



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 020

Le lundi 9 mai 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le lundi 9 mai 2022

• (1530)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 20^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Nous allons nous réunir pendant deux heures pour entendre des témoins dans le cadre de notre étude sur les effectifs du secteur de la santé au Canada.

Avant de présenter nos témoins, j'ai quelques rappels courants à faire en ce qui concerne les réunions hybrides. La réunion se déroule en format hybride, conformément à l'ordre de la Chambre du 25 novembre 2021. Selon la directive du Bureau de régie interne du 10 mai 2022, toutes les personnes qui assistent à la réunion en personne doivent porter un masque, sauf les membres qui sont à leur place pendant les délibérations.

Je crois que la plupart des témoins, sinon la totalité, ont déjà comparu devant nous, mais j'ai quelques rappels à leur faire, si vous le permettez. Veuillez attendre que je vous nomme avant de parler. Cliquez sur l'icône du microphone pour l'activer. Veuillez le mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Vous verrez en bas de l'écran que vous avez le choix entre le parquet, le français ou l'anglais.

De plus, veuillez ne pas faire de capture d'écran ou de photo de votre écran. Tout ce que nous faisons ici sera disponible sur le site Web de la Chambre des communes.

Conformément à notre motion pour affaires courantes, j'informe le Comité que tous les témoins ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue aux témoins qui seront avec nous cet après-midi pour deux heures. Nous accueillons la Dre Katharine Smart, présidente de l'Association médicale canadienne; Tim Guest, directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; ainsi que le Dr Brady Bouchard, président, et la Dre Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction du Collège des médecins de famille du Canada.

Je vous remercie tous d'avoir pris le temps de comparaître aujourd'hui. Je sais que pour certains d'entre vous, ce n'est pas la première fois, mais de nombreux membres du Comité souhaitaient avoir une discussion plus approfondie sur le travail que vous avez entrepris par rapport à la feuille de route. Les questions ne se limiteront pas à la feuille de route, mais c'est la raison pour laquelle nous avons reconvoqué certains d'entre vous.

Nous allons maintenant passer aux déclarations liminaires, en commençant par Dre Smart pour les cinq prochaines minutes. Merci de votre présence.

Dre Katharine Smart (présidente, Association médicale canadienne): Merci.

Je suis Dre Katharine Smart, présidente de l'Association médicale canadienne et pédiatre au Yukon. Je vous parle depuis le territoire ancestral de la Première nation Kwanlin Dün et du Conseil Ta'an Kwäch'än.

Je vous remercie de m'offrir l'occasion de vous parler, une fois de plus, de l'urgence croissante en matière de ressources humaines. Cette discussion demeure cruciale.

Les effectifs du secteur de la santé au Canada traversent une tempête plus longue et violente que toute autre de mémoire collective. Les travailleurs de la santé sont toujours épuisés, en détresse et ils quittent la profession. Je suis très heureuse de voir mes collègues dirigeants d'associations de professionnels de la santé ici aujourd'hui, soit le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Nous sommes unis dans la conviction qu'il n'y a pas de réseau de la santé sans travailleurs de la santé.

Nous vous présentons aujourd'hui des solutions — des idées transformatrices et des rappels d'engagements existants — susceptibles d'atténuer la crise actuelle des ressources humaines de la santé, réduire les listes d'attente, élargir l'accès aux soins primaires, s'occuper de la santé mentale et numérique et améliorer les soins virtuels et les données.

Tout d'abord, il faut mettre en place des mesures d'encouragement à la rétention des travailleurs de la santé afin d'améliorer l'accès aux soins dans les régions dans le besoin. Les travailleurs de la santé de collectivités mal desservies et de certains établissements de soins sont épuisés et abandonnent leur carrière, ce qui engendre de sérieuses contraintes en matière de ressources. Les engagements actuels à l'égard d'incitatifs sont un début, mais il faut faire plus.

Deuxièmement, il faut alléger la pression liée aux fardeaux administratifs que les travailleurs de la santé doivent supporter. La lourdeur de la charge de travail aggravée par les fardeaux administratifs est souvent l'étincelle qui déclenche l'épuisement professionnel des fournisseurs de soins et la détérioration de leur santé mentale. Un engagement de 300 millions de dollars sur trois ans par l'entremise d'un fonds fédéral pourrait aider les provinces et les territoires à améliorer le bien-être des travailleurs de la santé grâce à des mesures de soutien administratif et de santé mentale dans les établissements de soins primaires et secondaires.

Il est temps d'intensifier les soins primaires collaboratifs et interprofessionnels. Trop peu de Canadiens ont accès à des soins primaires lorsqu'ils en ont besoin. Il est temps que le gouvernement fédéral respecte l'engagement de verser 3,2 milliards de dollars afin d'accroître l'accès des patients à des médecins de famille et à des équipes de soins primaires.

La réforme des soins primaires est une innovation du réseau de la santé qui nous permettrait de passer du traitement des maladies à une approche visant à garder les Canadiens en santé et à éviter les urgences. Elle nous ferait passer de structures de paiement à l'acte à des modèles de paiement mixtes ou par capitation, permettant des consultations plus approfondies au lieu de favoriser les consultations brèves qui peuvent être insuffisantes pour combler les besoins complexes de patients.

Bon nombre des défis que posent les systèmes de soins de santé du Canada, qu'il s'agisse de financement, de gains d'efficacité ou de résultats pour les patients, peuvent être résolus en collégialité sous un même toit grâce à un modèle de prestation de soins primaires interprofessionnelle fondée sur le travail d'équipe. Conçus autour du parcours du patient, les soins primaires permettent aux Canadiens et à leur famille de naviguer dans la multitude de services de santé au moment et à l'endroit où ils en ont besoin. Imaginez.

En complément, un investissement de 400 millions de dollars sur quatre ans permet d'élargir le travail actuel du gouvernement par l'entremise de la Table fédérale-provinciale-territoriale des soins virtuels et numériques. La pandémie est à l'origine d'une révolution numérique presque instantanée en matière de santé, les Canadiens ayant désormais accès à des soins virtuels. Ce modèle ne peut pas remplacer les soins en personne, mais il a sa place.

L'Association médicale canadienne demande instamment au gouvernement d'entreprendre un examen parlementaire des obstacles réglementaires à la mobilité et au déploiement du personnel de la santé du Canada dans le cadre de l'Accord de libre-échange canadien. Les cadres réglementaires en vigueur en matière de délivrance de permis doivent évoluer vers un modèle pancanadien de délivrance de permis, permettant aux professionnels de la santé de travailler là où ils le souhaitent et là où les besoins sont les plus grands.

Monsieur le président, nous ne pouvons pas discuter de la crise des ressources humaines en santé sans aborder la santé mentale des travailleurs de la santé. Des mesures de soutien durables sont nécessaires dès maintenant. Dans la foulée de la promesse électorale de 4,5 milliards de dollars en financement ciblé pour la santé mentale, nous recommandons la création d'une stratégie pancanadienne de la santé mentale pour les travailleurs de la santé, sur le modèle du plan d'action de 2019 du gouvernement fédéral à l'appui du bien-être mental du personnel de la sécurité publique du Canada.

Enfin, parlons de données. Le Canada ne peut pas planifier ses besoins en matière d'offre ou de répartition de la main-d'œuvre si nous ne recueillons pas de données pertinentes. Avec un investissement de 50 millions de dollars sur quatre ans, nous pouvons améliorer les processus de normalisation et de collecte des données sur les effectifs du secteur de la santé dans les provinces et les territoires et mettre sur pied un centre d'excellence par l'entremise d'un organisme existant pour centraliser les données et faciliter les efforts de planification des administrations.

La réflexion novatrice présentée aujourd'hui place les gens au cœur même de la solution, en veillant à ce que les générations actuelles et futures de travailleurs de la santé disposent des mesures de soutien dont ils ont besoin pour entrer dans leur profession et y rester. Il est de notre devoir de réagir immédiatement à l'urgence à laquelle nous sommes confrontés. De là, nous pourrions envisager une planification intégrée des ressources humaines en santé à long terme. Nous devons prendre soin de ceux qui prennent soin des Canadiens.

J'ai hâte d'entendre mes collègues dirigeants du secteur de la santé parler des réalités auxquelles les infirmiers et infirmières et les médecins de famille qu'ils représentent sont confrontés.

Je vous remercie.

● (1535)

Le président: Merci, docteur Smart.

Nous entendrons maintenant l'Association des infirmières et infirmiers du Canada par l'entremise de son directeur général, M. Guest.

Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

M. Tim Guest (directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Comme vous le savez, je suis Tim Guest, infirmier autorisé et directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Je tiens à souligner que je m'adresse à vous depuis Mi'kma'ki, le territoire ancestral et non cédé des Micmacs.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est reconnaissante de l'occasion qui lui est donnée de participer à nouveau à cette importante étude aux côtés de ses collègues de l'Association médicale canadienne et du Collège des médecins de famille du Canada. Nous espérons toujours que vos travaux déboucheront sur des mesures concrètes et bien nécessaires pour résoudre la crise des effectifs dans le secteur de la santé au Canada.

J'aimerais tout d'abord souligner qu'aujourd'hui est une occasion très spéciale puisque nous célébrons le début de la Semaine nationale des soins infirmiers et la Journée des infirmières et infirmiers autochtones. Cette semaine, nous reconnaissons l'importante contribution du personnel infirmier. Ses connaissances, son savoir-faire, son leadership et ses soins compatissants sont une source d'inspiration pour nous tous, car ses membres continuent de répondre à l'appel malgré la crise à laquelle ils sont confrontés.

Le personnel infirmier et les travailleurs de la santé sont à un point de rupture. Il s'agit d'un problème national urgent et une collaboration pancanadienne s'impose pour faire face à cette crise multidimensionnelle.

L'AIC est reconnaissante d'avoir eu l'occasion de collaborer avec l'Association médicale canadienne et le Collège des médecins de famille du Canada pour élaborer une feuille de route de solutions. J'aimerais vous souligner trois éléments clés de cette feuille de route.

Premièrement, il s'agit davantage d'une crise de rétention que de recrutement. À court terme, nous devons freiner l'hémorragie et aider le personnel infirmier et les travailleurs de la santé à conserver leur emploi. Le Canada doit mettre en œuvre des stratégies de rétention et améliorer le bien-être du personnel infirmier. Sans stratégie efficace pour retenir le personnel infirmier dont nous disposons maintenant, aucune autre stratégie n'améliorera la situation. Le personnel infirmier a besoin de soutien en matière de santé mentale et sa charge de travail doit être raisonnable pour le convaincre de rester. Le financement de primes de rétention pour le personnel infirmier en fin de carrière et l'allègement de l'impôt fédéral sur le revenu pour les travailleurs de la santé peuvent aussi être utiles. De plus, l'exonération des prêts étudiants ne devrait pas être réservée aux personnes qui exercent dans les régions rurales et éloignées, car nous constatons aussi des pénuries dans les centres urbains. L'embauche de plus de personnel affecté au nettoyage et au soutien pourrait aussi être efficace afin de laisser plus de temps au personnel infirmier de prodiguer des soins infirmiers.

Deuxièmement, à moyen terme, nous devons accroître la capacité du système à éduquer et à former les travailleurs de la santé et accélérer la délivrance de permis et l'emploi de travailleurs formés à l'étranger. Les infirmières et infirmiers formés à l'étranger, ou IIFE, font état de grandes difficultés à exercer au Canada. Les obstacles comprennent l'obtention d'un statut d'immigrant, les longs délais de traitement et les coûts d'inscription. Un financement fédéral ciblé pourrait contribuer à accroître les ressources des organismes de réglementation. Le financement pourrait aussi aider à compenser les coûts du processus d'inscription des IIFE. Bien que les IIFE qui vivent déjà au Canada doivent faire partie de la solution à la crise, ils ne constituent pas une solution miracle. En raison de la pénurie mondiale de personnel infirmier, l'AIRC recommande aussi de faire preuve de circonspection dans le recrutement d'IIFE vivant actuellement à l'étranger. Il est important de mettre particulièrement l'accent sur le recrutement éthique.

Enfin, à long terme, le Canada doit améliorer de toute urgence la collecte de données sur la mobilité de la main-d'œuvre et établir une stratégie de santé mentale destinée aux travailleurs de la santé pour s'assurer qu'ils disposent de soutien pendant les crises. En tant que membres d'une profession à prédominance féminine, les infirmières s'occupent souvent de leurs enfants et de leur famille alors même qu'elles souffrent d'épuisement professionnel. Cependant, l'accès à des mesures de soutien en santé mentale fait défaut, surtout en comparaison de ce qui est disponible dans d'autres emplois du secteur public, y compris les professions à dominance masculine comme les services d'incendie et de police. Par exemple, le gouvernement fédéral a lancé en 2019 un plan d'action pour aider à prendre soin du bien-être mental des agents de sécurité publique.

En outre, nous sommes d'accord avec nos collègues de l'Association médicale canadienne et du Collège des médecins de famille du Canada sur l'importance d'élargir les soins primaires au Canada et sur la nécessité de soutenir davantage les fournisseurs de soins primaires, notamment les médecins et le personnel infirmier. Nous devons renforcer les soins en partenariat avec les patients et réagir aux besoins changeants de la population en faisant évoluer les soins primaires vers une approche interprofessionnelle.

• (1540)

En conclusion, lorsqu'il s'agit d'examiner la façon d'offrir de meilleurs soins de santé au Canada, nous devons d'abord nous tourner vers notre personnel du secteur de la santé. Il est l'épine dorsale

du secteur de la santé canadien. C'est grâce à lui que tout le reste fonctionne. Il est impératif de retenir ses membres et d'en prendre soin pour résoudre bon nombre des défis auxquels notre système de soins de santé est confronté.

Merci, monsieur le président. Je serai heureux de répondre aux questions.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Guest.

Enfin, nous allons entendre Dr Brady Bouchard, président du Collège des médecins de famille du Canada.

Bienvenue au Comité. La parole est à vous.

Dr Brady Bouchard (président, Collège des médecins de famille du Canada): Merci.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de nous avoir invités à revenir vous parler si peu de temps après la récente réunion du 4 avril. Cela nous conforte dans l'intérêt que vous portez à la crise aiguë que traversent les effectifs du secteur de la santé du Canada.

Je remercie aussi mes collègues de l'AMC et de l'AIRC pour avoir travaillé avec le Collège des médecins de famille du Canada, ou CMFC, dans un esprit de collaboration sur un enjeu vraiment important pour le bien-être des Canadiens.

Je suis Brady Bouchard, médecin de famille et président du Collège des médecins de famille du Canada.

Je me joins à vous aujourd'hui en provenance du territoire du Traité 6 et de la patrie des Métis. Je suis accompagné de la Dre Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction du CMFC. Dre Lemire vous a livré notre déclaration lors de la réunion précédente et je vais prendre la parole aujourd'hui et faire la déclaration en anglais. Nous nous ferons un plaisir de répondre aux questions dans les deux langues officielles.

Nous vous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous portez à la feuille de route que nous avons élaborée avec nos collègues de l'AMC et de l'AIRC et des résumés fournis par les intervenants précédents. Ce document est plus pertinent que jamais. La semaine dernière, plusieurs articles très retentissants ont fait état de tendances alarmantes en matière de recrutement de résidents en médecine familiale.

Les données sur le jumelage en 2022 du Service canadien de jumelage des résidents, le CaRMS, confirment l'augmentation lente, mais constante, du nombre de postes de résidence en médecine familiale non pourvus. Il est maintenant temps de nous attaquer aux causes profondes de cette situation afin d'assurer la viabilité à long terme.

