CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

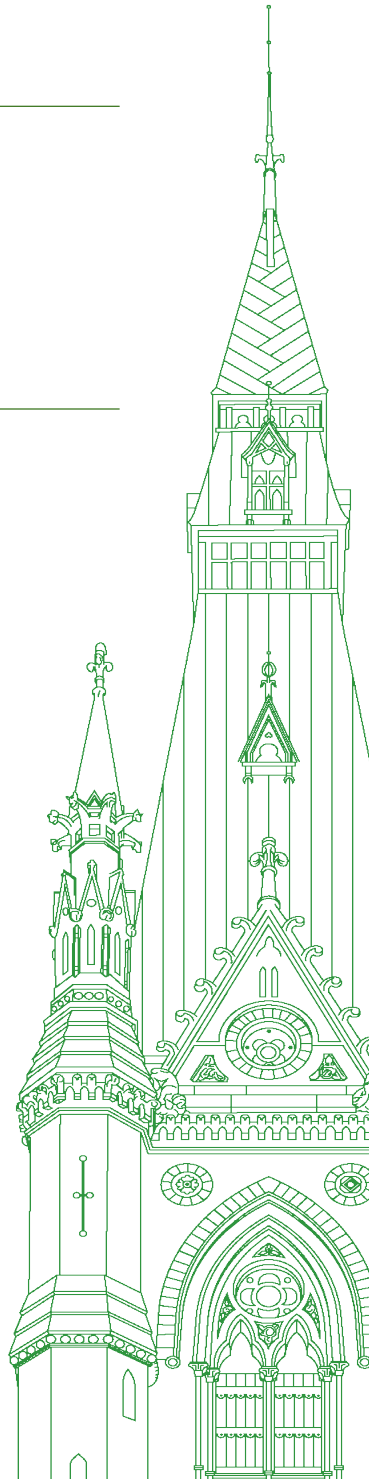
45e LÉGISLATURE, 1re SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 041

Le lundi 2 novembre 2026



Président : Sukh Dhaliwal

Comité permanent de la santé

Le lundi 2 novembre 2026

● (1105)

[*Traduction*]

Le président (Sukh Dhaliwal (Surrey Newton, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bonjour. Bienvenue à la 41e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

La réunion d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément au Règlement. J'aimerais rappeler aux participants les points suivants. Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Si vous participez par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Veuillez le mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Au bas de votre écran, vous pouvez sélectionner le canal d'interprétation approprié: parquet, anglais ou français. Si vous êtes dans la salle et que vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Si vous participez par Zoom, veuillez utiliser la fonction « Lever la main ».

Toutes les interventions doivent être adressées à la présidence, mais je dispose ici d'une certaine latitude. Je ne veux pas interrompre les honorables députés ni les témoins, parce que vous devez pouvoir obtenir vos extraits vidéo. Voici comment je vais procéder. Honorables députés, levez la main si vous voulez que les témoins cessent de parler. Mesdames et messieurs les témoins, veuillez garder le contact visuel avec le député qui vous pose la question. Dès qu'il lève la main, veuillez cesser de parler. Si je lève la main, la même règle s'applique.

La greffière et moi ferons de notre mieux pour gérer l'ordre des interventions. Nous vous remercions de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le mercredi 23 septembre 2026, le Comité entreprend son étude de la capacité en imagerie diagnostique.

Avant d'accueillir les témoins, j'aimerais souhaiter la bienvenue à notre réunion à mon cher ami Brad Redekopp. M. Redekopp et moi avons travaillé ensemble au sein d'autres comités.

Passons maintenant à nos témoins. Nous accueillons, de BC Cancer, le Dr Devin Schellenberg, directeur médical principal, Radiothérapie et Programmes médicaux.

Bienvenue, docteur Schellenberg.

De la First Nations Health Authority, nous accueillons M. Gary Housty, vice-président de la qualité, directeur général des soins infirmiers et des services paramédicaux, ainsi que Mme Karen Mooder, directrice de l'innovation clinique provinciale, Bureau du directeur général des soins infirmiers et des services paramédicaux.

Bienvenue, monsieur Housty et madame Mooder.

De la Société de la médecine rurale du Canada, nous accueillons la Dre Sarah Giles, présidente et médecin généraliste rurale.

Bienvenue à notre réunion, docteure Giles.

Je rappelle à tous les témoins que les membres du Comité peuvent poser leurs questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin de l'interprétation, veuillez prendre un moment pour préparer votre oreillette et sélectionner dès maintenant le canal d'écoute voulu, afin de profiter pleinement du temps alloué aux questions et aux réponses.

Chaque organisme disposera de cinq minutes pour sa déclaration liminaire.

Nous commençons par le Dr Schellenberg.

Devin Schellenberg (directeur médical principal, Radiothérapie et Programmes médicaux, BC Cancer): Bonjour, et merci de m'avoir invité.

Je m'appelle Devin Schellenberg. Je suis radio-oncologue; je vois des patients et j'occupe un poste administratif, comme vous l'avez déjà mentionné. Deux des programmes médicaux pertinents que je supervise sont le petit service de radiologie de BC Cancer—Vancouver et le programme provincial d'imagerie moléculaire et de thérapie, qui est responsable des quatre appareils de TEP financés par le système public de santé de la province de la Colombie-Britannique. Je me joins à vous aujourd'hui depuis le centre de cancérologie de Surrey, sur les terres des peuples salish du littoral.

