuffisant. C'est pourquoi nous avons demandé une augmentation. C'est pourquoi nous sommes solidaires de tous les premiers ministres. Je crois qu'à la dernière réunion du Conseil, tous les premiers ministres provinciaux ont réclamé une augmentation des transferts canadiens en matière de santé. La raison pour laquelle c'est important, c'est que, au fur et à mesure que cet argent est versé aux provinces, nous pouvons régler bon nombre des questions que nous avons soulevées ici aujourd'hui.

Le financement n'a pas du tout répondu aux besoins d'une société en croissance et vieillissante, ce que nous avons malheureusement dans ce pays — et c'est un beau pays — et nous devons être en mesure de maintenir le niveau et la qualité des soins en investissant de façon proportionnelle dans ces régions.

L'hon. Mike Lake: Docteur Kassam, je vais m'en tenir à vous.

Dans le même ordre d'idées, nous sommes tous inondés, surtout en ce moment, de demandes de nouveaux montants massifs de dépenses gouvernementales. Le gouvernement va devoir dire non à des demandes parfaitement justifiées à cause de l'état des choses au niveau des dépenses, qui est assez difficile au Canada s'il s'agit de dire oui à la lutte contre cette crise sanitaire.

Nous reconnaissons que nous allons devoir dépenser davantage. Le programme de notre parti prévoyait des dépenses supplémentaires de 60 milliards de dollars sur 10 ans. Côté technologie, en réfléchissant à la façon d'en faire plus avec l'argent que nous dépensons, pouvons-nous tirer parti de la technologie pour améliorer la quantité et la qualité des soins offerts?

Je vais vous poser une deuxième question en même temps. Pouvons-nous aussi utiliser la technologie pour améliorer le système afin d'éviter l'épuisement dont vous avez tous parlé?

Dr Adam Kassam: Absolument. Ce sont des questions très pertinentes.

Permettez-moi de répondre à la première question, à savoir si nous pouvons utiliser et exploiter l'innovation technologique. Pouvons-nous accroître et renforcer notre capacité de fournir des services de santé aux gens qui en ont besoin au moment où ils en ont besoin? Absolument. Nous avons vu ce qui s'est passé pendant la pandémie de COVID-19 avec les soins virtuels.

Oui, nous parlons de la pertinence. Comme les professionnels que nous sommes, nous devons déterminer ce qui convient le mieux aux patients par rapport aux soins en personne. Cette conversation a lieu en temps réel et se déroule non seulement au Canada, mais dans le monde entier.

Je crois absolument... Nous avons vu la présence vigoureuse du virtuel dans cette province, en Ontario, au cours des 24 derniers mois. En commençant à penser à une reprise et à une réadaptation de notre société après la pandémie de COVID-19 — et nous ne sommes toujours pas sortis du bois, faisant face aux conséquences et essayant d'éviter une prochaine vague —, il importe de reconnaître que nous ne pouvons pas avoir une reprise économique sans une reprise des soins de santé. C'est là que l'investissement est fondamental, et il est tout à fait essentiel d'utiliser la technologie pour tirer pleinement parti de nos capacités.

Pour ce qui est de votre deuxième question, qui portait sur l'utilisation de la technologie pour aider à changer le système afin de réduire l'épuisement professionnel, je l'espère sincèrement. Nous savons que la technologie est, à certains égards, un moteur de l'épuisement professionnel. Je vais vous donner un exemple. Nous, les médecins, avons des dossiers médicaux électroniques qui ne sont souvent pas reliés les uns aux autres. Le fait d'avoir à cliquer sur un grand nombre de sites dans des régions différentes peut contribuer à l'épuisement professionnel si l'information n'est pas accessible en temps réel à un fournisseur parce qu'elle se trouve sur un autre réseau, par exemple.

Si nous pouvons intégrer cette technologie comme il faut, nous pourrions, espérons-le, réduire l'épuisement professionnel et faire en sorte que les médecins soient des médecins, continuent de voir toujours plus de patients, en plus d'alléger le fardeau administratif qui est un facteur d'épuisement dans le secteur.

• (1800)

L'hon. Mike Lake: Merci.

Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Il vous reste 20 secondes.

L'hon. Mike Lake: Je ne vais pas poser de question. Je vais faire un commentaire à Mme Vance.

Je viens de l'Alberta. Je vis dans un monde où je peux aller voir mon pharmacien et obtenir de l'aide sans avoir à prendre rendez-vous chez le médecin, contrairement à ce qui arrive dans d'autres régions du pays, et c'est formidable. En parlant d'innovations, certaines ne sont pas nécessairement techniques, mais systémiques. C'est pour renforcer vos propos.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Lake.

Les libéraux poseront les dernières questions.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

J'aimerais partager mon temps avec M. Powlowski.

Je remercie tous les témoins de leurs précieux renseignements.

Ma question s'adresse surtout à l'Association médicale canadienne. Lors de réunions précédentes, on nous a dit que les organismes de réglementation provinciaux étaient la seule cause de la pénurie de main-d'œuvre. Ils font qu'il est difficile de se déplacer d'une province à l'autre et d'admettre des professionnels diplômés à l'étranger.

Mme Murphy nous a parlé de la pénurie d'infirmières qui s'élèvera à 60 000 en 2022. Nous avons nos techniciens de laboratoire. Il n'y a que cinq programmes de formation en laboratoire médical en Ontario, et ils ont tous des listes d'attente. Nous avons également une pénurie de préposés aux services de soutien à la personne.