Le CaRMS jumelle les quelque 8 000 stagiaires en médecine aux programmes de formation des différentes spécialités médicales. Lors du jumelage de 2022, 1 569 résidences en médecine familiale étaient disponibles. Parmi celles-ci, 225 sont actuellement non pourvues après un premier tour, soit 14 %. Ce chiffre n'a jamais été aussi élevé.

En tant que médecin de famille en exercice à une étape encore relativement précoce de ma carrière, je peux vous dire que la médecine familiale est une spécialité fantastique, mais ces chiffres ne mentent pas. Notre spécialité subit actuellement des pressions croissantes qui la rendent moins attrayante pour les étudiants en médecine.

Les médecins en exercice font état de niveaux record de stress et d'épuisement professionnel et certains commencent à prendre une retraite anticipée, à réduire leurs engagements cliniques et à quitter complètement la profession. La cohorte des nouveaux diplômés étant appelée à se réduire, les répercussions potentielles sont considérables. Cette situation devrait préoccuper tout le monde au Canada en raison du rôle fondamental que jouent les médecins de famille dans notre réseau de la santé.

La feuille de route élaborée de concert avec l'AMC et l'AIIC propose une série de mesures qui peuvent être prises pour renforcer nos effectifs du secteur de la santé. Le CMFC appuie ces recommandations et approuve ce plan pragmatique et réalisable qui soutiendra la médecine familiale canadienne et les soins de santé en général, mais pour en faire une réalité, le plan doit être mis en oeuvre.

En ce qui concerne la médecine familiale, la feuille de route comporte deux domaines d'intérêt sur lesquels nous devons nous concentrer.

Le premier est celui des recommandations à l'appui des médecins de famille actuellement en exercice. Nos membres nous ont souligné que le premier facteur qui améliorerait la situation actuelle serait de réduire le fardeau administratif qu'ils supportent. Cela signifie de réduire le temps et l'énergie qu'ils consacrent à des tâches comme l'administration générale de la clinique, la tenue de dossiers et la paperasserie, qui les empêchent de prodiguer des soins directs à leurs patients. Laissez les médecins de famille faire ce qu'ils font de mieux, soit s'occuper de leurs patients et coordonner les soins, contribuera à réduire l'épuisement professionnel, à accroître la satisfaction et à retenir nos médecins en exercice.

Le deuxième domaine, illustré par mes commentaires sur le CaRMS, concerne la modification du modèle d'exercice de la médecine familiale à long terme afin que la spécialité redevienne un premier choix attrayant pour nos médecins de demain. Les étudiants en médecine nouvellement diplômés veulent travailler en équipe, dans un contexte où leurs compétences sont utilisées au mieux et où ils disposent des ressources nécessaires pour s'occuper de leurs patients, mais aussi pour trouver cet équilibre entre le travail et la vie personnelle qui fait cruellement défaut à tant d'entre nous.

Voilà pourquoi le CMFC appuie énergiquement la recommandation d'adopter le fonds d'intégration des soins primaires qui permettra aux cabinets de tout le Canada de se transformer en équipes de collaboration performantes et, par conséquent, d'améliorer l'accès aux soins pour tous au Canada. Des progrès ont été accomplis sur ce front, mais nous avons besoin d'une approche normalisée et bien soutenue qui ne laisse derrière aucune province, aucun territoire, ni aucune collectivité.

Nous attendons avec impatience la prochaine période de questions de cette réunion. Merci encore de votre temps et de votre intérêt.

• (1545)

Le président: Merci beaucoup, docteur Bouchard.

Nous allons maintenant passer directement aux questions et réponses, en commençant par les conservateurs pour six minutes, si vous voulez bien.

Vous avez la parole, monsieur Ellis.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Merci, monsieur le président et merci à tous les témoins d'être revenus. Je suis désolé de ne pas être présent en personne, mais je suppose que vous ne l'êtes pas non plus, alors cela n'a pas vraiment d'importance.

Cela dit, je tiens à souhaiter une bonne Semaine nationale des soins infirmiers à l'ensemble des infirmières et des infirmiers qui, je le sais, nous écoutent attentivement, tous mes anciens collègues. Je ne veux pas dénigrer les médecins, mais comme nous le savons, si nous n'avions pas de personnel infirmier au chevet des patients, tout le système serait très rapidement paralysé, ce qui m'amène à l'une de mes questions.

Je vais peut-être commencer par la Dre Smart.

Nous avons vu un tout petit peu de mouvement en matière de rétention grâce à l'engagement de remise de prêts du gouvernement. Évidemment, je pense que la feuille de route est très détaillée. Si nous pouvions choisir une mesure entre toutes les autres, quelle serait la priorité absolue?

Dre Katharine Smart: Merci pour cette question. Elle est difficile, car les problèmes sont manifestement nombreux.

De mon point de vue, la plus grande crise à laquelle nous sommes confrontés et pour laquelle certaines options s'offrent à nous, mais sur laquelle nous pourrions travailler, est la crise des soins primaires. Lorsque cette partie du système ne fonctionne pas, cela entraîne directement une surcharge des systèmes de soins secondaires, comme les services d'urgence et l'accès aux spécialistes, entre autres. C'est là que la difficulté commence.

Le défi des soins primaires touche aussi les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé. Si nous pouvons commencer à saisir ce dont il s'agit... Je pense que les témoins d'aujourd'hui et les mémoires que nous vous avons soumis vous ont renseigné sur les problèmes et les enjeux qui empêchent ce système de bien fonctionner. Ce sera le début de la réforme des systèmes dont nous avons besoin pour remettre le réseau sur ses rails.

Nous devons comprendre que nous devons nous engager en faveur des soins en équipe. C'est ce que tout le monde souhaite dans toutes les professions de la santé. Nous devons nous attaquer au fardeau administratif et comprendre que les soins primaires s'appliquent aux médecins.

Nous entendons des exemples de la façon dont le personnel infirmier est également amené à exécuter dans les hôpitaux des tâches qui ne lui reviennent pas. Il s'agit de trouver les bonnes personnes pour faire les bonnes choses et de les mettre sur la bonne voie, en reconnaissant que l'ancienne façon de faire ne fonctionne pas. Cela ne va pas attirer ni retenir des gens en médecine familiale. Ce problème ne fera que s'aggraver si nous ne prenons pas au sérieux la réforme de ce système.

Si je devais choisir une chose, ce qui est difficile, comme je l'ai dit, car tout est très important, cet élément est tout à fait essentiel pour la suite des choses. L'autre aspect est le permis d'exercice national, car il a une incidence sur la durabilité des soins primaires dans les régions rurales et éloignées et il est essentiel de veiller à ce que les médecins de ces collectivités puissent compter sur une relève pour les retenir.

• (1550)

M. Stephen Ellis: Merci, docteur Smart.

Par votre entremise, monsieur le président, j'ai deux questions précises. La première s'adresse à M. Guest et la seconde, au Dr Bouchard.

Monsieur Guest, vous avez explicitement parlé de la formation en soins infirmiers. De combien de places supplémentaires en soins infirmiers avons-nous besoin au Canada pour augmenter cette formation? En avez-vous une idée?

Nous avons parlé du besoin de 60 000 ou de 70 000 infirmières et infirmiers. De combien de places de formation avons-nous besoin pour commencer à rattraper les chiffres dont nous avons besoin?

M. Tim Guest: C'est une question intéressante à laquelle il est difficile de répondre, en partie parce que nous n'avons pas assez de données pour nous dire où nous avons besoin de gens et de quels ensembles de compétences nous avons besoin. Cela ajoute à la difficulté de le savoir vraiment.

Nous savons que les personnes qui souhaitent suivre des programmes de formation en soins infirmiers et devenir infirmières et infirmiers sont plus nombreuses que les places disponibles. Si je vous donnais un chiffre, je le ferais à l'aveugle pour le moment sans une stratégie nationale de collecte de données adéquate.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur Guest.

Cela fait partie de la collecte de données dont nous savons tous que nous avons désespérément besoin.

Enfin, monsieur le président, en m'adressant au Dr Bouchard par votre entremise, nous avons beaucoup parlé du fardeau administratif, de la nécessité de l'alléger et du fait que les gens doivent faire le travail pour lequel ils ont été formés.

Pouvez-vous nous donner des exemples précis du fardeau administratif dans le cabinet d'un médecin de famille, par exemple, et de la façon dont nous pourrions l'alléger?

Dr Brady Bouchard: Le fardeau administratif et la paperasserie varient d'un bout à l'autre du pays. Il y a de nombreux exemples à donner.

L'un d'eux est la façon dont nos DME, nos dossiers médicaux électroniques, fonctionnent à travers le pays, le nombre varié que nous avons et les différents fournisseurs. L'intégration entre les DME serait certainement utile. Beaucoup de télécopies manuelles vont et viennent pour faire le suivi des résultats complémentaires. Pour être tout à fait honnête, des tests de laboratoire et des analyses diagnostiques sont répétés parce qu'il est impossible de retrouver les résultats. Ce serait un exemple concret.

L'autre exemple est l'intégration entre les médecins de famille et tous les spécialistes qu'ils consultent. Cela se fait la plupart du temps par télécopieur. Il y a des allers-retours avec des formulaires précis ou différents types de formulaires. Si nous avions un système intégré de DME, soit un système à fournisseur exclusif ou des systèmes qui communiquent entre eux, cela allégerait considérablement le fardeau.

M. Stephen Ellis: Merci de cette réponse.

Monsieur le président, je pense qu'il me reste quelques secondes.

Docteur Smart, pouvez-vous nous parler brièvement du permis d'exercice pancanadien? Craignez-vous que cela n'alourdisse le fardeau administratif en créant un autre niveau de gouvernance?

Dre Katharine Smart: La question est importante. Ce n'est pas notre vision à cet égard, mais plutôt celle d'un processus transparent auquel l'ensemble des provinces et des territoires participeraient. On pourrait penser à un guichet unique, pour ainsi dire, si ces accords étaient en place.

L'objectif n'est pas d'alourdir le fardeau des médecins pour obtenir leur permis d'exercice, mais plutôt de simplifier le processus et de reconnaître que les exigences sont essentiellement les mêmes maintenant. Il y a toutes ces démarches administratives que les gens doivent effectuer et tous les coûts qu'ils doivent supporter pour obtenir un permis. Si nous pouvions simplifier le processus, les formalités administratives et les coûts pourraient être réduits, ce qui allégerait le fardeau et nous donnerait beaucoup plus de main-d'oeuvre, de capacité de déploiement et de souplesse.

• (1555)

Le président: Merci, docteur Smart et monsieur Ellis.

Nous allons donner la parole aux libéraux et à Mme Sidhu, s'il vous plaît, pour six minutes.

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

Je remercie tous les témoins de leur présence.

Comme vous, je tiens aussi à souligner que cette semaine est la Semaine nationale des soins infirmiers et la Journée des infirmières et infirmiers autochtones. Je tiens à remercier tous les membres du personnel infirmier du Canada de leur travail inlassable.

Ma première question s'adresse à M. Guest. Nous avons tous entendu au Comité que des infirmières et des infirmiers quittent la profession. Quels types de ressources et de soutiens devons-nous leur offrir pour qu'ils ne quittent pas la profession?

M. Tim Guest: Je pense que le problème est multidimensionnel. Des infirmières et des infirmiers nous disent que leur environnement de travail est l'une des raisons pour lesquelles ils envisagent de quitter la profession. Ils parlent de devoir travailler à court de personnel, de charges de travail excessives où ils doivent s'occuper de deux fois plus de patients que la normale. Ils se plaignent d'avoir l'impression que la qualité des soins s'est détériorée, parallèlement à ces environnements. Ils parlent de situations où on leur demande de travailler 24 heures consécutives. Nous ne permettrions pas à un pilote de piloter un avion sur un quart de 24 heures, mais dans certains endroits, nous permettons à une infirmière ou à un infirmier de travailler 24 heures. Nous entendons beaucoup parler de problèmes d'épuisement professionnel qui continuent de toucher le personnel infirmier, d'une détérioration considérable de l'état de santé mentale du personnel infirmier, un problème qui existait déjà avant la pandémie et qui s'est considérablement aggravé.

Nous devons remédier à certaines situations sur les lieux de travail qui créent du stress et il faut aussi de l'aide en santé mentale et d'autres mesures de soutien pour aider le personnel soignant à surmonter les expériences très difficiles qu'il a vécues pendant la pandémie. Ce serait très semblable aux mesures de soutien qui ont été mises en place pour les premiers répondants, comme les mesures visant le trouble du stress post-traumatique et certaines de ces mesures de soutien en santé mentale pour aider le personnel soignant à faire face à certaines situations tragiques qu'il a vécues.

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur Guest.

Ma prochaine question s'adresse à la Dre Smart. Nous devons augmenter le nombre de travailleurs de la santé formés. Le budget propose 115 millions de dollars, dont 30 millions de dollars récurrents, pour élargir le programme de reconnaissance des titres de compétence étrangers et ouvrir la voie à 11 000 professionnels formés à l'étranger. Comment pensez-vous que la collaboration avec les provinces et les territoires contribuera à alléger le fardeau?

Dre Katharine Smart: Je pense qu'il est vraiment important que nous essayions d'intégrer dans notre réseau les professionnels de la santé qui sont déjà au Canada. Nous avons de nombreux exemples de médecins, de personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé qui sont déjà ici au Canada et qui ont vraiment du mal à accéder au réseau de la santé pour de nombreuses raisons. Je pense que ce financement pourrait aider à simplifier ce processus.

Il est très coûteux de passer par ce processus. Je parle explicitement de la médecine, car c'est ce que je connais le mieux. Nous savons que le coût de cette formation pose un problème. Il est difficile d'avoir un accès suffisant au modèle de stages que nous utilisons, car les médecins formés à l'étranger doivent passer un certain temps avec un fournisseur canadien pour l'évaluation de la préparation à l'exercice, ce qui est souvent un travail non rémunéré. L'accès aux médecins canadiens qui peuvent offrir ce soutien et aider à intégrer et à orienter les gens dans notre système est limité, ce qui constitue également un obstacle. Ensuite, il y a le coût. Encore une fois, l'aspect réglementaire, qui consiste à faire évaluer leurs documents par nos organismes de réglementation, puis à obtenir un permis d'exercice, est très coûteux.

Je pense qu'il s'agit là de processus qui pourraient être simplifiés, rationalisés et facilités, ainsi que d'une aide financière pour les fournisseurs de soins de santé qui sont eux-mêmes des médecins formés à l'étranger au cours de ce processus, ce qui permettrait ensuite aux gens de s'intégrer avec succès dans notre réseau. À l'heure actuelle, comme les exigences réglementaires sont très variées, c'est très difficile et beaucoup de gens ne sont jamais en mesure de terminer le processus et ils sont écartés de l'exercice de la médecine. Je crois que c'est un défi pour toutes les professions de la santé. Si des fonds pouvaient être investis pour mieux comprendre comment nous pouvons rationaliser ce processus et aider les gens, je pense que nous aurions plus de chances de réussir à intégrer ces professionnels de la santé dans notre réseau.

● (1600)

Mme Sonia Sidhu: Merci, docteure Smart.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Bouchard. Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays en ce qui concerne les titres de compétences étrangers et l'admission dans les facultés de médecine? Vous avez dit que le nombre de jumelages est très faible.