Avant cette réunion, j'ai pu m'entretenir avec M. Ken Winnig, qui dirige le bureau provincial de l'imagerie médicale, et avec la Dre Maura Brown, la radiologiste qui dirige le service de radiologie du centre de cancérologie de Vancouver. Même si mon expertise porte sur le traitement du cancer, je reconnais que l'imagerie diagnostique a une vaste portée au-delà des soins contre le cancer.

Je me limiterai à quelques points essentiels pour répondre aux six aspects énumérés dans la motion adoptée par le Comité le 16 juin 2026, conformément à l'article 108(2) du Règlement.

Évidemment, partout en Colombie-Britannique, les temps d'attente pour la TDM et l'IRM ont considérablement augmenté au cours des cinq dernières années. La capacité a augmenté, mais elle n'a pas suivi la demande, qui est en plein essor. À l'heure actuelle, nous visons à faire passer un examen aux patients de priorité 2, ou urgents, dans un délai de 7 jours, mais il nous faut 43 jours pour faire passer un examen à 93 % de ces patients de priorité 2. Nous n'avons pas de chiffres propres au cancer, mais l'attente est semblable, que l'on ait un cancer ou non.

Cette attente n'a rien d'étonnant, puisque le nombre d'appareils de TDM et d'IRM par habitant est plus faible au Canada que dans presque tous les pays de l'OCDE. Dans l'ensemble de l'OCDE, on compte en moyenne 32 appareils de TDM par million d'habitants. Au Canada, il n'y en a que 14.

Il est important de reconnaître qu'il n'y a pas seulement un goulot d'étranglement dans les infrastructures de TDM, d'IRM et de TEP, mais aussi un manque de ressources humaines. Selon une enquête menée en 2026 en Colombie-Britannique, il y a des pénuries dans toutes les catégories de technologues en radiologie, mais elles sont plus aiguës en TDM et en TEP, où environ 15 % des postes sont vacants. La proportion est encore plus élevée dans les petites villes et les villages.

Cela entraîne des retards lourds de conséquences. Dans ma pratique, cela se traduit par des retards dans le diagnostic initial du cancer ou par la nécessité de renoncer à une TEP pour commencer le traitement plus rapidement. Je pense aussi que nous avons eu tort de parler d'imagerie diagnostique. Cette appellation ne rend pas justice à ce que sont vraiment ces examens.

Ces examens ne servent pas seulement à poser des diagnostics; ils orientent aussi les décisions thérapeutiques. Ils sont indispensables pour surveiller de façon continue l'efficacité d'un traitement, et ils sont nécessaires pour ne pas rater le moment où un changement de traitement pourrait modifier la survie. En cancérologie, il ne nous faut pas un seul examen diagnostique; il nous faut des examens continus pour suivre le patient et lui offrir d'autres lignes de chimiothérapie et de radiothérapie. Nous avons mal modélisé nos besoins en appareils parce que, même si nous avons tenu compte de la croissance et du vieillissement de la population, nous n'avons pas tenu compte de l'amélioration de la survie au cancer ni du fait que chaque personne a besoin d'examens sur un horizon de 5 à 10 ans, et non d'un simple examen diagnostique.

Quels sont les obstacles? Je pense avoir abordé bon nombre d'entre eux en ce qui concerne les appareils et le personnel, mais l'efficience est aussi un obstacle à l'heure actuelle. Nous recevons des demandes multiples. Des médecins hospitalisent des patients pour faciliter leur accès aux examens. Ce sont des processus inefficaces.

Quelles sont les approches novatrices? Eh bien, je pense que l'intelligence artificielle, ou IA, en fait partie. L'IA peut réduire le temps d'acquisition des séquences d'IRM et améliorer la qualité et la clarté des images. Elle permet d'adapter les séquences de TDM à certaines parties du corps ou à certaines pathologies.

En Colombie-Britannique, une autre approche a été adoptée: un modèle non universel. La Colombie-Britannique offre des options privées d'imagerie pour la TDM, l'IRM et la TEP. Les régies de la santé ont conclu des partenariats avec des cliniques privées pour accroître la capacité, tout en sachant que cela risque d'accroître les coûts, d'attirer les technologues et les radiologistes hors du système public et de miner la confiance envers un système public et universel. Nous visons à réduire notre dépendance au système privé, si c'est possible.

Que peut faire le gouvernement fédéral? Je pense que le gouvernement peut financer les infrastructures. Cela comprend les infrastructures médicales — comme les appareils et les logiciels issus de programmes de formation — ainsi que les bourses d'études et les ententes de retour de service, pour encourager les technologues et les radiologistes.

Nous faisons actuellement venir des travailleurs de la santé de l'étranger pour occuper de bons emplois au Canada, ce qui est très important, mais, plus encore, il nous faut de solides programmes de formation au pays pour former des Canadiens à ces bons emplois.

Merci, monsieur le président.