Docteur Kassam, vous avez dit qu'il faut une approche multilatérale pour soutenir le recrutement et les stages en résidence. Quelles sont selon vous les meilleures stratégies et pratiques pour que nous puissions créer plus de places en résidence pour nos diplômés à l'étranger? Je sais que certains des étudiants canadiens parmi eux ont même suivi des cours facultatifs à l'Hôpital général de Kingston, mais ils attendent toujours une place en résidence.

Que pouvons-nous faire pour combler ces lacunes?

Dr Adam Kassam: Il ne fait aucun doute qu'il y a des goulots d'étranglement pour ce qui est de l'obtention de titres de compétences du point de vue des diplômés à l'étranger en médecine, et c'est un sujet qui revient assez souvent quand nous réfléchissons à une stratégie pour les ressources humaines en santé pour l'avenir.

Une approche internationale est très importante, car elle nous permet non seulement d'apparier l'offre de diplômés à l'étranger, par exemple, mais aussi la demande de différents types de médecins et de déterminer s'ils sont appropriés. Par exemple, il serait tout à fait insensé de former plus de chirurgiens sans augmenter de façon proportionnelle leur capacité de procéder à des interventions. À l'heure actuelle, cette capacité est limitée en fonction du temps passé en salle d'opération et du nombre de salles d'opération disponibles. Le simple fait d'accréditer plus de chirurgiens ne va pas améliorer le problème; il va l'aggraver. Il y aura plus de spécialistes au chômage.

Il s'agit en fait de déterminer le besoin et le champ d'exercice en fonction de la province ou du territoire, puis de pouvoir relier le tout à un seuil minimal de compétence. C'est la tâche d'un organisme fédéral comme celui-ci, mais peut-être aussi d'un groupe de travail qui serait nécessaire pour mieux comprendre... [*Difficultés techniques*].

Le président: Monsieur Powlowski, allez-y.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): À mon avis, le problème est assez simple: nous n'avons pas assez de praticiens des soins primaires pour travailler dans les régions rurales, et ce depuis près de 35 ans, depuis que j'ai obtenu mon diplôme de médecine. L'autre problème, c'est le manque d'infirmières. Il me semble qu'il pourrait facilement être réglé en augmentant le nombre de diplômés étrangers. Depuis 35 ans que je suis médecin, j'ai rencontré tellement de gens, des médecins et des infirmières qui avaient été formés ailleurs, mais qui, malgré tous leurs efforts, ne réussissaient pas à obtenir des titres de compétence au Canada.

Il me semble certainement que si nous voulons remédier rapidement à la pénurie de soins de santé, le gouvernement fédéral pourrait donner plus d'argent aux provinces, et celles-ci pourraient alors créer plus de postes pour améliorer les compétences des professionnels formés à l'étranger afin qu'ils puissent satisfaire aux normes exigées au Canada. Cela peut vouloir dire du rattrapage scolaire, du rattrapage pratique ou plus de programmes de résidence. Pourrions-nous faire cela?

Permettez-moi d'abord de poser la question au Dr Pichora. À Kingston, pourriez-vous créer plus de postes pour la formation universitaire? Je pense à un an ou deux, ou peut-être moins, selon le lieu de provenance de la personne. Pourriez-vous offrir une mise à niveau sur mesure et pratique, au besoin, afin que les praticiens puissent commencer à exercer rapidement? On peut supposer qu'ils devront quand même passer les examens d'accréditation. Je ne songe pas aux chirurgiens, puisque le problème ne réside pas dans les places en salle d'opération, mais plutôt aux praticiens des soins primaires et aux infirmières.

• (1805)

Dr David Pichora: Oui, nous pourrions essayer de le faire et de travailler avec les universités et les collègues pour l'appuyer. Les soins primaires sont un sujet intéressant, parce que nous avons un très important programme de médecine familiale ici, mais il s'agit d'un modèle d'éducation réparti, et il y a des stages partout en Ontario et ailleurs. Les stagiaires ne s'entraînent pas seulement à King-

ston. Nous devons tirer parti de modèles comme celui-là. Nous avons beaucoup d'hôpitaux dans la province où les chirurgiens pourraient aller pour une partie de leur formation. Nous le faisons déjà dans le cas de Lakeridge, par exemple. Il y a probablement beaucoup plus de possibilités que nous n'en avons actuellement.

Les effets en aval sont importants. L'une des plus grandes préoccupations dont j'entends parler concerne les programmes de formation en physiothérapie et en ergothérapie, où les étudiants n'ont tout simplement pas accès à suffisamment de stages cliniques, dont ils ont besoin pour terminer leur formation. Il ne s'agit pas seulement des médecins, mais aussi des infirmières et d'autres.

Le président: Merci, docteurs Pichora et Powlowski.

Voilà qui met fin à la série de questions.

Je tiens à remercier sincèrement nos témoins. Vous êtes tous des professionnels très occupés. Votre expertise est évidente. Nous en profiterons grandement dans le cadre de notre étude. Nous aurions aimé vous écouter plus longtemps. Il y a eu des interruptions, mais ce n'est certainement pas la qualité qui a manqué. Je vous remercie d'être restés et d'avoir été si généreux de votre temps.

Merci beaucoup à tous.

Plaît-il au Comité de lever la séance? Nous avons un consensus.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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