Dr Brady Bouchard: Je pense que l'accès à la résidence dans les différents pays est très différent et donc difficile à comparer. Je dirais certainement, comme vous l'avez dit, que le nombre qui nous préoccupe est celui des jumelages de diplômés canadiens en médecine avec les postes de résidence en médecine familiale au Canada. C'est la tendance inquiétante de ces dernières années en ce qui concerne la formation d'un nombre suffisant de médecins de famille pour l'avenir. Dre Smart a déjà parlé de l'augmentation de la filière de la reconnaissance des titres de compétences pour les diplômés en médecine formés à l'étranger, et je suis tout à fait d'accord. J'aimerais aussi souligner qu'un nombre important de Canadiens étudient à l'étranger et ont obtenu leur diplôme de médecine à l'étranger, mais ils ne peuvent pas être jumelés à une résidence ici. Il s'agit à la

fois d'avoir plus de postes de résidence et de faire de la médecine familiale une spécialité plus attrayante.

Le président: Merci, madame Sidhu et docteur Bouchard.

[Français]

Je cède maintenant la parole à M. Garon, du Bloc québécois, pour six minutes.

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

Je profite du passage de nos invités pour saluer et remercier tous les travailleurs et toutes les travailleuses du secteur de la santé au Québec, qui ont fait un travail extraordinaire pendant la pandémie. Cela s'applique évidemment à tous les membres que leurs associations représentent.

J'aimerais dire, en guise d'introduction, que j'ai adoré votre mémoire. J'ai adoré qu'il y ait une ligne du temps, un outil graphique pour qu'on puisse bien comprendre votre plan et le situer dans le temps. Cela facilite mon travail et je vous en remercie beaucoup.

Après la lecture de votre mémoire, j'ai continué un peu le travail en faisant la liste des mesures budgétaires qui seraient nécessaires pour appliquer le plan que vous suggérez. Je vois les sommes que vous recommandez, notamment 300 millions de dollars pour des incitatifs afin de fidéliser les travailleurs et les travailleuses de la santé, 300 millions de dollars sur trois ans pour les frais de la gestion du fardeau administratif, 3,2 milliards de dollars pour un fonds d'accès aux soins primaires, 4,5 milliards de dollars pour une stratégie pancanadienne sur la santé mentale des travailleurs et travailleuses de la santé, ainsi qu'un certain montant pour les données sur les effectifs. Si on ajoute à cela les 2 milliards de dollars qui viennent d'être accordés dans le dernier budget pour les opérations chirurgicales qui ont dû être reportées, on est rendu aujourd'hui à 10,75 milliards de dollars, soit presque 11 milliards de dollars supplémentaires nécessaires sur un horizon de cinq ans pour pallier des problèmes qui ont été aggravés par la pandémie, mais dont on connaissait l'ampleur. Je pense, par exemple, au problème de rétention du personnel.

En regardant ces chiffres, je me demande s'il ne serait pas mieux avisé de tout simplement accéder à la demande des provinces et de bonifier les fonds qui leur sont versés au titre du Transfert canadien en matière de santé, et ce, de façon inconditionnelle. Cela coûterait moins cher à administrer et cela donnerait toute la flexibilité nécessaire aux provinces, étant donné l'importance des montants que nous avons ici.

Qu'en pensez-vous, docteure Smart?

[Traduction]

Dre Katharine Smart: Je crois qu'il ne fait aucun doute que nous avons un défi à relever en ce qui concerne la façon dont nous essayons de mettre à profit certaines de ces idées, qui sont des problèmes pancanadiens, et de prendre de l'élan pour régler des enjeux qui ont une incidence sur tout le monde, au lieu de continuer à être complètement cloisonnés avec les 13, voire 14 réseaux de soins de santé que nous avons.

Nous reconnaissons parfaitement que les provinces doivent fournir des soins de santé, qu'elles ont un rôle important à jouer et qu'il est important d'avoir davantage de connaissances locales, mais nous avons également du mal à tirer des leçons de ce qui fonctionne et à les appliquer ailleurs et nous nous retrouvons sans véritable changement transformateur.

Nous sommes tout à fait pour l'idée d'augmenter le transfert canadien en santé afin que les provinces jouissent d'une meilleure prévisibilité quant à la durabilité du financement qu'elles reçoivent. Cela dit, nous constatons aussi que plusieurs problèmes que nous avons décrits sont pancanadiens et qu'il serait peut-être plus efficace d'avoir des solutions auxquelles toutes les provinces et tous les territoires peuvent collaborer et mettre en oeuvre ensemble, plutôt que de recréer des solutions dans chaque province et territoire et de ne pas apprendre ou mettre à l'échelle les choses qui fonctionnent. Nous reconnaissons aussi que c'est notre mode de financement depuis de nombreuses années et que nous n'avons pas vu de réforme majeure des soins de santé.

Je pense que notre véritable préoccupation est de savoir comment dépasser le statu quo. Cela fait 20 ans que nous parlons de soins intégrés en équipe, mais nous n'avons pas vu d'engagement de haut niveau pour en faire le système de soins, alors comment dépasser le statu quo? Comment faire en sorte que les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral coopèrent pour prendre les mesures nécessaires à la réforme du système? Comment sortir de ce mode de crise? Je pense que l'inquiétude tient au fait que ce n'est pas en faisant toujours plus la même chose que nous y parviendrons.

• (1605)

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Merci beaucoup.

J'ai une question pour M. Guest.

Nous avons beaucoup parlé d'immigration. En effet, il faut favoriser l'immigration de travailleurs de la santé. J'en ai parlé avec des collègues libéraux. Je sais que c'est quelque chose de très important pour tous mes collègues ici, autour de la table.

Le Québec a cette particularité qu'il sélectionne lui-même les immigrants économiques. Je sais que c'est une priorité du gouvernement du Québec.

J'aimerais savoir si l'approche que vous proposez aujourd'hui au gouvernement fédéral, dans le but de favoriser l'immigration de personnel de la santé, a également été proposée au gouvernement du Québec. Êtes-vous intervenus auprès du gouvernement du Québec pour exprimer l'importance de cet enjeu, qui relève de sa compétence?

[Traduction]

M. Tim Guest: Nous avons été en rapport avec l'ensemble des ministères de la santé provinciaux et territoriaux. Nous avons transmis aux 13 provinces et territoires la communication que nous avons adressée au gouvernement fédéral, en leur recommandant à tous les mêmes approches.

Je dirais que lorsqu'il nous faut tendre la main, nous le faisons. Nous avons tendance à nous concentrer à l'échelle fédérale et à appuyer nos collègues de l'Association des infirmières et infirmiers du Québec dans leur démarche auprès du gouvernement et de la province de Québec. Nous avons tendance à ne pas nous immiscer

dans ces processus, mais nous avons fourni des renseignements à l'ensemble des provinces et des territoires sur nos recommandations bien avant la mise en place de la feuille de route.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Monsieur Guest, vous n'êtes pas le premier à nous dire qu'il faut améliorer la qualité de l'information et des données auxquelles nous avons accès pour mettre en oeuvre nos politiques de santé.

Quel genre de mécanisme de collecte d'information avez-vous en tête? Pensez-vous à quelque chose de plus collaboratif, où les provinces collaboreraient entre elles, ou à quelque chose d'extrêmement centralisé au gouvernement fédéral? Quelle est la grande idée derrière cela?

[Traduction]

M. Tim Guest: Merci pour cette question supplémentaire.

Nous ne sommes pas aussi explicites dans nos recommandations sur le résultat ultime de la collecte de données. Le plus important est qu'elle soit rapide et que des normes nationales s'appliquent à l'égard des données recueillies afin de disposer de renseignements révélateurs.

Actuellement, l'information est cloisonnée. Les définitions ne sont pas les mêmes et il est très difficile pour nous de prendre des décisions éclairées à la grandeur du pays en fonction de nos besoins.

Nous proposons plusieurs options. Nous avons appuyé les recommandations qui ont déjà été formulées. Il pourrait s'agir d'un nouvel organisme que le gouvernement fédéral créerait. Il pourrait financer un organisme à but non lucratif semblable au Partenariat canadien contre le cancer.

Essentiellement, nous n'avons pas de recommandation précise quant à la structure à mettre sur pied: ce qui compte, c'est le résultat et la rapidité avec laquelle nous l'obtenons.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Garon.

[Traduction]

Merci, monsieur Guest.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Davies pour six minutes. Je vous en prie.

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

Merci à nos témoins. Bonne Semaine nationale des soins infirmiers et bonne Journée des infirmières et infirmiers autochtones.

Je tiens à vous féliciter et à vous remercier tous d'avoir apporté des solutions à la table. Je pense que les problèmes nous ont été très bien décrits au cours de cette étude. Nous devons vraiment nous concentrer sur la façon dont nous pouvons régler le problème dont tout le monde est désormais très bien informé, je pense.

Je vais commencer par vous, docteur Bouchard. Selon vous, comment un permis d'exercice national pourrait-il contribuer à améliorer l'accès aux soins primaires? Je sais que cela aiderait les médecins à se déplacer, mais comment cela aiderait-il réellement à résoudre le problème dont nous sommes saisis?

Dr Brady Bouchard: Je pense que la mesure aiderait de plusieurs façons, dont quelques-unes ont déjà été invoquées par la Dre Smart.

L'une d'entre elles concerne certainement la disponibilité de suppléants. Nos membres nous disent constamment que les disparités actuelles en matière de dotation en personnel à travers le pays les empêchent souvent de prendre une pause dans leur pratique et de trouver un suppléant pour couvrir leur pratique pendant leur absence. Un permis d'exercice national offrirait certainement la mobilité nécessaire pour y parvenir. À l'heure actuelle, il s'agit surtout de suppléance à court terme. Il faut parfois beaucoup de temps, en plus de l'argent, pour obtenir l'inscription dans une province donnée.

L'autre problème dont nous entendons souvent parler concerne les villes frontalières. Nous avons un certain nombre de collectivités à travers le pays, certaines plus proches des frontières que d'autres, et d'autres particulièrement éloignées de leurs centres spécialisés de soins tertiaires, où il est possible d'obtenir des suppléants à une heure de route, plutôt que d'essayer d'obtenir quelqu'un d'ailleurs dans la province. Cela serait utile.

Ma ville natale, Lloydminster, est coupée en deux à la frontière entre la Saskatchewan et l'Alberta et à l'heure actuelle, il faut deux permis pour y exercer au quotidien. Le problème ne se pose pas seulement pour les remplaçants.

Ce sont les deux exemples que je tiens à souligner.

• (1610)

M. Don Davies: Merci, docteur Bouchard.

Docteur Smart, je me tourne vers vous pour que vous nous en disiez plus à ce sujet. Je sais que nous avons déjà parlé des soins virtuels et du rôle qu'ils pourraient jouer dans l'autorisation d'exercer à l'échelle nationale, alors je vais vous demander de commenter ce point.

De plus, vous avez mentionné qu'une stratégie en matière de santé mentale serait un élément clé à cet égard. Que devrait-elle comporter?

Dre Katharine Smart: Je commencerai par la question du permis d'exercer.

En ce qui concerne l'accès aux soins, nous savons qu'en ce moment, il est difficile, entre autres, de simplifier l'accès aux soins spécialisés. Cela a aussi une incidence sur les fournisseurs de soins primaires parce qu'une des principales sources d'épuisement professionnel pour les médecins de famille, c'est de ne pas pouvoir obtenir rapidement pour leurs patients les soins dont ils ont besoin. Il me semble que nous pouvons soutenir les médecins de famille en simplifiant le processus auquel ils doivent se soumettre pour accéder à ces consultations et aux soins en collaboration pour leurs patients.

Les soins virtuels le permettent. C'est également un outil qui donne plus de souplesse pour ce qui est de qui fournit des soins à qui, de sorte que nous pouvons mieux utiliser différentes disponibilités et réduire les temps d'attente dans tout le pays, ce que nous ne faisons pas maintenant. Je crois qu'un bon accès aux soins virtuels est important aussi pour les médecins de famille dans la continuité des soins qu'ils prodiguent à leurs patients. Il leur donne plus de latitude dans la façon dont ils répondent aux besoins de leurs patients et dans quel contexte, ce qui leur permet de mieux utiliser leur temps et celui de leurs patients. Autrement dit, si quelque chose n'a

pas besoin d'être fait en personne, beaucoup de gens préfèrent que ce soit fait virtuellement. Il y a également une incidence sur le patient qui doit s'absenter de son travail, se stationner et attendre dans la salle d'attente, au lieu d'avoir un rendez-vous virtuel rapide. Parfois, pour les problèmes chroniques, entre les rendez-vous plus longs dans une relation patient-médecin, les soins virtuels peuvent se révéler très efficaces.

Il est possible, selon moi, d'utiliser les soins virtuels pour améliorer l'expérience médecin-patient afin de permettre aux médecins de famille d'offrir les bons soins de la bonne façon au bon moment pour leurs patients, ce qui renforce la relation médecin-patient et aussi l'accès aux spécialistes. Je crois qu'en utilisant les soins virtuels, nous pouvons faciliter la tâche aux médecins de famille et aussi leur apporter le soutien dont ils ont besoin pour continuer de travailler, étant donné la complexité croissante et le vieillissement de la population.

C'est particulièrement vrai pour celles et ceux d'entre nous qui exercent en milieu rural ou dans des régions isolées où devoir voyager pour accéder aux soins peut représenter une charge importante pour les familles. Souvent, on peut arriver aux mêmes résultats en collaboration en utilisant les soins virtuels, ce qui présente, selon moi, beaucoup d'avantages. Par ailleurs, augmenter l'accès virtuel aux soins peut aussi faciliter la formation professionnelle continue des médecins, ce qui est un autre défi lorsqu'on vit en milieu rural ou dans des endroits éloignés. Il y a beaucoup d'aspects positifs aux soins virtuels.

En ce qui concerne la santé mentale, nous savons que la santé mentale des médecins s'est nettement dégradée pendant la pandémie. Apparemment, plus de 50 % des médecins souffrent d'une forme d'épuisement professionnel grave. C'est presque moitié plus qu'au début de la pandémie. De plus, les médecins sont nombreux à faire état de troubles cliniques.

Je crois que nous devons accroître l'accès aux soins de santé mentale pour les médecins afin qu'ils puissent régler ces problèmes. Nous devons lutter contre les préjugés en la matière. Nous connaissons des difficultés persistantes, car ces types de problèmes de santé doivent être signalés aux ordres professionnels, ce qui peut constituer un obstacle pour les médecins qui cherchent à se faire soigner. Nous devons déstigmatiser la santé mentale et reconnaître que les médecins sont des personnes et qu'ils ont ces problèmes comme n'importe qui d'autre dans la population. Nous devons normaliser ces problèmes et soutenir les médecins, et nous assurer qu'ils ont facilement accès aux aides voulues là où ils se trouvent afin qu'il n'y ait pas d'obstacle à y recourir.

Le gouvernement pourrait appuyer ces programmes et faire en sorte qu'ils soient offerts aux médecins afin qu'ils y recourent pour être au sommet de leur forme pour continuer de soigner les patients quand ils en ont besoin.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Docteur Bouchard, j'ai une petite question pour vous. Existe-t-il une solution informatique viable au problème de données que vous avez décrit?

Dr Brady Bouchard: Pas actuellement.

• (1615)

M. Don Davies: Et M. Guest de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada?

Le président: Répondez brièvement, si possible.

M. Tim Guest: Non, il n'en existe pas. Chaque province et territoire recueille des données de son côté et nous constatons que nous devons parfois aller établissement par établissement. Pour ce qui est des provinces, certaines ne savent même pas de quelles données sur les effectifs elles ont besoin. Il me semble qu'il ne suffira pas de trouver une solution informatique pour régler le problème des données.

Le président: Je vous remercie, monsieur Guest et monsieur Davies.

La parole est maintenant à M. Lake pour cinq minutes.

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): Je vais continuer sur la santé mentale. La semaine dernière, c'était la Semaine de la santé mentale et j'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs intervenants. J'ai également eu l'occasion de rencontrer la plupart d'entre vous individuellement. Nous avons un très bon groupe.