● (1110)

Le président: Merci, docteur Schellenberg.

Nous passons maintenant à la First Nations Health Authority.

Vous disposez de cinq minutes à vous deux. Prenez votre temps.

Gary Housty (vice-président de la qualité, directeur général des soins infirmiers et des services paramédicaux, First Nations Health Authority): Merci, monsieur le président.

Yáu ẖaíxsta̓ukva. Salutations. Bonjour. Bonjour, monsieur le président, et bonjour aux membres du Comité.

Nous comparaissons au nom de la First Nations Health Authority de la Colombie-Britannique. Mme Mooder et moi nous joignons à vous depuis les territoires salish du littoral de la Nation Squamish.

Mon titre de chef héréditaire est Náċi, et mon nom ancestral heiltsuk est Ḵvsḷ̓mn̓ixv. Je m'appelle Gary Housty. Je suis infirmier autorisé, vice-président de la qualité et directeur général des soins infirmiers et des services paramédicaux ici, à la First Nations Health Authority.

Karen Mooder (directrice de l'innovation clinique provinciale, Bureau du directeur général des soins infirmiers et des services paramédicaux, First Nations Health Authority): Bonjour, monsieur le président.

Je m'appelle Karen Mooder. Je suis une allochtone d'ascendance nord-européenne et je suis scientifique clinicienne de formation. Je suis directrice de l'innovation clinique provinciale au Bureau du directeur général des soins infirmiers et des services paramédicaux de la FNHA.

Gary Housty: La First Nations Health Authority est la première et la seule organisation de santé du Canada à être dirigée par des Premières Nations et à exercer ses activités à l'échelle d'une province; elle dessert 203 communautés des Premières Nations dans l'ensemble de la Colombie-Britannique. Depuis 2013, la FNHA est responsable de la planification, du financement et de la prestation des services de santé et de mieux-être qui étaient auparavant fournis aux Premières Nations de la Colombie-Britannique par Santé Canada.

Nous vous remercions de nous donner l'occasion de souligner deux enjeux clés liés à la capacité en imagerie diagnostique et à l'accès inéquitable que connaissent les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves en Colombie-Britannique.

Le premier concerne les obstacles à l'accès qui découlent de l'emplacement des services d'imagerie diagnostique dans des centres urbains coloniaux, loin des communautés rurales, éloignées et isolées des réserves où vivent les membres des Premières Nations en Colombie-Britannique en raison de politiques coloniales.

Deuxièmement, compte tenu du racisme historique et persistant qui vise précisément les Premières Nations dans le système de santé canadien, il est important d'intégrer la sécurité culturelle et l'humilité culturelle à l'ensemble de la législation, de la réglementation, de la planification des effectifs, du financement et de la reddition de comptes en matière d'imagerie diagnostique.

Lever ces obstacles et faciliter l'accès des Premières Nations aux capacités d'imagerie diagnostique offre un immense potentiel pour améliorer les résultats en matière de santé et réaliser des économies. Ma collègue Mme Mooder va vous présenter un exemple qui montre comment la FNHA a démontré ce potentiel en installant des systèmes de radiographie dans des communautés éloignées des Premières Nations. Elle va aussi mettre l'accent sur quatre possibilités de favoriser l'expansion de l'imagerie diagnostique tout en améliorant l'équité de l'accès et en obtenant des résultats de santé culturellement sûrs pour les Premières Nations de la Colombie-Britannique.

● (1115)

Karen Mooder: En 2022, la FNHA a sollicité des fonds fédéraux de la Supergrappe des technologies numériques pour installer des systèmes de radiographie dans des communautés éloignées des Premières Nations en Colombie-Britannique. Cette décision reposait sur des données de la FNHA selon lesquelles, chaque année, plus de 5 000 membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique ont recours au transport pour raison médicale pour obtenir des examens d'imagerie diagnostique, ce qui coûte environ 4 millions de dollars par an.

Au départ, l'adoption visait deux communautés dotées d'un poste de soins infirmiers éloigné, et l'usage se limitait à la radiographie du thorax et des extrémités, afin de faire face au fardeau de la tuberculose et des traumatismes auquel sont souvent confrontées les communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique. Un système mobile s'est ajouté en 2024 afin d'améliorer l'accès aux cliniques communautaires de dépistage de la tuberculose partout en Colombie-Britannique. Ces parcours d'accès à la radiographie fonctionnent maintenant depuis quatre ans: les images numériques sont prises dans la communauté et interprétées à la fois par des radiologistes et par des spécialistes de la tuberculose situés à des centaines de kilomètres.

Les résultats sont encourageants. Une conception dirigée par les Premières Nations a créé un parcours d'accès équitable à la radiographie que le système de santé de la Colombie-Britannique n'avait jamais imaginé. La coordination provinciale des soins de la tuberculose s'est renforcée, notamment en ce qui concerne les évaluations de l'admissibilité au traitement préventif de la tuberculose, qui ont augmenté de 400 % par rapport au niveau de référence. Les deux communautés qui utilisent ces systèmes de radiographie ont aussi réalisé des économies substantielles en transport pour raison médicale sur quatre ans, et les économies supplémentaires pour les régies régionales de la santé et pour l'ensemble du système sont toujours en cours d'évaluation.

Après avoir démontré la faisabilité et l'incidence de modalités d'imagerie diagnostique peu complexes et culturellement sûres, comme la radiographie, dans des communautés éloignées des Premières Nations, la FNHA s'attache maintenant à étendre ces modèles et à en accroître l'échelle. Pour favoriser une adoption plus large, nous voyons quatre possibilités clés.

Premièrement, fournir un financement durable des immobilisations et du fonctionnement, ciblé sur les besoins non comblés en imagerie diagnostique en Colombie-Britannique.

Deuxièmement, veiller à ce que le cadre réglementaire de l'imagerie diagnostique reflète l'expérience des membres des Premières Nations qui accèdent aux soins et y réponde.

Troisièmement, soutenir une conception novatrice des ressources humaines en santé pour la prestation des services d'imagerie diagnostique.

Quatrièmement, donner suite de façon authentique aux appels à l'action 18 à 23 de la Commission de vérité et réconciliation, afin de lutter contre le racisme et la discrimination dans le système de santé et de garantir aux Premières Nations un accès équitable à des soins d'imagerie diagnostique culturellement sûrs.

Faute de temps, j'ai réservé l'examen de ces obstacles à notre mémoire. Nous reconnaissons aussi qu'il existe des besoins non comblés et des cas d'utilisation pour d'autres modalités d'imagerie diagnostique, notamment l'échographie et la mammographie.

Merci de nous avoir invités à contribuer à cette importante discussion.

Le président: Merci. Vous avez parfaitement respecté le temps alloué.

Nous passons maintenant à la Dre Giles.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

Sarah Giles (présidente, médecin généraliste rurale, Société de la médecine rurale du Canada): Bonjour.

Merci, monsieur le président, et merci aux membres du Comité.

Je suis la Dre Sarah Giles. Je suis présidente de la Société de la médecine rurale du Canada. Je représente 3 500 médecins et apprenants ruraux de partout au pays. Je suis médecin généraliste rurale à Kenora, en Ontario. Je suis médecin de famille, et j'ai reçu une formation supplémentaire dans les compétences dont ma communauté a besoin.

Mon hôpital est à 500 kilomètres de notre centre de soins tertiaires, à Thunder Bay. Jusqu'à l'ouverture de notre service d'IRM l'an dernier, mes patients devaient donc faire un aller-retour de 1 000 kilomètres sur le tronçon de route le plus meurtrier du Canada pour obtenir les examens d'imagerie dont ils avaient besoin.

J'aimerais vous expliquer ce que vivent les patients ruraux lorsqu'ils sont transférés pour un examen d'imagerie, et je vais prendre l'exemple d'un patient que j'appellerai Joe.

Joe est un homme de 80 ans qui vit à Neepawa, au Manitoba. Il tombe d'une échelle, se cogne la tête et est conduit aux urgences. L'examen de Joe aux urgences est normal, mais comme il a plus de 65 ans, les lignes directrices indiquent qu'il doit passer une TDM de la tête pour exclure une hémorragie. Or, le tomodensitomètre le plus proche se trouve à Brandon.

Le médecin des urgences téléphone pour organiser l'examen et demande une ambulance, mais le taux de postes vacants chez les paramédicaux de la région est de 43 %, et il faut deux heures et demie pour trouver une équipe ambulancière et une infirmière pour accompagner le patient. Ils conduisent Joe à Brandon, à 45 minutes de route; il attend son examen, puis il attend une heure pour obtenir le rapport. Les paramédicaux et l'infirmière attendent avec lui, parce qu'ils ne peuvent pas partir avant de savoir s'il sera hospitalisé, transféré ou rapatrié. L'examen est normal. Ils retournent tous à Neepawa, où Joe obtient son congé. Cet examen normal a mobilisé des paramédicaux et du personnel infirmier pendant trois heures et a retardé les soins de Joe de près de six heures par rapport à ceux d'un patient se trouvant dans un hôpital doté d'un tomodensitomètre.

Le sous-investissement dans l'imagerie en milieu rural entraîne des retards dangereux, une hausse de la morbidité et de la mortalité, des coûts de transport plus élevés et moins d'ambulances terrestres et aériennes pour les autres patients gravement malades.

Comprenez bien que tout calcul du coût d'un accès insuffisant à l'imagerie diagnostique doit tenir compte du temps des paramédicaux et du personnel infirmier ainsi que de la perte de couverture ambulancière. Une grande partie du budget de transport pour raison médicale du Programme des services de santé non assurés sert à déplacer des patients pour des examens d'imagerie. Installer des appareils d'imagerie à des endroits stratégiques est un meilleur investissement que le transport. Cela améliore les résultats, permet d'économiser de l'argent et constitue un pas vers la réconciliation.

Quelle est l'importance de l'imagerie de pointe? Pour vous donner une idée, les Forces canadiennes exploitaient non pas un, mais deux tomodensitomètres à Kandahar en 2009. Dix-sept ans plus tard, chaque territoire — le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut — n'a qu'un seul tomodensitomètre, et le Yukon possède le seul appareil d'IRM au nord du 60^{e} parallèle.