Je pensais à la santé mentale par rapport au sujet qui nous occupe. J'y vois trois aspects. Il y a ce dont la Dre Smart parlait il y a quelques secondes, c'est-à-dire la santé mentale, directement, de spécialistes ou de professionnels de la médecine. Mais tout d'abord, évidemment, vous avez affaire à la santé mentale de l'ensemble de la population aussi, et à son incidence sur la santé en général. Ensuite, vous avez affaire à la santé mentale de personnes qui vous consultent, et je peux imaginer que c'est particulièrement difficile dans bien des cas à l'heure actuelle. Ensuite, bien sûr, vous avez affaire à la santé mentale des professionnels.

Est-ce que c'est bien résumé? Est-ce que j'oublie un élément de l'équation? Quelqu'un souhaite-t-il faire un commentaire?

Dre Katharine Smart: Je peux faire un commentaire, si vous voulez.

Je crois que c'est un bon cadre. Je suis d'accord qu'il y a une interaction entre tous ces éléments, tout à fait.

Encore une fois, je pense que l'épuisement professionnel est lié à la santé mentale pour beaucoup de prestataires. Plus vous êtes épuisé professionnellement, moins vous avez de plaisir à travailler. Plus les personnes autour de vous sont épuisées, plus les interactions entre collègues peuvent devenir négatives. Toutes ces choses font que votre santé mentale n'est pas optimale.

Ensuite, comme vous l'avez mentionné, quand nos patients vont très mal et que nous n'avons pas les ressources pour les aider, c'est aussi très difficile.

Selon moi, les besoins des Canadiens deviennent plus complexes, avec le vieillissement de la population qui se traduit par des besoins médicaux plus complexes et les problèmes de santé mentale croissants et très fréquents dans tout le pays, en fait, puisqu'au moins un Canadien sur quatre fait face à des problèmes de santé mentale, et nous déversons tout cela sur un système défaillant, ce qui n'aide pas les citoyens comme il faudrait. Ce fardeau, je le répète, est souvent supporté par des médecins et d'autres professionnels de la santé qui sont très angoissés de ne pas pouvoir offrir aux patients les soins dont ils ont besoin.

Je pense qu'il y a une interaction entre ces trois éléments. Je pense qu'ils sont circulaires, qu'ils sont complémentaires et que si nous ne nous attaquons pas au problème globalement, nous ne parviendrons pas à le régler.

L'hon. Mike Lake: Docteur Smart, vous avez mentionné la promesse de Transfert canadien en matière de santé mentale de 4,5 milliards de dollars. Dans les conversations que j'ai eues la semaine dernière avec des intervenants, ils ont exprimé de plus en plus d'inquiétude au sujet du fait que les fonds n'étaient pas versés.

La promesse était plus particulièrement de 4,5 milliards de dollars sur cinq ans, mais pour le dernier exercice, 250 millions étaient promis et pour l'exercice courant, c'étaient plus de 600 millions. Évidemment, cela n'apparaît pas dans le budget.

Oublions les 4,5 milliards de dollars et pensons seulement au milliard de dollars presque qui a été promis il y a huit mois pendant la campagne électorale et qui aurait déjà dû être affecté à un Transfert canadien en matière de santé mentale, quelle différence feraient ces 900 et quelques millions de dollars en ce moment pour traiter quelques-uns des problèmes importants auxquels nous faisons face?

Dre Katharine Smart: Je pense qu'ils aideraient beaucoup. Je crois que nous commençons à voir une convergence croissante quant aux priorités et aux défis, mais il est très difficile de passer de la parole aux actes sans les ressources. Cette prochaine étape de financement et les soutiens financiers nécessaires pour opérer ces changements sont, à mon sens, essentiels.

L'hon. Mike Lake: Docteur Bouchard ou monsieur Guest, voulez-vous ajouter quelque chose? Une fois de plus, une promesse a clairement été faite, un engagement à dépenser cet argent maintenant, près de 1 milliard de dollars rien que pour l'année dernière et cette année. Qu'est-ce que ces fonds permettraient d'accomplir en matière de santé mentale et seraient-ils importants à cet égard?

Dr Brady Bouchard: Je vous remercie.

Oui. J'en dirai plus long sur le sujet. La Dre Smart a, bien entendu, mentionné que sans ressources, nous ne pouvons pas bouger à l'échelle provinciale ou fédérale ou encore en collaboration.

Je tiens à souligner pour les médecins de famille que nous avons besoin de ressources pour nous-mêmes et pour nos patients, notamment pour ce qui est de revenir à des soins dispensés en équipe. Nous ne pouvons pas nous occuper de la santé mentale des patients et de notre propre santé mentale dans les consultations de cinq ou dix minutes, ce qui est leur durée habituelle en médecine familiale. Nous avons besoin de ce passage à l'équipe pour nous occuper aussi de la santé mentale. Tout est relié. Il ne s'agit certainement pas de la seule santé mentale des professionnels de la santé.

• (1620)

Le président: Je vous remercie, monsieur Lake et monsieur Guest.

Ensuite...

M. Tim Guest: Comme mes collègues, je dirai que ces fonds sont essentiels. Je dois toutefois ajouter que les fonds supplémentaires ne résoudront pas le problème à eux seuls, alors qu'il y a également des postes vacants dans le système de santé mentale.

Au cours des deux dernières années, rien que pour les infirmières autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées, le nombre de postes vacants a augmenté de plus de 100 %. Nous devons donc bien faire attention à ne pas penser que les fonds supplémentaires résoudront à eux seuls ce problème parce que nous nous tromperions lourdement.

Le président: Je vous remercie.

Nous passons maintenant au Dr Powlowski pour cinq minutes.

Vous avez la parole.

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

Je tiens à remercier tous les témoins de leurs recommandations. Il y en a assurément beaucoup.

À mon avis, la clé pour qu'il y ait plus de médecins dans les régions mal desservies et plus d'infirmières dans tout le Canada, c'est la sixième recommandation sur la formation et le permis d'exercer des médecins diplômés étrangers et des infirmières formées à l'étranger. Il est, en fait, recommandé d'« élaborer un plan d'action pour permettre aux médecins, aux infirmiers et infirmières et au personnel infirmier praticien formés à l'étranger de travailler ».

Certainement que dans les régions mal desservies, les citoyens se moquent d'où vous venez, du moment que vous savez travailler. Je le sais pour avoir travaillé dans six pays et dans toutes sortes d'endroits au Canada qui sont mal desservis.

La sixième recommandation stratégique dit d'« élargir l'accès à l'évaluation de la capacité à exercer (ECE) pour les DIM d'expérience ». J'interrogerai la Dre Smart et le Dr Bouchard sur cette recommandation.

Nous avons parlé de cette étude plus tôt avec un témoin qui proposait... Il pensait qu'il n'y avait que quelques centaines de postes de ce type vacants par année au Canada. Est-ce que le fait de donner plus d'occasions aux diplômés étrangers de se soumettre à ces évaluations de la capacité à exercer nous permet d'augmenter le nombre de médecins formés à l'étranger qui reçoivent une autorisation d'exercer?

Dr Brady Bouchard: Il y a plusieurs aspects à prendre en compte.

Encore une fois, comme l'a dit la Dre Smart, nous avons tous entendu parler de médecins formés à l'étranger qui vivent maintenant au Canada. Ils sont canadiens, mais ils ne peuvent pas exercer. Augmenter les ressources des organismes d'évaluation de la capacité à exercer, c'est-à-dire des organismes d'accréditation qui font ces évaluations dans chaque province, est certainement un élément de réponse, et nous y serions favorables.

Je crois qu'il est important de reconnaître que le Canada doit démontrer qu'il offre un milieu de travail positif aux médecins pour les attirer en médecine familiale. Nous avons exposé de manière générale un certain nombre de préoccupations relatives à la médecine familiale auxquelles il faut répondre aussi.

Il y a également le concept de recrutement éthique. Certainement, les Canadiens immigrés de l'étranger qui sont à présent au Canada... Il me semble qu'il s'agit d'un principe clair, et il inclut les Canadiens qui sont partis étudier à l'étranger et qui sont revenus. Il existe un bassin de ressources. Nous serions favorables à plus de formation...

M. Marcus Powlowski: Désolé de vous interrompre.

Est-ce qu'il faudrait mettre plus d'argent à la disposition des collèges des médecins et chirurgiens dans tout le Canada? Est-ce que ce sont les collèges qui créent les évaluations de la capacité à exercer? S'ils avaient plus d'argent, est-ce que plus de postes seraient ouverts? Est-ce que c'est une partie du problème?

Dr Brady Bouchard: Je ne parlerai pas au nom des ordres professionnels. En tout cas, nous savons que ces évaluations de la capacité à exercer demandent beaucoup de ressources. Je dirai donc

que plus de ressources sont nécessaires. Désolé de ne pouvoir être plus précis.

Dre Francine Lemire (directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada): Je crois que le goulet d'étranglement, s'il y en a un, se situe dans la capacité d'évaluer un médecin qui vient de l'étranger, c'est-à-dire de travailler avec ce médecin pour s'assurer qu'il a les compétences voulues pour exercer dans un environnement canadien. Cette capacité fait partie des facteurs contraignants.

• (1625)

M. Marcus Powlowski: Le gouvernement a promis des fonds pour qu'il soit plus facile d'autoriser des diplômés étrangers à exercer au Canada. Est-ce que'il suffit de mettre plus d'argent à la disposition des collèges pour faire ces évaluations? Est-ce la solution? Ou est-ce que les médecins ne veulent pas faire les évaluations? Est-ce qu'il n'y a pas beaucoup de formateurs? Quel est l'obstacle exactement? Le gouvernement veut régler ce problème, me semble-t-il. Est-ce seulement une question de fonds supplémentaires ou est-ce qu'il y a d'autres choses que nous devrions faire pour arriver à ce qu'il y ait plus d'évaluations réalisées?

Dre Smart est silencieuse.

On dirait que vous voulez dire quelque chose.

Dre Katharine Smart: Je peux formuler quelques observations.

Comme mes autres collègues l'ont dit, la difficulté tient, selon moi, à ce qu'il n'y a pas qu'un problème. Le financement en est certainement un aspect, mais encore une fois, il y a aussi la difficulté à trouver des évaluateurs capables d'évaluer plus de médecins pour les aider à aller au bout du processus.

Encore une fois, ce que vous entendez, c'est que nous rajoutons cette tâche à des médecins de famille qui sont déjà surchargés de travail. C'est là que cela peut devenir très difficile dans le système parce que nous essayons d'utiliser les mêmes personnes pour différentes choses en même temps, et il est difficile d'en rajouter encore.

Nous devons vraiment réfléchir à la situation. Quel est le processus? Comment pouvons-nous aider les médecins qui font les évaluations et leur rendre cette tâche plus intéressante afin qu'ils puissent l'intégrer dans le déroulement de leur travail? Ensuite, comment nous assurons-nous que les évaluations sont bien financées? Par ailleurs, les personnes qui se soumettent à cette évaluation doivent être financées afin que ce soit pour elles quelque chose de raisonnable à accomplir. Il arrive qu'elles doivent se soumettre aux évaluations sans soutien financier et c'est un gros obstacle.

Les finances sont certainement un élément, mais je crois, comme vous l'entendez de manière générale aujourd'hui, pour toutes les questions dont nous parlons, que ce n'est pas le seul élément dans aucun de ces problèmes. Il y a vraiment des questions structurelles importantes. Il y a des questions de capacité importantes. Si nous ne pensons pas à ces deux éléments en parallèle, je ne crois pas que nous résoudrons le problème. Investir plus de fonds dans quelque chose qui ne fonctionne pas ne le fera pas fonctionner comme par magie.

Nous devons, selon moi, savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas. Comment répliquons-nous ce qui fonctionne? Quels sont les changements importants à apporter au système et comment appuyons-nous les nouvelles façons d'avancer pour que le système devienne viable?

Le président: Je vous remercie, docteure Smart et monsieur Powlowski.

[Français]

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

M. Jean-Denis Garon: Merci, monsieur le président.

Monsieur Guest, j'aimerais me concentrer sur votre troisième recommandation stratégique, que je trouve très intéressante. Vous proposez qu'on mette 3,2 milliards de dollars à la disposition des territoires, des provinces et du Québec pour valoriser la profession d'infirmier ou infirmière ainsi que la profession de médecin.

Quelle est l'échéance rattachée à votre demande de 3,2 milliards de dollars? Sur combien d'années cela s'échelonne-t-il? Ce n'est pas écrit dans le plan.

[Traduction]

Dr Brady Bouchard: Honnêtement, je n'ai pas de réponse à cette question, mais je vous recontacterai.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Il n'y a pas de problème.

Par ailleurs, vous n'avez pas mis de détails sur les modalités de ce transfert de 3,2 milliards de dollars que vous suggérez. Je comprends que vous vous êtes concentrés beaucoup plus sur les besoins du Québec et des provinces que sur les modalités et les conditions.

Pouvez-vous nous expliquer plus en détail ce que les administrations provinciales seraient en mesure de faire en matière de valorisation de la profession d'infirmière ou infirmier, par exemple, si on en venait à verser ces sommes aux provinces et au Québec?

[Traduction]

M. Tim Guest: Si cette question m'était posée, je dirais qu'à mon avis, la Dre Smart serait mieux placée pour y répondre parce qu'elle concerne surtout les soins primaires. Je la laisserais répondre.

M. Jean-Denis Garon: Docteure Smart.

Dre Katharine Smart: Je vous remercie de votre question.

Voici ce que nous cherchons à ce sujet. Nous avons entendu pendant la campagne électorale ce chiffre de 3,2 milliards de dollars pour améliorer l'accès aux soins primaires, et à mon avis, cet argent permettra de vraiment essayer de changer ce qui empêche le bon fonctionnement des soins primaires actuellement. Il me semble que nous vous avons exposé aujourd'hui bon nombre des problèmes à cet égard. Nous aimerions que ces fonds servent à passer à des soins intégrés, en équipe, et à vraiment changer le modèle de soins afin que les patients aient des centres de médecine de famille où ils trouveront différents fournisseurs de soins qui pourront répondre à leurs besoins. Ce modèle créera un meilleur environnement de travail pour les médecins de famille, ce qui rendra la médecine familiale plus intéressante et facilitera donc le maintien en poste des médecins qui ont déjà une expérience longitudinale de la médecine familiale. Parallèlement, la médecine familiale deviendra un domaine de spécialisation plus intéressant pour nos nouveaux diplômés en médecine, et le nouveau modèle permettra à d'autres professionnels de la santé d'exercer pleinement leur profession au sein d'une équipe, ce qui améliorera aussi leur satisfaction professionnelle. Le modèle s'appuie sur lui-même en ce qui concerne son succès à cet égard et pour ce qui est d'améliorer l'accès des Canadiens aux soins.

Voilà à quoi nous voudrions que ces fonds servent. Encore une fois, nous savons qu'il ne suffit pas d'avoir plus de médecins parce que, si ces médecins ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail, ou qu'elles ne sont pas bonnes, ils vont partir pour travailler autrement. C'est ce qui se passe actuellement. Beaucoup de médecins de famille exercent la médecine, mais pas dans le cadre d'un modèle de soins primaires dans une collectivité avec une patientèle. Ces fonds pourraient servir à changer ces conditions d'exercice de manière à ce que les médecins de famille veuillent vraiment être médecins de famille et que des personnes qui souhaitent travailler dans ces équipes qui offrent des soins primaires aux Canadiens puissent le faire dans un cadre longitudinal.

• (1630)

Le président: Je vous remercie, docteure Smart.