Préparer notre frontière nordique à une présence militaire, sans parler de la responsabilité sociale que nous avons envers les gens qui vivent dans cette région, nécessitera d'importants investissements dans l'imagerie diagnostique. Kenora, où je vis, montre ce qui est possible. Nous desservons 15 000 personnes et 11 Premières Nations voisines. Depuis l'ouverture de notre service d'IRM en septembre 2025, notre hôpital estime avoir économisé 1 million de dollars en subventions de déplacement et 352 000 $ en coûts d'hospitalisation et de transfert. Cela a aussi libéré environ 3 000 plages d'IRM à Thunder Bay et à Winnipeg. Ajouter simplement un autre appareil d'IRM dans l'une ou l'autre de ces grandes villes n'aurait pas permis de réaliser ces économies. Investir en milieu rural, c'est rentable.

Nous voyons quatre possibilités concrètes.

Premièrement, faire fonctionner les appareils existants 24 heures sur 24. Beaucoup d'appareils d'IRM et de TDM restent inutilisés pendant des heures. Les faire fonctionner plus longtemps permet d'accroître la capacité et de réduire les temps d'attente.

Deuxièmement, centraliser à l'échelle régionale la réception des demandes d'examen d'imagerie. À l'heure actuelle, les patients obtiennent plusieurs demandes d'examen pour voir laquelle sera la plus rapide. Un guichet unique permettrait un triage uniforme et laisserait aux patients ruraux le choix entre la rapidité et des soins plus près de chez eux.

Troisièmement, utiliser les technologies à distance pour tirer le maximum des technologues, qui sont rares. L'échographie télérobotique est déjà utilisée dans cinq communautés du Nord de la Saskatchewan; elle est pratiquée par un technologue en échographie situé dans le Sud de la province. En Colombie-Britannique, on a mis à l'essai des plateformes d'examen à distance qui permettent à un seul technologue de garde de réaliser des examens de TDM et d'IRM dans plusieurs établissements.

Quatrièmement, nous devons exploiter la puissance de l'IA. Mon service d'urgence utilise l'IA pour aider à lire les radiographies. Elle peut servir de deuxième paire d'yeux, et elle a détecté des fractures qui m'avaient échappé. Le recours à l'IA réduit le nombre de rappels de patients et contribue à améliorer l'efficience.

Enfin, j'ai deux mises en garde à faire.

Premièrement, les cliniques privées d'imagerie du Sud du Canada qui permettent aux patients qui paient de passer devant les autres détournent probablement les technologues et les radiologistes des communautés rurales et éloignées. Les gouvernements doivent examiner ces établissements sous l'angle de l'équité et au regard de la Loi canadienne sur la santé.

Deuxièmement, il ne suffit pas d'ajouter des appareils. Les examens peuvent révéler des découvertes fortuites qui entraînent d'autres examens. Les solutions doivent être conçues en fonction de l'équité pour les patients des régions rurales et éloignées, des pressions qui pèsent sur les technologues en imagerie diagnostique, les radiologistes, le personnel infirmier et les paramédicaux, et d'une politique budgétaire saine.

Merci. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

● (1120)

Le président: Merci. Vous avez parfaitement respecté le temps alloué, docteure Giles.

Honorables députés, comme il y a quatre témoins, si vous pouviez préciser à qui s'adresse votre question, cela me faciliterait la tâche, et je n'aurais pas à intervenir.

Petit rappel amical aux témoins: veuillez garder le contact visuel avec le député qui pose les questions, parce que c'est son temps de parole. S'il lève la main, veuillez essayer de vous arrêter. À la fin du temps alloué, je lèverai la main, ce qui signifiera que le temps de parole du député est écoulé.

Sur ce, nous passons à M. Bailey pour six minutes.

Vous avez la parole.

Burton Bailey (Red Deer, PCC): Merci, monsieur le président.

Docteure Giles, par l'entremise de la présidence, j'aimerais vous poser quelques questions.

Selon un rapport récent de Deloitte et de l'Association canadienne des radiologistes, les temps d'attente en imagerie médicale coûtent 64 milliards de dollars par année au PIB du Canada. Les Canadiens des communautés rurales et éloignées font systématiquement face à des temps d'attente plus longs et ont beaucoup moins accès localement à la TDM et à l'IRM que les gens des centres urbains.

Est-il exact que moins de 20 % des hôpitaux ruraux disposent d'un tomodensitomètre sur place et que la couverture en IRM 24 heures sur 24 ou la fin de semaine est pratiquement inexistante?

● (1125)

Sarah Giles: Je ne connais pas les chiffres exacts, et je dirais qu'il est difficile de trouver des chiffres exacts, parce qu'il y a un profond désaccord dans notre pays quant à ce qu'est un hôpital rural ou éloigné. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, une communauté rurale compte moins de 10 000 habitants. La mienne en compte 15 000, alors j'imagine que nous ne comptons pas.

Je ne connais aucun appareil d'IRM ou de TDM en milieu rural qui fonctionne 24 heures sur 24. Notre appareil d'IRM, en tout cas, fonctionne selon un horaire de banquier. L'un des gros problèmes, bien sûr, est de doter ce service en personnel 24 heures sur 24.

Il est possible d'accroître la capacité en faisant fonctionner ces appareils 24 heures sur 24. Bien sûr, il faudrait des technologues, du personnel infirmier et des radiologistes pour accroître la capacité.

Burton Bailey: Vous avez dit qu'il y a 3 500 médecins ruraux au Canada. Est-ce parce qu'un hôpital est considéré comme rural si la population est inférieure à 10 000 habitants?

Sarah Giles: Je représente 3 500 médecins ruraux au Canada. Ce sont des membres cotisants de mon organisme. Encore une fois, nous aimerions bien pouvoir dire combien il y a de médecins ruraux au Canada, mais chacun a sa propre définition.

Je dirais que si vous avez un seul Tim Hortons ou moins, vous êtes probablement en milieu rural.

Burton Bailey: D'accord.

Une nouvelle étude évaluée par des pairs, publiée en octobre dans la revue *Health Policy*, met en lumière la grave pénurie de médecins de famille. D'ici 2034, elle dépassera 25 000.

Le Canada aurait-il avantage à se doter d'une norme nationale de permis d'exercice pour les médecins, les techniciens et les autres professionnels de la santé?

Sarah Giles: Absolument. Nous savons, grâce à des données de la SMRC, que les médecins ruraux ne vont pas simplement quitter leur milieu pour aller à Toronto. Nous aimons notre lieu de travail et nous adorons nos communautés. Cependant, si nous pouvions traverser une frontière pour aller aider des amis, ou nous rendre dans le Nord pour prêter main-forte à une communauté semblable, nous le ferions.

Le permis d'exercice national est l'un des moyens d'aider à régler le problème de la répartition des médecins.

Burton Bailey: Vous comptez sûrement aussi sur des médecins remplaçants. Ce serait probablement votre seule chance de prendre des vacances.

Sarah Giles: Plus de 50 % des quarts de travail là où je travaille sont actuellement assurés par des médecins remplaçants, dont la plupart prennent l'avion pour venir faire un seul quart à la fois.

Burton Bailey: Aïe.

Pour ce qui est des dépenses en santé, nous occupons le deuxième rang des pays qui dépensent le plus parmi les 32 pays dotés d'un système de santé universel. Pour ce qui est de la prestation des soins, le Canada se classe au 29e rang.

Diriez-vous que les Canadiens bénéficient d'un accès universel, rapide et de grande qualité aux soins dans le système de santé canadien?

Sarah Giles: Je pense que cela dépend de l'endroit où vous êtes, de qui vous êtes et de la situation.

Notre système a certainement des problèmes. Toutefois, je ne crois pas qu'un système de paiement privé soit bénéfique. Il crée des dédoublements et retire des gens du système public.

Il y a certainement des moyens d'améliorer notre système, et le renforcement de la médecine rurale et en région éloignée est un excellent moyen d'accroître la capacité. Si nous n'avons plus besoin d'envoyer des patients en ville, nous économisons sur les coûts de transport et nous libérons des lits en ville. Investir en milieu rural, c'est rentable.

Burton Bailey: C'est ce que nous constatons. Je vais prendre l'exemple de l'Alberta. On y utilise les salles d'opération des milieux ruraux.

Voyez-vous la même chose dans votre province, c'est-à-dire des chirurgiens qui viennent utiliser la salle d'opération? Avez-vous une salle d'opération?

Sarah Giles: Absolument. Nos deux salles d'opération fonctionnaient même les fins de semaine, avec des spécialistes, avant d'être inondées en avril, malheureusement. Nous avons perdu la possibilité de les utiliser, mais elles seront de nouveau en service en décembre.

Faire venir des spécialistes plutôt que d'envoyer nos patients ailleurs a connu un énorme succès. Les patients sont soignés sur place. Nous nous occupons d'eux dans leur hôpital local, où leur famille peut leur rendre visite. Quand ils sont prêts, nous leur donnons leur congé et ils rentrent chez eux.

Burton Bailey: Avez-vous du personnel infirmier et des radiologistes de garde lorsqu'une urgence survient la fin de semaine, pour pouvoir utiliser ces salles d'opération, ou est-ce tout simplement impossible, de sorte que les patients sont envoyés dans de plus grands centres?

Sarah Giles: Nous avons des chirurgiens généraux qui sont toujours ici avec nous et toujours de garde. Il y a du personnel infirmier pour la salle d'opération et un anesthésiste toujours prêt à intervenir, que nous ayons ou non des spécialistes sur place.

Burton Bailey: Et le radiologiste? Serait-il de garde?

Sarah Giles: Nous avons un radiologiste qui travaille de 9 heures à 17 heures, du lundi au vendredi. En dehors des heures normales, un groupe de Toronto fait les lectures virtuellement pour nous.

Burton Bailey: Je sais que vous avez parlé un peu de Joe, mais à l'heure actuelle, pour les patients ruraux comme pour les patients urbains, les temps d'attente nationaux sont de 84 jours pour l'IRM et de 66 jours pour la TDM. Qu'est-ce que le système actuel n'offre pas? Je sais que vous avez dit qu'un service 24 heures sur 24 pourrait améliorer la situation. Y a-t-il d'autres choses qui permettraient de réduire ces temps d'attente?