Monsieur Davies, je vous en prie. Vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Monsieur Guest, vous avez expliqué qu'il s'agit plus d'une crise de maintien en poste que de recrutement, et je vous crois sur parole, mais vous avez également mentionné que les charges de travail étaient un problème. Je dresse un tableau mentalement à partir de ce que j'ai entendu, à savoir que, les hôpitaux ayant réduit le personnel administratif, de soutien et de nettoyage, beaucoup de ces tâches sont imposées au personnel infirmier. Je comprends donc que la charge de travail des infirmières et infirmiers est alourdie s'ils doivent consacrer quelques heures de leur journée à du nettoyage et à des tâches administratives. Je comprends qu'augmenter l'effectif administratif et de nettoyage aiderait, mais est-ce que cette situation ne veut pas dire aussi que nous avons également besoin de plus d'infirmières et d'infirmiers en poste? Dans l'affirmative, pouvez-vous m'aider à quantifier le manque?

M. Tim Guest: À mon avis, c'est tout cela à la fois. En fait, nous avons ajouté un certain nombre de choses aux conditions de travail du personnel infirmier dont certaines concernent des tâches sans lien avec les soins infirmiers. Nous en avons vu des exemples. Certaines organisations ont mis en œuvre de nouveaux dossiers médicaux électroniques qui sont plus intégrés et elles ont donc réduit leur personnel de bureau, car les médecins rédigent une plus grande partie de leurs ordonnances eux-mêmes, mais il reste des tâches que ce personnel de bureau accomplissait et qui sont maintenant refilées au personnel infirmier.

Par exemple, j'entends dire que le personnel infirmier doit nettoyer les lits dans certains établissements la nuit pour des admissions parce qu'il n'y a pas de personnel de nettoyage présent. Il y a quelques exemples. Nous entendons également dire que beaucoup d'hôpitaux dans tout le pays sont en surcapacité, ce qui ajoute aux charges de travail du personnel infirmier. Ce qui rend la situation plus difficile, c'est que, parfois, les infirmières et infirmiers prennent leur poste alors que le milieu de travail est déjà en sous-effectif. Cela fait partie du problème dans un système où le nombre de postes vacants augmente sensiblement sans qu'on arrive à les combler, mais qu'on n'adapte pas le travail à l'effectif. Nous continuons de faire tourner bon nombre de nos établissements à plein régime, mais avec un effectif réduit qui n'est pas à 100 % de sa capacité, alors que nous nous attendons à ce qu'il continue d'absorber le même volume de travail.

Il faut qu'il y ait une sorte d'équilibre. Une partie du problème est qu'il crée un stress supplémentaire et qu'un plus grand nombre de ces travailleurs choisissent de partir parce qu'ils ne veulent pas aller travailler en ne sachant pas s'ils auront les 5 patients qu'ils devraient avoir, ou 10, ou s'ils vont pouvoir rentrer chez eux en fin de journée ou bien devoir travailler 16 heures parce que personne ne vient les relever. Voilà les difficultés. Ce n'est pas seulement qu'il faut plus de monde, c'est aussi qu'il faut examiner toutes les questions et trouver un équilibre entre toutes.

Le président: Merci, monsieur Guest,

Nous allons passer à Mme Goodridge pour cinq minutes. Vous avez la parole.

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Comme tous mes collègues, je commencerai par remercier tous les extraordinaires infirmiers et infirmières qui font fonctionner notre système de santé. Je salue tout spécialement une de mes amies, Katie. Vous faites un travail remarquable et nous sommes très fiers de tout ce que vous faites pour nos concitoyens.

Plus particulièrement, je lisais la semaine dernière un article de CTV Vancouver qui parlait un peu du fait qu'il y a en Colombie-Britannique un nombre inconnu de patients qui n'arrivent pas à trouver un médecin de famille. Cependant, en Alberta, certains de nos conseils, comme le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta qui a un répertoire qui lui permet de montrer combien de médecins acceptent de nouveaux patients dans la province, peuvent donner un nombre précis. Souvent, au Comité jusqu'à présent, les témoins parlent beaucoup de chiffres et soulignent qu'ils sont aléatoires dans tout le pays. Je me demande donc si les statistiques sont meilleures ou pires dans certaines provinces. La Dre Smart peut-elle répondre en premier?

• (1635)

Dre Katharine Smart: Je n'ai pas de réponse directe à cela parce que je ne sais pas exactement comment chaque province recueille des données. Je crois que nous voyons différentes provinces déclarer différents chiffres et différentes choses à différents moments, et certaines données semblent, en apparence au moins, meilleures que d'autres. Il me serait difficile de dire où regarder pour trouver des pratiques exemplaires.

À mon avis, il faut vraiment procéder à une normalisation de la production des données à l'échelle du pays et aussi nous assurer que nous parlons de la même chose. Par exemple, quand nous parlons des retards dans les opérations chirurgicales, les différences de production de ces données entre provinces font qu'elles ne correspondent pas toujours à ce que les patients ou les médecins vivent sur le terrain. Il me semble que, pour parvenir à recueillir les données pertinentes, il faut vraiment normaliser ce dont nous parlons quand nous discutons de différentes données et nous assurer que cette normalisation puisse être reproduite et que nous parlons des mêmes choses. Il s'agit d'éviter les comparaisons bancales.

Mme Laila Goodridge: Parfait.

Peut-être que le Dr Bouchard a une réponse à la même question.

Dr Brady Bouchard: Oui. Tout ce que je dirai, c'est que chaque province le fait à sa façon. C'est pourquoi il nous faut une certaine uniformisation en la matière. En tout cas, certaines provinces s'appuient sur les données de facturation de la rémunération à l'acte.

Je soulignerai à ce propos aussi qu'un médecin de famille n'est pas un médecin de famille. Certaines provinces ont fait comprendre qu'elles pensent avoir suffisamment de médecins de famille et, pourtant, un nombre important de patients n'ont pas de médecin attitré. Manifestement, les deux ne peuvent pas être vrais en même temps. Nous devons vraiment bien comprendre comment les médecins de famille, comment tous les travailleurs de la santé, exercent, que ce soit de manière générale ou dans une pratique plus ciblée aux urgences, dans le domaine des toxicomanies, etc., afin de savoir de quoi nous avons besoin et où.

Mme Laila Goodridge: Dans le même ordre d'idées, si vous pouviez concevoir un système, à quoi ressemblerait-il pour être certain de maîtriser nos ressources en santé?

Dr Brady Bouchard: Je vous remercie de la question. Je ne crois pas que nous serions aussi normatifs, si ce n'est pour dire qu'il est nécessaire d'agir à l'échelle nationale. Une normalisation est nécessaire. Les données doivent être partagées aussi afin d'éclairer la planification des effectifs de santé futurs.

Comme l'a dit M. Guest, il y a beaucoup de façons d'arriver à ce résultat. Le problème à l'heure actuelle est que nous n'avons pas les données et que lorsque nous avons des données, leur collecte diffère d'un endroit à l'autre du pays.

Mme Laila Goodridge: Très bien.

Passons à une autre perspective. Monsieur Guest, que pensez-vous de certaines des données que vous voyez et, à votre avis, est-ce que certaines provinces font mieux en matière de données?

M. Tim Guest: Je n'ai pas eu l'occasion de regarder de près comment chaque province et territoire collecte ses données. Je peux vous dire, d'après mon expérience personnelle, que la Nouvelle-Écosse fait du très bon travail en la matière, notamment pour les personnels de santé autres que les médecins. Ils travaillent très directement avec leurs collègues de l'enseignement supérieur. Le gouvernement est étroitement associé au processus. Ils travaillent en collaboration avec les organismes de réglementation. Il y a donc un exemple de province ou de territoire qui, selon moi, fait assez bon travail et dont nous pourrions reprendre certains des processus.

À mon sens, le Dr Bouchard a dit l'essentiel: nous nous y prenons de 12 ou 13 façons différentes. Ce n'est pas tant que tout le monde devrait faire la même chose ou que quelqu'un devrait faire les choses à la place des provinces et des territoires. En fait, il faudrait que les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral se réunissent et s'entendent sur une nomenclature normalisée quant à la façon de collecter les données, avec une collecte centralisée, ce qui permettra à tout le monde d'y avoir accès pour prendre de meilleures décisions. Voilà l'approche importante selon nous, me semble-t-il.

Mme Laila Goodridge: Très bien.

Je crois que mon temps de parole est écoulé.

Le président: En effet. Je vous remercie, madame Goodridge.

Le suivant est le M. Hanley. Vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie à mon tour tous les témoins de comparaître de nouveau devant le Comité et de présenter la feuille de route qui porte sur des solutions. Comme mes collègues, je souhaite souligner la Semaine nationale des soins infirmiers et la Journée des infirmières et infirmiers autochtones.

Docteur Smart, la situation est tellement critique qu'il est urgent de trouver des solutions et de formuler des recommandations. En plus de la feuille de route que les trois organisations nous ont présentée, vous avez publié une déclaration pas plus tard qu'aujourd'hui, je crois, sur la nécessité d'un leadership fédéral, en collaboration avec les provinces et territoires, d'une volonté d'augmenter l'offre et la disponibilité de médecins de famille au Canada. Je pense que c'est essentiel. Ce que j'aime vraiment dans cette déclaration, c'est que vous parlez de réimaginer la médecine familiale, ce qui ramène à l'idée de réforme des soins primaires.

Pouvez-vous dire quelques mots à ce sujet? À quoi ressemble le médecin de famille moderne, heureux, utile et efficace du XXI^e siècle? Projétons-nous à dans quelques mois ou à deux ou trois ans dans l'avenir.

• (1640)

Dre Katharine Smart: Je peux faire quelques observations et, ensuite, évidemment, j'aimerais savoir ce qu'en pensent les deux spécialistes de la médecine familiale ici présents aujourd'hui.

J'essaie vraiment d'adopter leur approche dans ce rôle. L'AMC essaie vraiment d'écouter les personnes qui sont les spécialistes en médecine familiale pour savoir ce qui leur complique la tâche à leur avis. Qu'est-ce qui les empêche de faire ce travail?

Tous les médecins de famille que j'ai rencontrés au cours de ma carrière ont choisi ce domaine de la médecine parce qu'ils croient vraiment dans le fait d'offrir une continuité de soins longitudinale aux familles de la naissance à la mort. Le fait que le système leur retire le bonheur d'offrir ce genre de soins très utiles montre, selon moi, qu'il est fondamentalement défaillant.

Les médecins de famille veulent offrir des soins sans avoir à s'inquiéter de tous les aspects commerciaux de la médecine, comme la hausse de l'inflation, l'augmentation des coûts de l'infrastructure de soins primaires, les charges administratives croissantes, l'incapacité de passer avec leurs patients le temps nécessaire pour se pencher sur des questions complexes, et l'absence d'équipe autour d'eux pour assurer une prise en charge complète.

Si nous nous projetons dans l'avenir, les médecins de famille veulent faire partie d'une équipe dans un centre de médecine de famille qui accueille leurs patients. Un tel centre signifie que le soignant dont les patients ont besoin est là pour s'occuper de leurs problèmes, qu'ils sont considérés dans leur intégralité, que les soins sont complets, et que les soignants sont là pour penser aux patients et à leurs besoins. Les médecins de famille ne veulent pas se demander comment tenir cette petite entreprise, comment utiliser ce barème de 18 000 codes d'honoraires et gérer toutes ces factures. Toute cette administration les éloigne de ce qui est au cœur de la médecine, c'est-à-dire la relation avec les patients.

Si nous pouvons y revenir et vraiment chercher à régler les problèmes de santé des Canadiens, nous aurons une population en meilleure santé, des effectifs en meilleure santé et un nouvel avenir pour la médecine familiale qui redeviendra un des domaines d'exercice les plus attrayants pour les nouveaux médecins.

M. Brendan Hanley: Je vous remercie.

Docteur Bouchard, prenons le sujet sous un autre angle. Dans cette équipe de soins primaires qui pivote autour de ce médecin de famille heureux, parlez-moi du patient et du client au milieu de tout cela. Quel avantage retirera-t-il de ce modèle?

Dr Brady Bouchard: La Dre Smart a parfaitement détaillé notre vision et expliqué comment nous voudrions exercer.

Les avantages pour les patients sont innombrables. Les médecins de famille sont formés à la complexité des soins dans un système de santé complexe avec des options de diagnostic et de traitement complexes. Nous voulons pouvoir travailler dans des conditions optimales et être entourés d'autres prestataires afin de ne pas nous concentrer sur la gestion. Si nous sommes en mesure de le faire, les patients en tireront tout à fait avantage, et certainement dans des soins longitudinaux.

J'aimerais avoir des patients rattachés à ma clinique que je verrais de la naissance à la mort, avec qui j'ai une entente. Je comprends leur situation. Je comprends leur famille, leurs valeurs, ce qu'ils attendent de leurs soins et leurs objectifs dans la vie. Nous avons la preuve que nous dispensons de meilleurs soins, et en tout cas plus efficacement, par rapport aux sommes investies dans ce modèle.

C'est là qu'interviennent les fonds pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires si nous pouvons transformer le système. C'est pourquoi il s'agit d'un fonds d'une durée limitée. Si nous pouvons exercer en équipe, ce sera plus efficace pour le système de santé et les patients y gagneront.

M. Brendan Hanley: Je vous remercie.

Je reviens à vous, docteur Smart.

Visiblement, des investissements fédéraux sont prévus dans le budget ou dans le cadre des engagements pris dans le programme électoral, notamment pour les soins de santé mentale, les soins primaires, la réforme et la résorption de l'arriéré. Comme vous l'avez tous dit, ce n'est pas simplement une question d'argent.

Vous avez passé beaucoup de temps à parler avec des collègues et des associations dans tout le pays. Quel devrait être, selon vous, le rôle fédéral pour ce qui est de susciter des changements? Nous sommes dans un régime fédéral. Les provinces ont compétence pour ce qui est de la prestation des services de santé, mais il nous faut quelqu'un au volant. Nous devons y arriver.

Docteur Smart, en 30 secondes ou moins, quelle attitude le gouvernement fédéral devrait-il adopter selon vous?

• (1645)

Le président: En fait, il a utilisé 30 secondes de plus que le temps qui lui était imparti. Par conséquent, quand il a dit 30 secondes ou moins, il exagérerait probablement.

Allez-y, docteur Smart, en étant aussi concise que possible.

Dre Katharine Smart: Je crois qu'il doit faire preuve du leadership nécessaire pour définir que les soins intégrés en équipe constituent la référence et représentent l'avenir. Il faut que ce soit le modèle. Faire moins que cela ne suffira pas en 2022. Nous devons donc, dorénavant, nous définir à partir de cette référence.

Le président: Très bien, merci.

Monsieur Lake, vous disposez de cinq minutes.

L'hon. Mike Lake: Je vous remercie. Cette étude est très intéressante.

Je tiens à dire, tout d'abord, que j'ai eu affaire, malheureusement, au système de santé pour des proches et pour moi-même, mais que cela a toujours été une très bonne expérience quand nous avons eu quelque chose d'urgent.

J'ai eu une encéphalite à 31 ans. Je peux vous dire qu'elle a été prise très au sérieux et que j'étais très heureux de recevoir le soutien que j'ai reçu.

J'ai un fils autiste. Je sais, docteur Smart, que c'est quelque chose qui vous parle professionnellement. Quand nous avons besoin d'aide pour lui, que nous essayons de comprendre ce qui se passe parce qu'il ne parle pas, nous obtenons toujours un soutien fantastique.

Cependant, dans ces interactions, j'ai remarqué des choses qui semblaient inefficaces, et c'est probablement le cas pour nous tous à différents moments.

Les fois où je n'étais pas gravement blessé — en jouant au hockey, par exemple — et où j'ai dû aller aux urgences parce que je ne savais où aller autrement, j'ai attendu des heures parce qu'il y avait des cas plus importants. Cela semble inefficace dans le contexte général. J'ai l'impression que je ne devrais pas être là, mais c'est le seul endroit qui fonctionne. Quand je consulte mon médecin de famille, qui est formidable, je le vois faire beaucoup de tâches administratives pendant la consultation. Il prend des notes, par exemple. Cela semble très inefficace.

Il semblerait qu'une grande partie du problème, c'est que les gens font des choses que, dans une large mesure, quelqu'un d'autre avec une formation différente ou moins de formation que les spécialistes — la formation spécialisée que les gens ont —, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières ou d'autres encore... Ils font des choses qu'ils n'ont pas besoin de faire.

Quand on pense à ces pratiques inefficaces et très coûteuses du système, comme les personnes qui se présentent aux urgences et qui ne le devraient pas, aux médecins qui prennent des notes ou, comme M. Guest le mentionnait, au personnel infirmier qui fait du nettoyage, ce sont autant de pratiques inefficaces et très coûteuses.

Quelles sont celles auxquelles il est le plus facile pour nous de remédier quand nous pensons à des mesures à prendre à la suite de cette série de réunions?

Dre Katharine Smart: La question est-elle pour moi?

L'hon. Mike Lake: Elle est pour qui veut répondre. Ce groupe est tellement formidable.

Dre Katharine Smart: Je laisserai quelqu'un d'autre parler parce que j'ai déjà beaucoup parlé.

L'hon. Mike Lake: Le micro du Dr Bouchard est ouvert.

Dr Brady Bouchard: D'accord. Je vais essayer de répondre à cette question.

Il est essentiel pour améliorer l'efficacité de notre système de passer à ce que le CMFC appelle les centres de médecine de famille. Ces centres, ces soins en équipe varieront d'un endroit à l'autre du pays selon les besoins des collectivités. Nous n'imposons pas tellement de choses pour ce qui est de la façon dont chaque clinique s'organise et de ses membres, mais, comme vous le mentionniez, chacune doit se concentrer sur les besoins de la collectivité. L'idée est que chaque membre de l'équipe travaille dans des conditions optimales, le but étant d'utiliser efficacement nos ressources.

Les 10 piliers des centres de médecine de famille et les ressources du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires nous permettront de le faire.

L'hon. Mike Lake: Quand je pense à mon propre médecin et aux médecins de famille, j'ai l'impression qu'ils dirigent, en quelque sorte, chacun leur petite entreprise. Ce que je veux dire, c'est qu'il y a quelque chose...

Je viens du monde des affaires. Si je dirigeais une entreprise de cette taille et de cette nature, j'aurais du personnel de soutien pour certaines tâches, et j'imagine que cela me permettrait de voir plus de personnes. L'argent, la rémunération, vient de là et ce serait presque rentable d'une certaine façon, si les bonnes personnes se chargeaient du travail de soutien. C'est une observation de l'extérieur.

Qu'est-ce qui empêche de fonctionner ainsi?

Dr Brady Bouchard: Nous avons déclaré publiquement que la solution réside dans d'autres modèles de rémunération — notamment en ne dirigeant pas votre propre entreprise dans une pratique avec une rémunération à l'acte —, et je dirai que deux ou trois choses empêchent d'opter pour ces modèles.

Les médecins de famille ne sont pas formés pour diriger une entreprise. Nous ne sommes pas formés pour embaucher et gérer du personnel, signer des contrats et nous occuper de la rémunération. Nous ne voulons pas de ces tâches. Malheureusement, selon la pratique, elles occupent une part importante de notre journée qui n'est donc pas consacrée aux soins cliniques. Elles contribuent à l'épuisement professionnel, surtout dans nos régions urbaines à l'heure actuelle, avec l'inflation et l'augmentation des frais généraux commerciaux, des fournitures médicales et de tout le reste.

Il me semble que d'autres modèles de rémunération dans le cadre d'un exercice de la médecine en équipe permettent, entre autres solutions, d'apporter des changements importants pour échapper à certains des éléments qui empêchent de fournir les meilleurs soins.

L'autre option est celle de nos solutions informatiques, nos logiciels de dossiers médicaux électroniques. Si nous pouvons intégrer ces systèmes entre les centres d'aiguillage, les cliniques de soins primaires et même les hôpitaux, ce sera un énorme gain de temps pour chaque membre de l'équipe et ce sera durablement profitable.

• (1650)

L'hon. Mike Lake: Merci.

Le président: Merci, monsieur Lake et monsieur Bouchard.

Le suivant est M. van Koeverden, pour cinq minutes.

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

Par votre intermédiaire, monsieur le président, j'ai une question qui pourrait être un peu technique. Elle n'exige pas une réponse précise ou une réponse vraiment technique, mais je suis vraiment curieux de savoir si quelqu'un a des idées sur les proportions éventuelles de la contribution qui pourrait être apportée à la main-d'œuvre canadienne des soins de santé, que ce soit par le personnel infirmier, les médecins ou tout autre niveau de la main-d'œuvre, qui pourrait provenir des diverses... Je me penchais plus particulièrement sur les points 5 et 6 du mémoire conjoint de l'AMC, de l'AIC et du CMFC, qui traitent des nouvelles infrastructures de formation et d'éducation ainsi que des nouveaux permis d'exercice.

Je pense également au fait que si le Canada n'a pas à l'heure actuelle la capacité de former un nouveau personnel infirmier et de nouveaux médecins, il serait peut-être utile de créer des voies plus simples pour que le personnel infirmier et les médecins canadiens formés à l'étranger puissent revenir exercer leur profession.

Mais quelles sont les proportions en jeu? Quelqu'un a-t-il des idées à ce sujet? Y a-t-il une méthode qui contribuera davantage, ou envisageons-nous une contribution égale de ces diverses modalités?

M. Tim Guest: Je veux bien commencer.

La réponse simple est qu'aucune d'entre elles ne sera la solution unique qui nous sortira le plus de cette situation. C'est une question à facettes multiples. Il va falloir une approche à plusieurs facettes.

Du point de vue du personnel infirmier, nous savons qu'il y en a un certain nombre formé à l'étranger qui est déjà dans le pays et qui se bat dans le processus de réglementation pour pouvoir faire partie de la main-d'oeuvre, mais ce n'est pas un pourcentage massif de la population infirmière actuelle qui sera la solution pour nous sortir de cette situation. Cela aide.

Je pense que dans la situation dans laquelle nous nous trouvons, il faut prendre en compte tout ce qui peut aider à faire face à ce qui va être une crise massive. Il y a de plus en plus de postes vacants, de plus en plus de personnes dans la population active actuelle qui veulent la quitter et une liste croissante de Canadiens qui ont besoin d'opérations et de traitements qui ont été retardés pendant des mois. Cela finira par avoir une incidence négative sur les conséquences en matière de santé, et nous serons de plus en plus en difficulté et dépendrons de la même main-d'oeuvre pour nous aider à nous en sortir.

Il nous faut adopter une approche globale. Nous devons examiner toutes ces situations, à la fois à court terme, comme aider le personnel infirmier formé à l'étranger à recevoir la licence lui permettant d'exercer la profession... Pour être honnête, je pense que ce personnel infirmier offrirait quelque chose même s'il était sur le marché du travail à faire toutes sortes de choses, sans parler d'attendre son homologation. Il y a des choses qu'ils pourraient faire maintenant pour les aider à s'adapter et à découvrir le système.

Mais nous devons faire toutes ces choses.

M. Adam van Koevorden: Merci, monsieur Guest.

Quelqu'un d'autre a-t-il d'autres observations sur la contribution éventuelle de diverses modalités, ou dois-je passer à une autre question?

Docteur Smart.

Dre Katharine Smart: J'allais simplement faire écho à ce que M. Guest a dit. Je crois qu'il s'agit vraiment de tirer parti de toutes les possibilités. Je conviens également du fait qu'aucune de ces choses, à elle seule, ne sera la solution complète. Néanmoins, elles sont toutes des occasions d'intégrer plus de gens dans le système. Encore une fois, nous devons nous assurer que nous avons un système dans lequel les gens veulent être, donc nous devons faire ces choses simultanément.

• (1655)

M. Adam van Koevorden: Je vous remercie.

Pour que les choses soient claires, je n'essayais pas de réduire cela à la seule chose que nous pouvons faire pour résoudre cet énorme problème. J'essayais simplement de savoir si nous pensions que

80 % du problème pourrait être résolu avec ces deux ou trois solutions, et que le reste serait une sorte d'arrondissement des erreurs. Mais je suis d'accord pour dire que ce n'est probablement pas le cas. Nous ne savons pas, très franchement, quelles seront les solutions tant que nous n'aurons pas commencé à les employer.

J'ai lu ce week-end une réflexion pertinente sur quelque chose de totalement différent, à savoir que nous avons toutes les solutions et qu'il nous suffit de les déployer. Il ne s'agit pas de trouver de nouvelles idées pour lutter contre le changement climatique ou de créer des solutions pour les ressources humaines du secteur de la santé, ou le manque de ressources. Il s'agit de les déployer.

J'ai une question concernant la formation. Il est évident que cela se fait sur des mois et des années, et que cela ne permettra pas de résoudre le problème dans les six prochains mois. Mais le fait d'accorder davantage de bourses aux personnes qui se lancent dans cette formation ne serait-il pas un peu mettre la charrue avant les boeufs, car il n'y a pas assez de places?

Il me semble également que dans la plupart des secteurs d'activité, il est possible d'avoir plus de personnes que de places, ce qui pourrait être vrai aussi dans le secteur des soins infirmiers. Nous aurons moins de places ici que de participants à la réunion, mais nous nous débrouillons. Alors, les écoles et collèges de sciences infirmières pourraient peut-être offrir davantage de formation que leur capacité générale.

De nouvelles bourses d'études pour les futurs étudiants encourageraient-elles plus de gens à s'engager?

Dre Katharine Smart: Je vais commenter du point de vue médical.

À l'heure actuelle, nous n'avons pas assez de places dans nos écoles de médecine pour le nombre de personnes qui veulent faire des études de médecine. Elles ont trop de demandes, et c'est pourquoi de nombreux Canadiens choisissent d'aller à l'étranger, principalement en Irlande et en Australie. Ces deux pays semblent être les deux endroits de prédilection pour les Canadiens qui veulent faire des études de médecine. C'est en grande partie parce que les gens n'ont pas pu se faire accepter par les écoles de médecine ici. Je pense qu'il est important d'accroître la capacité de notre système.

Je pense que les bourses d'études sont vraiment importantes si l'on considère le défi d'améliorer la diversité de notre main-d'oeuvre et de permettre à celle-ci d'être plus représentative de tous les Canadiens. Les études de médecine sont incroyablement coûteuses. Certaines des priorités des candidats en ce qui concerne les activités parascolaires témoignent vraiment de leur situation privilégiée; ce ne sont pas des choses que beaucoup de Canadiens auraient pu faire.

De mon point de vue, pour bien servir les Canadiens en tant que profession, il est très important de s'assurer que notre main-d'oeuvre est diversifiée. Je pense que l'élimination des obstacles financiers pour permettre à différents types de personnes de différents milieux de devenir médecins sera essentielle pour l'avenir.

Le président: Merci, docteur Smart.

[Français]

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

M. Jean-Denis Garon: Merci, monsieur le président.

Docteur Smart, j'ai été touché par les propos que vous avez tenus plus tôt sur l'accès aux soins. Personnellement, je me sens très concerné par l'accès aux soins en région. Par exemple, à Senneterre, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, au Québec, nous avons connu des situations où l'hôpital a dû fermer parce qu'il manquait de médecins et de ressources.

Pendant la pandémie, on a pu voir très rapidement de nombreuses innovations importantes, notamment grâce à la télémédecine. Le Collège des médecins a été capable assez rapidement de modifier les normes de pratique de sorte que les gens aient accès à des consultations à distance, ce qui a permis d'assurer une certaine fluidité des services. Évidemment, je comprends que tous les soins ne peuvent pas être prodigués de cette façon.

De votre point de vue, pour que l'on passe de façon plus pérenne à ce nouveau mode de consultation, quels seraient les investissements ou les ressources nécessaires, et quels efforts devraient être déployés, en particulier par les facultés de médecine?

[Traduction]

Dre Katharine Smart: Je crois qu'il y a plusieurs choses. L'un des plus grands défis dans les régions éloignées, tant pour les soins aux patients que pour l'idée de décentraliser certains aspects de la formation médicale afin d'améliorer l'accès pour les Canadiens des régions rurales et éloignées, est l'Internet lui-même. Je vous parle aujourd'hui du Yukon. Ici, le service Internet est très cher et n'est pas de grande qualité. Je dirais que c'est plus que ce que la plupart des gens peuvent se permettre. Personnellement, je paie plus de 200 \$ par mois pour mon Internet, ce qui est un montant plutôt choquant.

Nous devons veiller à ce que tous les Canadiens aient un accès équitable aux technologies de communication. Cette révolution des soins virtuels qui s'est produite si rapidement en raison de la pandémie a été révolutionnaire à bien des égards. Nous cherchons encore à savoir exactement comment en tirer le meilleur parti. Je pense que nous allons voir certains de ces changements se produire dans le domaine de l'éducation également, et nous allons cesser de penser que tout doit se passer dans les grandes villes, à l'université.

Il existe déjà d'excellents exemples de formation médicale répartie dans tout le pays. Je pense que nous pouvons continuer à nous appuyer sur ces modèles. Nous devons examiner ce qui fonctionne et comment ces modèles servent les Canadiens qui veulent devenir médecins. Nous allons devoir nous assurer que l'infrastructure est là pour que les gens puissent se connecter efficacement et participer à ces expériences virtuelles. Je pense qu'il y a un problème d'équité si l'accès n'est pas universel. On commence alors à créer deux niveaux d'accès différents, tant sur le plan de la formation que sur le plan des soins aux patients. Je pense que c'est un domaine important sur lequel il faut se concentrer.

• (1700)

Le président: Merci, docteur Smart.

Le suivant est M. Davies, pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Docteur Bouchard et docteur Lemire, le fonds d'intégration des soins primaires semble être un élément central de vos suggestions.

Quels conseils nous donneriez-vous sur les éléments de mise en oeuvre que nous devrions garder à l'esprit lors de la création et de la gestion de ce fonds?

Dre Francine Lemire: Je pense que nous voyons le fonds d'intégration des soins primaires comme un fonds temporaire qui serait mis en place afin de permettre la mise à l'échelle de certains modèles de soins qui sont déjà prometteurs. Par exemple, le groupe de médecine de famille au Québec, les équipes de santé en Ontario et les réseaux de soins primaires en Alberta. Ce sont là quelques exemples de modèles de soins qui favorisent une bonne intégration et des soins en équipe, et ils se sont révélés prometteurs en ce qui concerne la réduction du nombre de visites au service des urgences, une meilleure adhésion aux mesures préventives et une plus grande satisfaction des patients et des prestataires.

Ce fonds permettrait de mettre à l'échelle, d'aider et de soutenir les pratiques familiales afin de parvenir à ce modèle de soins, parce que nous savons que des investissements s'imposent au départ pour pouvoir récolter les avantages à l'arrivée dans certains des résultats qui ont été décrits, ainsi que des économies du point de vue de la prestation des soins de santé.

M. Don Davies: Merci.

Je suis désolé, aviez-vous autre chose à dire?

Dre Francine Lemire: Vous et moi en avons déjà discuté: offrir un fonds ciblé dans le but précis de faire certaines des choses dont je viens de parler, auquel les provinces pourraient faire une demande. J'espère qu'elles seront toutes intéressées à avoir accès à ce fonds pour favoriser l'innovation à grande échelle.