Il faudra une réponse très brève.

● (1130)

Sarah Giles: Une solution serait la prise de rendez-vous centralisée, comme je l'ai dit, pour maximiser l'efficacité du triage et donner aux patients le choix de l'endroit où ils veulent aller. Beaucoup de patients seraient prêts à faire plusieurs centaines de kilomètres en voiture pour obtenir un examen plus rapidement.

Burton Bailey: Merci.

Le président: Nous passons à Mme Jaczek pour six minutes.

L'hon. Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous nos témoins.

Ma première question s'adresse au Dr Schellenberg.

Vers la fin de votre exposé, vous avez parlé de domaines précis dans lesquels le gouvernement fédéral pourrait contribuer à la capacité en imagerie diagnostique. Je pense qu'il faut garder à l'esprit, bien sûr, que la prestation des soins de santé relève des provinces et des territoires. Nous savons que notre ministre de la Santé, Marjorie Michel, travaille très sérieusement au Transfert canadien en matière de santé et aux accords « Travailler ensemble ». Pourriez-vous préciser encore un peu ce que le gouvernement fédéral, en particulier, pourrait faire d'autre?

Devin Schellenberg: Merci.

Pour nous, il y a deux ou trois enjeux. Nous avons tous les trois, à cette réunion, parlé des ressources humaines en santé sous différentes formes, et je pense que c'est là que le gouvernement fédéral pourrait aider, soit avec des bourses d'études, soit — dans le cas de la Dre Giles, je pense — avec les ententes de retour de service conclues avec les médecins ruraux. Il est nécessaire que les gens aillent se former à l'extérieur de leur communauté d'origine, mais ils doivent revenir dans leur communauté d'origine ou dans des communautés rurales. Cela déborde le cadre des soins contre le cancer, mais je considère vraiment que l'augmentation du nombre de places pour les deux professions médicales en radiologie — les personnes qui font les échographies et les examens de TDM — et pour les médecins qui interprètent ces examens serait un excellent investissement pour offrir de bons emplois aux Canadiens.

Je pense que l'autre aspect est...

Excusez-moi. Je vous laisse parler.

L'hon. Helena Jaczek: Continuez. Cet aspect m'intéresse vraiment.

Devin Schellenberg: L'autre aspect, ce sont les infrastructures. J'estime que les infrastructures médicales sont des infrastructures importantes pour le Canada, et nous accusons un retard quant au nombre d'appareils de TEP dont nous disposons dans diverses provinces à l'extérieur du Québec, ainsi qu'en TDM et en IRM. À mesure que notre population vieillit et que notre pays grandit, il est très important d'avoir ce genre d'infrastructures. C'est presque aussi important que les routes et les ponts. Comme l'a dit la Dre Giles, si nous n'avons pas ces infrastructures, quelqu'un doit traverser trois ponts simplement pour se rendre au tomodensitomètre le plus proche.

L'hon. Helena Jaczek: Je suis d'accord. Le seul problème, c'est que, dans bien des cas, les ministres fédéraux de la Santé ont essayé de lier les paiements de transfert aux provinces à des domaines précis — dans ce cas-ci, ce pourrait être la technologie médicale — et cela n'a pas toujours amené les provinces et les territoires à mettre l'accent sur ces domaines. Cela a posé tout un dilemme. Toutefois, j'ose espérer qu'ils seraient d'accord en ce qui concerne la capacité en imagerie diagnostique.

Par ailleurs, tout comme M. Bailey, je pense que nous avons été plutôt étonnés par l'augmentation du nombre d'examens réalisés au pays. Nous avons des statistiques. Au cours des 15 dernières années, le nombre d'examens a doublé. De toute évidence, notre population n'a pas doublé. Vous avez parlé précisément de la stadification du cancer et de la nécessité d'examens beaucoup plus fréquents, et je comprends que ce soit l'une des raisons pour lesquelles nous voyons tellement plus d'examens en général.

Cependant, nous avons aussi entendu dire que des cliniques privées font des IRM du corps entier, surtout pour rassurer le patient, sans doute. Vous travaillez à BC Cancer, mais savez-vous si quelqu'un étudie la question de savoir si certains de ces examens sont, en fait, médicalement nécessaires? Connaissez-vous des statistiques à ce sujet?

Devin Schellenberg: Non. Je ne sais pas. Si vous parlez des cliniques privées, je pense que, du moins en Colombie-Britannique, elles font souvent des examens médicalement raisonnables pour des gens qui veulent passer un examen plus tôt qu'ils ne le pourraient dans le système public. Je ne pense pas que beaucoup de gens passent des examens uniquement pour se rassurer. Malheureusement, je pense que ces cliniques répondent à un besoin que les patients estiment non comblé par le système public. Je pense que c'est très regrettable.

● (1135)

L'hon. Helena Jaczek: Je pense que ce serait un sujet d'étude intéressant pour quelqu'un.