M. Don Davies: Monsieur Guest, je vais revenir sur une question que je ne pense pas vous avoir posée correctement auparavant.

La question est de savoir s'il existe une solution informatique viable. Je sais qu'un des problèmes est le fait que les hôpitaux et les provinces ne se parlent pas entre eux, et il semble que ce soit une cause majeure de problèmes. Existe-t-il une solution informatique à ce problème? C'est ce que je demande.

M. Tim Guest: À notre connaissance, non.

Nous avons certainement vu, dans le monde, certains pays faire un assez bon travail dans ce domaine. Je pense qu'il y a quelques exemples dont nous pouvons tirer des leçons. Les États-Unis ont un programme pour ce faire. Je ne pense pas que nous devons partir de zéro et réinventer la roue. Il existe des renseignements et des connaissances dont nous pouvons nous inspirer.

Je pense que le plus important ici est... Ce n'est pas tant la solution informatique elle-même que l'infrastructure nécessaire pour la mettre en oeuvre. L'ICIS, l'Institut canadien d'information sur la santé, est un très bon exemple de ce qui se passe déjà dans le système de santé canadien. Cet organisme fédéral a pour tâche de rassembler les données sur la santé recueillies par toutes les provinces, et de les verser dans un dépôt central. Ces données sont analysées et remises aux systèmes de santé afin qu'ils puissent les utiliser pour la planification. C'est un peu ce dont nous parlons: une organisation qui aiderait à normaliser la collecte de données, que les provinces et les territoires alimenteraient afin qu'elles puissent être analysées et fournies aux décideurs des provinces et des territoires pour une meilleure planification des stratégies en matière de ressources humaines en santé, qu'il s'agisse du nombre de places à augmenter dans les établissements d'enseignement ou de l'investissement nécessaire pour soutenir les cliniciens de sorte qu'ils puissent se spécialiser dans un domaine qui doit être développé.

Ce sont là quelques exemples.

Le président: Merci, monsieur Guest.

Monsieur Ellis, allez-y. Vous avez cinq minutes.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président.

Je dois dire que nous sommes merveilleusement efficaces aujourd'hui. Nous avons fait de nombreux tours de questions, ce qui est inhabituel pour nous. Il n'y a pas eu d'interruption par la sonnerie, ce qui est également formidable.

Avec tout le respect que je lui dois, je ne suis pas d'accord avec l'un de mes collègues, M. Van Koeverden, qui s'est demandé si nous avons les solutions. Une partie de la difficulté ici est de comprendre l'ampleur de ce problème et l'importance du changement requis. Nous avons besoin de gens. Nous avons besoin de médecins et d'infirmières, et cela prend du temps. Nous comprenons également qu'il y a une grande réticence à choisir la profession de médecin de famille. Nous avons entendu parler des sièges non jumelés par le Service canadien de jumelage des résidents, le CaRMS, un changement énorme qui s'est produit au cours de la dernière génération environ. À mon avis, cela crée un gros problème.

J'ai deux autres observations à faire, puis je poserai quelques questions.

Premièrement, les soins en équipe sont extrêmement inefficaces. J'ai pratiqué les soins en équipe dans une clinique de traitement de la douleur chronique au cours des 15 dernières années environ, et la vitesse à laquelle nous pouvons voir les patients est beaucoup plus lente. Nous devons en discuter, nous devons remplir des dossiers, et ainsi de suite. C'est une difficulté.

Deuxièmement, je ne suis pas tout à fait sûr que le gouvernement comprend la gravité de la situation. Je ne suis pas tout à fait certain que tous les Canadiens comprennent à quel point la situation est grave. Comme les soins en équipe constituent une partie importante de la feuille de route, j'aimerais demander au Dr Bouchard de commenter l'inefficacité des soins en équipe. Il y a certainement de nombreux cas en médecine familiale — et je reconnais mon parti pris parce que je suis un médecin de famille de la dernière génération — où il n'est pas forcément nécessaire de consulter une équipe. Comment faites-vous le tri?

● (1705)

Dr Brady Bouchard: Je crois qu'au lieu d'« efficacité », ce à quoi vous faites peut-être allusion est le temps par visite ou le temps par patient. Il est certain que ce temps augmente dans une pratique en équipe, et il le devrait. Les patients sont plus complexes. Il faut plus de temps pour régler les problèmes. Nous venons de parler du fardeau de la santé mentale pour les prestataires, mais aussi pour les patients, et cela prend certainement plus de temps.

Un modèle de soins en équipe qui est bien mis en oeuvre n'est pas forcément synonyme d'augmentation des ressources et des dollars. Ce modèle intégrerait différents membres de l'équipe travaillant au maximum de leurs compétences et de nombreux membres de l'équipe qui ne sont pas aussi spécialisés et, pour être franc, autant payés que les médecins de famille, mais il y a aussi les économies en matière de soins de santé.

La Dre Lemire a expliqué que même si une clinique ou un réseau de soins primaires en équipe coûte plus cher directement, il y aurait d'importantes économies indirectes découlant de la réduction du nombre de visites aux services d'urgence, qui sont beaucoup plus coûteuses, et du nombre des admissions à l'hôpital.

Cela peut changer par visite, par patient venant dans une clinique. Cela peut prendre plus de temps. Cependant, ayant moi-même travaillé sous les deux modèles, je pense que les patients reconnaissent la valeur — et en tant que médecin de famille, je reconnais certainement la valeur — de pouvoir prendre ce temps supplémentaire pour régler tous les problèmes. Dans tout le pays, on entend parler d'un problème par patient et d'un problème par visite. Les patients n'aiment pas cela, et les médecins de famille n'aiment pas cela, et je pense que nous pouvons faire mieux.

M. Stephen Ellis: Merci, docteur.

Dre Francine Lemire: J'ajouterais simplement peut-être qu'il faut du temps et de l'énergie pour travailler efficacement en équipe. J'ai vécu la même chose que ce que vous avez décrit. Vous voyez un patient qui a été vu par plusieurs personnes différentes avant d'arriver jusqu'à vous, et ce n'est pas efficace. Il faut consacrer de l'énergie pour aider les gens à bien travailler en équipe. Cela doit faire partie du processus.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

Par votre intermédiaire, monsieur le président, je félicite la Dre Lemire, félicitations pour la quantité du travail qu'elle a accompli sur ce projet particulier au fil des ans. Elle l'a accompagné durant de nombreuses itérations et de nombreux rapports. Docteur Lemire, dans quelle mesure avez-vous l'assurance que nous arriverons à y parvenir cette fois-ci?

Je sais que c'est une question politiquement biaisée. Je le reconnais vraiment.

Dre Francine Lemire: La seule chose que je dirai, c'est qu'à mon avis, nous sommes tous ici aujourd'hui conscients que nous sommes à un point d'inflexion en ce qui concerne le fonctionnement des soins primaires et des soins communautaires. Nous en sommes tous conscients, aujourd'hui plus que jamais. Je dirais que nous sommes à une croisée des chemins cruciale, et je perçois une véritable volonté d'investir dans un avenir qui ne sera pas une reprise du passé.

Je suis plus confiante que je l'ai été par le passé, mais je ne quantifierai certainement pas cette confiance par un pourcentage.

● (1710)

M. Stephen Ellis: Bien dit. Quelle belle façon de terminer, monsieur le président!

Le président: Merci, docteur Lemire.

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

M. Marcus Powlowski: Ayant pratiqué la médecine pendant de nombreuses années et ayant travaillé avec beaucoup d'infirmières et infirmiers au cours de ces années, et reconnaissant certainement leur rôle clé dans le système de soins de santé, je vais demander à M. Guest quelques renseignements sur les problèmes auxquels est confrontée la profession infirmière. Tous ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de la médecine savent à quel point le personnel infirmier est surchargé, en particulier dans les hôpitaux, et qu'on lui demande toujours de faire des heures supplémentaires et des quarts de travail supplémentaires, et qu'il a trop de travail à faire parce en raison du manque de personnel.

Selon votre recommandation numéro six, on — probablement, le gouvernement — devrait soutenir et élargir les possibilités d'agrément et de déploiement du personnel infirmier formé à l'étranger afin d'assurer un approvisionnement immédiat de la main-d'œuvre, comme cela se fait dans des provinces telles que le Manitoba et l'Ontario.

Nous ne faisons pas cela depuis assez longtemps pour avoir parlé à des personnes de chacune des provinces.

Monsieur Guest, pourriez-vous nous dire ce que l'Ontario et le Manitoba ont fait?

M. Tim Guest: La situation en Ontario est plus récente. Je vais vous donner un exemple. Ils ont mis des ressources en place très rapidement pendant la pandémie pour collaborer avec l'organisme de réglementation afin d'accélérer le processus pour ces personnes. En ce qui concerne les infirmières et infirmiers formés à l'étranger, trois obstacles les empêchent d'entrer sur le marché du travail.

Le premier est leur statut d'immigration, qui a parfois un impact sur leur capacité à accéder aux programmes. Cela a des répercussions sur les possibilités d'avancement, car ils ne sont pas encore considérés comme des résidents permanents.

Le second est lié au coût du processus de réglementation. Ce ne sont pas toutes les personnes qui disposent des ressources nécessaires pour payer les coûts connexes. En Colombie-Britannique, par exemple, nous avons constaté que l'agrément peut coûter jusqu'à 15 000 \$ à une infirmière formée à l'étranger.

Le troisième élément est la longueur des délais de traitement. Nous avons entendu des exemples dans les provinces où il peut falloir jusqu'à trois ans pour qu'une personne se fraye un chemin dans ce processus. L'Ontario a notamment collaboré avec le collège en lui fournissant des ressources afin qu'il dispose de plus de personnel pour évaluer les personnes pour accélérer le processus.

Il s'agit d'établir la concordance entre la personne et ses capacités, et de l'aider à s'inscrire dans la bonne catégorie de soins infirmiers. Il arrive souvent qu'une personne découvre qu'elle ne peut pas être inscrite dans une catégorie et doit recommencer tout le processus pour être inscrite dans une autre.

M. Marcus Powlowski: D'après ce que vous dites, il serait possible, avec davantage de ressources, de délivrer des permis à un plus grand nombre de diplômés étrangers. Pouvez-vous me dire approximativement combien d'infirmières et infirmiers supplémentaires ont été autorisés en Ontario grâce à ce processus accéléré?

M. Tim Guest: Je ne peux pas vous citer un nombre de mémoire, mais je peux certainement essayer de vous obtenir un nombre plus précis.

M. Marcus Powlowski: Ce serait formidable.

Est-il vrai que le personnel infirmier doit également obtenir une licence dans chaque province? Comme ma femme a fait ses études d'infirmière aux Philippines, je sais que parmi ses camarades de classe, certaines ont pu exercer en Alberta et d'autres en Californie, mais d'autres n'ont pas pu obtenir de permis en Ontario. Est-ce que cela a un sens? La qualité des soins infirmiers en Ontario est-elle tellement supérieure à celle de la Californie et de l'Alberta? J'en doute.

Qu'en est-il de la possibilité d'établir des exigences nationales pour l'obtention du permis d'exercer en soins infirmiers? Nous

l'avons entendu au sujet de la profession médicale. L'avez-vous envisagé pour les soins infirmiers?

M. Tim Guest: Oui, nous l'avons fait. Je dirais que la profession médicale est plus avancée sur cette question que les infirmières. Nous plaçons en faveur d'un identifiant national des infirmières, où une infirmière aurait un numéro d'identification qui la suivrait tout au long de sa carrière dans tout le pays. Ce n'est pas le cas actuellement. Cela pose beaucoup plus de problèmes sur le plan de la mobilité interprovinciale.

Lors de la pandémie, cela a été un énorme problème pour les Forces armées canadiennes lorsqu'elles ont essayé de déplacer certaines de leurs ressources entre les provinces. Si leurs ressources sont enregistrées en Nouvelle-Écosse, par exemple, et qu'elles en avaient besoin au Québec, elles se sont heurtées à l'obstacle de la nécessité d'avoir des processus provisoires pour les faire agréer.

Il pourrait y avoir des mécanismes qui faciliteraient cette mobilité interprovinciale, et un identificateur national unique nous en rapprocherait de l'objectif.

• (1715)

Le président: Merci, monsieur Guest et monsieur Powlowski.

Allez-y, monsieur Barrett, pour cinq minutes.

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

Merci à tous les témoins d'aujourd'hui. Je profite de l'occasion pour remercier également nos infirmières et infirmiers, à l'occasion d'une semaine de reconnaissance pour tout leur travail.

J'ai eu l'occasion de parler à certains d'entre vous lors de réunions précédentes. Je me demande simplement à quel moment le mieux devient l'ennemi du bien — pas même le bon —, mais ce qu'il faut faire pour arrêter l'hémorragie de personnel dans les professions de la santé.

J'ai quelques exemples, et je vous en ai déjà parlé. Il y a des applications de médecine virtuelle, des applications de télémédecine, qui permettent de parler à une infirmière ou un infirmier praticien pour obtenir une ordonnance au lieu d'aller chez le médecin. Il y a les dossiers de santé électroniques, de sorte que dans les Forces canadiennes, par exemple, peu importe la base ou l'assistant médical auquel je m'adresse, il suffit de taper mon numéro de matricule pour obtenir mon dossier. Je comprends que, lorsqu'il s'agit des renseignements médicaux des gens, une prudence extrême est de rigueur. Il faut faire preuve de la plus grande délicatesse à cet égard. Mais ne nous trouvons-nous pas face à des solutions qui existent et que nous pourrions utiliser, et ne s'agit-il pas d'une question de coopération intergouvernementale?

En gardant ce cadre à l'esprit, je voudrais simplement demander quelles sont les choses que l'on pourrait faire dès maintenant pour saisir ne serait-ce que quelques-unes des solutions les plus aisées, car j'ai le sentiment que nous avons beaucoup de très gros problèmes. Y a-t-il des mesures rapides que nous pouvons prendre pour les résoudre en tant que pays?

Cette question s'adresse à vous tous.

Dr Brady Bouchard: Je vais commencer, pour répondre à cette question.

Je dirais qu'à court terme, ce que nous proposons dans le fonds d'intégration des soins primaires pour inciter les provinces et les cabinets médicaux à adopter les soins en équipe est une solution possible.

Nous savons comment procéder aux soins en équipe. Nous en avons un modèle. Comme l'a mentionné la Dre Lemire, il existe depuis un certain temps déjà et nous devons simplement passer à ces modèles. Cela constituerait une amélioration immédiate.

Pour ce qui est des deux points que vous avez soulevés, il est certain qu'une source unique, ou des dossiers médicaux électroniques intégrés seraient utiles; je ne crois pas que cela traverse les frontières provinciales, mais même à l'intérieur des provinces, cela n'existe pas forcément partout au pays, du moins à ma connaissance.

Pour ce qui est de votre autre point sur les soins virtuels, nous serions les premiers à déclarer que les soins virtuels sont là pour rester. Ils ont certainement permis de prodiguer des soins au début de la pandémie, lorsque nous ne pouvions pas le faire en toute sécurité ailleurs. Cette technologie sera essentielle à l'avenir pour les disparités géographiques, pour des raisons d'efficacité et pour éviter que les patients attendent dans des salles d'attente. Il y a des préoccupations en matière d'équité, et nous ne voulons pas remplacer un médecin de famille dans une collectivité rurale par de simples soins virtuels. Ce n'est pas juste pour eux, et les soins virtuels ne peuvent pas tout remplacer dans les soins primaires et la médecine familiale.

L'autre point sur lequel je voudrais insister est que tous les médecins de famille, je crois, veulent les soins virtuels, mais ceux-ci doivent être intégrés à la pratique familiale longitudinale. Tous les Canadiens méritent de voir un médecin de famille et son équipe périodiquement, et cela peut se faire au moyen de solutions technologiques ou en personne.

M. Michael Barrett: Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Vous avez une minute.

M. Michael Barrett: Quelqu'un d'autre veut-il répondre pendant cette minute?

M. Tim Guest: Je serais heureux de le faire.

J'aimerais aussi ajouter quelque chose à ce que le Dr Bouchard a dit.

Il est possible d'intégrer davantage les dossiers de santé électroniques que nous avons. Nous avons dépensé des millions et des millions de dollars dans le pays pour mettre en place des systèmes qui n'ont pas été conçus en fonction d'une normalisation, pour qu'ils puissent se parler entre eux. Ils pourront le faire au fur et à mesure que la technologie évolue. Nous continuons à en ajouter d'autres versions et à aggraver le problème, alors que si l'on exigeait que tous les nouveaux systèmes soient intégrés... L'Alberta est un exemple: la province entière est en train d'intégrer tous ses hôpitaux en un seul système. Nous voyons des choses semblables dans tout le pays.

J'ai vu des exemples en Ontario où une personne reçoit son congé d'un hôpital, est transférée dans un autre hôpital 15 minutes plus loin et où le dossier complet doit être imprimé et envoyé en format papier avec le patient, puis saisi à nouveau dans le système de l'hôpital voisin parce que les systèmes ne sont pas intégrés.

Il est possible de le faire. Ce serait coûteux, et il faudrait une certaine volonté pour y arriver, mais c'est possible.

• (1720)

Le président: Merci, monsieur Guest et monsieur Barrett.

M. Michael Barrett: Merci pour les réponses.

Le président: Nous avons Mme Sidhu, pour cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à la Dre Smart. Vous avez parlé de la nécessité d'améliorer les données virtuelles — qui sont aussi matière à préoccupation quant à la bonne gestion des ressources humaines en santé — et d'avoir une stratégie pancanadienne en matière de données sur la santé pour améliorer le système avec de bonnes données, et pour éclairer la prise de décisions et mesurer les progrès. Avez-vous des recommandations précises sur la façon dont nous pouvons améliorer la collecte de données, en particulier dans les collectivités rurales?

Dre Katharine Smart: Pour ajouter à ce qui a été dit aujourd'hui au sujet des données, je crois qu'il est vraiment important qu'elles soient normalisées et qu'elles soient utilisées à bon escient. Ce que nous voulons vraiment, c'est un système axé sur les données et les résultats, de sorte que nous utilisions les données pour nous assurer que nous rendons compte des investissements que nous faisons dans les soins de santé et qu'ils produisent les résultats que nous voulons voir dans notre système. Je pense que si nous le concevons dans cette optique, nous pourrions alors utiliser les données pour surveiller ce que nous faisons et voir dans quelle mesure nous nous rapprochons des résultats que nous visons, et aussi pour fournir aux prestataires une rétroaction sur les soins qu'ils prodiguent aux patients. L'utilisation efficace des données pourrait améliorer la qualité des soins et la responsabilisation de bien des façons.

Ce qui est essentiel et constitue la raison pour laquelle nous pensons qu'il doit s'agir d'une approche pancanadienne sera de permettre cette normalisation à l'échelle du pays et de s'assurer que nous créons des normes de base dans tout le pays afin que nous avançons tous dans le même sens. À mon avis, c'est vrai du côté des données sur les patients.

Du côté de la planification des ressources humaines en santé, je crois qu'il faudra des données pour que nous puissions savoir ce que nous essayons de faire. D'après ce que vous avez entendu aujourd'hui, s'il est difficile de répondre à certaines questions très précises sur des choses comme le nombre d'infirmières, d'infirmiers et de médecins... et où ils se trouvent exactement, c'est que nous l'ignorons.

L'autre problème est que parfois nous ne comptons pas les bonnes choses. Nous pourrions probablement vous dire combien de personnes sont autorisées à exercer comme médecin de famille au Canada, mais il est peut-être plus difficile de savoir combien de ces médecins fournissent réellement des soins primaires de façon régulière ou longitudinale. C'est pourquoi il est difficile de dire que nous avons besoin de x personnes de plus, car si l'on ajoute 1 000 médecins de famille dans une province, mais qu'aucun d'entre eux ne prend en charge un groupe de patients, cela ne résout pas le problème de l'accès aux soins primaires.

Nous devons être très clairs sur l'information que nous essayons de recueillir au moyen des données. Nous devons nous assurer qu'elles sont liées aux résultats que nous visons dans notre système, et que tout l'enjeu est la responsabilisation, car nous savons que les investissements dans le système de santé canadien représentent une utilisation très importante de l'argent des contribuables.

Mme Sonia Sidhu: Merci, docteur Smart.

Ma prochaine question s'adresse à tous les témoins. Nous avons entendu parler de la nécessité d'augmenter le personnel administratif afin de libérer les professionnels de la santé du fardeau de la paperasserie. Que peut-on améliorer et quel impact ces améliorations auraient-elles? Que devrions-nous faire pour que les professionnels de la santé n'aient pas à s'occuper de la paperasse alors que les médecins ont besoin de savoir ce qui doit y être placé? Que faut-il faire pour arriver à un résultat tangible?

M. Tim Guest: Je peux tenter de répondre à cette question. Nous avons proposé que le gouvernement fédéral fournisse des ressources aux provinces et aux territoires afin qu'ils puissent ajouter une capacité supplémentaire dans le système de sorte qu'ils aient des personnes qui peuvent faire certaines de ces tâches, libérant ainsi les médecins et le personnel infirmier afin qu'ils puissent se consacrer aux tâches qu'ils sont les seuls à pouvoir faire. C'est une partie de ce que nous avons proposé. Il s'agit d'avoir des ressources supplémentaires pour installer ces travailleurs.

• (1725)

Dre Francine Lemire: Le défi est que nous avons différents systèmes qui ne se parlent pas à l'heure actuelle. Les solutions devront être adaptées aux régions et aux emplacements pour être efficaces. Je ne crois pas qu'il y ait une seule solution dans tous les cas. J'essaie de penser à mon propre cabinet, lorsque j'en avais un, et à l'utilisation de mes DME. J'avais en fait un commis pour commander certaines des choses que je commandais, et selon la façon dont le système fonctionnait, je pense que cela pourrait être assez difficile. Il est vraiment nécessaire d'avoir des conversations à l'échelle régionale pour voir ce qui pourrait être confié à d'autres pour cette aide de bureau, comme l'a mentionné M. Guest. Il est difficile d'avoir une solution unique, à moins que la Dre Smart ou le Dr Bouchard ne connaissent une solution unique qui serait utile dans ce domaine.

Dre Katharine Smart: Non, je suis d'accord avec vous. Je ne crois pas qu'il y ait une solution unique, mais je pense que certaines des choses que nous avons entendues...

Une autre chose qui a été efficace dans certains contextes est le scribe, quelqu'un qui travaille avec vous, qui documente ce qu'il faut pour vous, qui remplit les formulaires au fur et à mesure et qui soutient ce travail. Cela peut être un moyen de réduire réellement le fardeau administratif.

Je crois que les stratégies sont nombreuses et variées. Il s'agirait probablement d'en choisir deux ou trois, de les essayer pour voir comment elles fonctionnent, puis de voir ce qui pourrait être adapté à différents environnements.

Le président: Merci, docteur Smart.

[Français]

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

M. Jean-Denis Garon: Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais poser une question à la Dre Lemire.

D'abord, je vous salue, docteur Lemire. Je n'ai pas encore eu l'occasion de vous poser des questions.

Vous avez parlé plus tôt de l'idée d'un fonds fédéral qui serait ciblé, auquel les provinces pourraient avoir accès et qui aurait pour objectif de valoriser les modèles les plus efficaces et les plus prometteurs parmi ceux élaborés par lesdites provinces. Vous avez nommé les groupes de médecine familiale, au Québec. Je les aime beaucoup; je suis un patient d'un tel groupe. J'aimerais que vous me disiez si je comprends bien votre idée.

Prenons la situation où le gouvernement fédéral met en place un fonds qui est assorti de conditions. Le Québec élabore un modèle comme celui-là et, finalement, il s'avère être un succès, malgré toutes les contraintes financières que connaît le système de santé québécois. Le Québec pourrait alors faire une demande pour avoir accès au fonds fédéral, sous certaines conditions, de façon à faire financer son propre modèle, celui qu'il a lui-même élaboré.

Ai-je bien compris l'esprit de la chose?

Dre Francine Lemire: C'est un exemple d'une façon dont le fonds pourrait être utilisé.

Je crois qu'au Québec, environ 70 % des médecins de famille ont la possibilité d'appartenir à un groupe de médecine familiale. Vous connaissez peut-être les statistiques mieux que moi. D'après ce que j'entends, c'est un modèle qui est prometteur, mais qu'il est encore possible d'améliorer. Le fonds permettrait d'examiner ce que vous faites présentement et d'essayer d'améliorer le système que vous avez, en plus de permettre à davantage de médecins de famille de travailler en équipe en utilisant ce modèle, qui, espérons-le, pourrait être amélioré encore plus.

M. Jean-Denis Garon: Docteur Lemire, il ne me reste que quelques secondes.

Dans un système bien financé où le gouvernement fédéral verserait des fonds plus adéquats aux provinces et au Québec au titre du Transfert canadien en matière de santé, les provinces et le Québec auraient les moyens d'élaborer de meilleurs modèles. De plus, des provinces bien financées pourraient naturellement s'inspirer des modèles élaborés dans les autres provinces pour entreprendre des réformes.

Que pensez-vous de cette idée ou de cette avenue, qui consisterait à mieux financer les provinces pour qu'elles puissent élaborer de nouveaux modèles et s'inspirer les unes des autres?

Dre Francine Lemire: En fait, c'est ce que nous essayons de promouvoir. Vous pensez peut-être à un modèle différent de celui-là. Je ne comprends pas votre question.

M. Jean-Denis Garon: Le fait d'augmenter substantiellement les transferts inconditionnels en santé permettrait aux provinces d'élaborer ces modèles et de s'inspirer les unes des autres. Une partie du manque d'innovation tient possiblement au fait que nos provinces sont à court de ressources et que la proportion des coûts du système de santé qui est couverte par les transferts en santé a diminué au fil des années, passant de 35 % autrefois à 21 % aujourd'hui.

Le président: Répondez brièvement, si possible, docteur Lemire, car le temps de parole du député est écoulé.

Dre Francine Lemire: Nous croyons qu'il est important d'avoir des fonds consacrés au genre de réformes et d'améliorations que nous devons avoir. Cela n'empêche pas l'allocation de fonds pour lesquels il y aurait plus de latitude, mais nous croyons qu'à ce moment-ci, il est important d'affecter des fonds au genre d'améliorations que nous proposons.

• (1730)

Le président: Merci, docteur Lemire.

[Traduction]

La dernière personne à poser des questions dans la séance d'aujourd'hui est M. Davies.

Vous avez deux minutes et demie, monsieur.

M. Don Davies: Merci.

Pour revenir à la question de M. Garon, nous avons entendu à plusieurs reprises qu'il faudrait tenir un sommet sur le financement de la santé auquel participeraient les premiers ministres provinciaux et territoriaux ainsi que le premier ministre pour discuter des transferts en matière de santé au Canada.

Il me semble que vous parlez ici d'idées très ciblées sur la façon dont nous pourrions injecter au moins 2,25 milliards de dollars, je crois, dans le fonds pour remédier à la pénurie de soins de santé.

Juste à main levée, combien d'entre vous souhaiteraient la tenue d'un sommet sur le financement de la santé afin de prioriser les initiatives nécessaires pour résoudre la crise du personnel de santé au Canada? En avons-nous besoin?

D'accord. Il y a des gens dans la salle qui lèvent la main. Pour le compte rendu, tout le monde a levé la main. Merci.

En ce qui concerne le permis d'exercer national, j'aimerais revenir sur ce qu'a dit mon collègue, M. Powlowski. Il peut y avoir des normes provinciales différentes pour diverses choses, mais je ne peux pas croire que les titres de compétence d'un médecin ou d'une infirmière au Nouveau-Brunswick diffèrent de ceux d'un médecin ou d'une infirmière au Manitoba ou en Colombie-Britannique.

Lorsqu'il s'agit de cette question, est-ce que quelqu'un soulève des questions de compétence? Est-ce qu'une province, à votre avis, met en avant ses normes de compétence pour empêcher ce concept de permis d'exercer national, ou est-ce que vous entendez une opinion positive chez des collègues provinciaux à qui vous avez parlé?

Dre Katharine Smart: Je peux commenter cela.

Vous avez raison de dire qu'un médecin formé et accrédité au Canada peut obtenir un permis d'exercer dans n'importe quelle province ou territoire. Le problème n'est pas qu'il n'obtient pas de permis. Il doit simplement franchir les étapes pour l'obtenir. Les exigences à cet égard sont les mêmes. Cela n'est pas toujours vrai si la

personne a été formée à l'étranger, mais ça l'est si elle a été formée au Canada.

Je pense que nous commençons à voir un certain changement dans la volonté des gens. Encore une fois, les organes de réglementation ont tous leur façon de faire les choses. Et chacun pense, naturellement, que sa façon de faire les choses est la meilleure ou la plus sûre. Ce protectionnisme est courant, je crois, dans de nombreux aspects de la façon dont les gens travaillent. Mais la pandémie a changé la donne. Les gens commencent à voir maintenant la nécessité d'une plus grande coopération, la nécessité de pouvoir tirer parti des soins virtuels, la réalité de la pénurie de personnel de santé, et la nécessité de s'éloigner de certaines de ces idées protectionnistes pour adopter une optique plus axée sur la collaboration.

Cela ne signifie pas que les organes de réglementation provinciaux n'auraient aucun rôle. Il s'agirait plutôt de créer des occasions de collaborer et de réimaginer quelque peu la situation. Ils auraient encore un rôle et des responsabilités. Mais nous sommes probablement plus proches de cette réalité que nous ne l'étions avant la pandémie. Je crois que si vous aviez posé la même question il y a trois ans, les gens auraient pu dire qu'ils en étaient très loin. Nous en sommes plus proches maintenant. Il ne reste plus qu'à donner simplement un dernier coup de pouce pour franchir la ligne d'arrivée.

À mon avis, si nous avons pu faire passer un pays entier aux soins virtuels en 48 heures essentiellement, nous pouvons réussir à cela également.

Le président: Merci, docteur Smart et M. Davies. C'est une note très optimiste pour terminer.

J'aimerais vous dire, chers témoins, que vous êtes probablement le dernier groupe de témoins pour cette étude. À moins que vous ne proposiez d'autres témoins, je m'attends à ce que nous émettions des instructions de rédaction assez rapidement. Merci beaucoup de nous avoir aidés tout au long de ce parcours grâce à votre patience et à vos réponses très complètes. Nous vous en sommes très reconnaissants. Je vous remercie également pour votre travail sur la feuille de route. Je m'attends à ce qu'elle soit un élément très important du rapport que nous présenterons.

Chers collègues, je n'ai qu'un ou deux points à aborder avant de conclure. La réunion de mercredi sera une reprise de la réunion qui a été annulée mercredi dernier. Elle se déroulera avec les mêmes témoins, avec les travaux du Comité à la fin pour parler de ce que nous allons faire par la suite. Nous accueillons également la délégation finlandaise ce mercredi à midi. Nous vous encourageons à être présents.

Le Comité souhaite-t-il lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: 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>