Docteure Giles, j'ai été vraiment impressionnée que vous ayez pu obtenir l'équipement dont vous aviez besoin à Kenora. Vous avez été très claire au sujet des coûts évités en déplacements, et même du recours aux services paramédicaux pour le transport, etc. Maintenant que vous avez l'appareil dont vous avez besoin, je m'intéresse énormément à toute la question du personnel nécessaire pour le faire fonctionner, pour interpréter les examens et le reste. Vous avez évoqué la dotation en personnel à distance et le recours à l'IA. Pourriez-vous nous expliquer un peu comment cela se concrétise?

Sarah Giles: Merci beaucoup.

Notre fabuleuse communauté et nos visiteurs estivaux, des villégiateurs qui viennent de Winnipeg, ont amassé 8 millions de dollars pour doter Kenora d'un appareil d'IRM. Il faut les féliciter. Des gens d'ici sont allés suivre une formation pour pouvoir faire fonctionner l'appareil. À Kenora, ce sont surtout de jeunes femmes, alors nous éprouvons parfois des difficultés quand certaines doivent partir en congé de maternité ou s'absenter pour d'autres raisons.

La plupart de nos examens d'IRM sont lus sur place par nos radiologistes pendant la journée. Certains des examens plus spécialisés sont parfois lus par d'autres. À ma connaissance, nous n'avons actuellement aucune IA qui lit nos examens d'IRM. Nous avons de l'IA qui nous aide aux urgences. Elle examine nos images musculosquelettiques. Par exemple, j'ai eu un patient qui était tombé d'une échelle et s'était blessé au pied. J'ai regardé l'image et je me suis dit: « Oh, ce calcanéum n'a pas l'air beau. » L'IA était d'accord avec moi. Nous étions sur la même longueur d'onde. Mais il arrive que l'IA et moi ne soyons pas du même avis. Cela oblige à regarder de nouveau. Elle n'est pas parfaite, mais je ne le suis pas non plus. C'est une double vérification qui est utile.

Nous savons qu'il existe des technologies pour lire...

Le président: Merci beaucoup. Nous avons largement dépassé le temps alloué.

Nous passons maintenant à Mme Gaudreau.

Madame Gaudreau, vous avez six minutes.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau (Laurentides—Labelle, BQ): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie, chers témoins.

Vous savez, la santé, c'est précieux. Évidemment, il est tout à fait légitime qu'on se questionne sur les soins. Par contre, je dois être claire: l'organisation et la prestation des services de santé relèvent des provinces.

Ici, on parle de prestation. Mon objectif, évidemment, c'est de m'assurer que le fédéral fait son travail et que les provinces peuvent faire ce qu'elles ont de mieux à faire: gérer les imageries par résonance magnétique, ou IRM, notamment au Québec. C'est précieux. Il y a même une fondation qui a été mise en place dans une petite localité pour avoir un appareil d'IRM, parce que plus de 20 000 personnes doivent faire deux heures de route pour avoir des services.

En 2026-2027, le portefeuille du ministère de la Santé, de la Prévention et des Aînés du Québec dispose d'à peu près 60 milliards de dollars. Or, les dépenses du Québec en programmes totalisent environ 134 milliards de dollars. Ça signifie que 45 % des dépenses en programmes du Québec vont à la santé et aux services sociaux.

Le fédéral, lui, a les responsabilités de donner le financement nécessaire aux provinces — les fameux transferts en santé —, de faire respecter la Loi canadienne sur la santé, de réglementer les médicaments et les dispositifs médicaux, de soutenir la recherche et l'innovation, d'intervenir en santé publique — on l'a vu les dernières années — et de fournir certains services à des populations relevant directement de lui.

J'ai rencontré la ministre — pour ne pas dire notre ministre —, qui était la première à dire que, considérant qu'il y a une fine marge, il est important de veiller à maximiser les efforts.

Donc, je me questionne auprès de vous, chers témoins. Si Ottawa souhaite investir dans l'IRM, pourquoi ne pas faire descendre des sommes vers les provinces plutôt que de gérer ou de mettre en place de nouveaux programmes? Souvent, les provinces ont des critères différents et des structures administratives différentes. Est-ce qu'Ottawa devrait donner ce qu'il faut aux provinces?

Vous pouvez répondre à tour de rôle.

● (1140)

[*Traduction*]

Le président: Nous allons entendre Mme Mooder, puis M. Gary Housty, la Dre Giles et le Dr Schellenberg, dans cet ordre.

Vous avez la parole, madame Mooder.

Karen Mooder: Merci, monsieur le président.

Je commencerai par dire que je ne sais pas si je suis tout à fait qualifiée pour répondre à cette question, qui est tellement importante.

Le gouvernement fédéral a un rôle essentiel à jouer. Il pourrait rallier toutes les provinces et tous les territoires autour d'une stratégie cohérente en matière de santé, puisqu'il est responsable du transfert du financement de la santé à chaque province et à chaque territoire. Cependant, il revient aux provinces et aux territoires de déterminer comment concevoir au mieux leurs services en tirant le meilleur parti possible de ces fonds. L'un des éléments que la Commission de vérité et réconciliation a fait valoir, c'est l'importance du rôle du gouvernement fédéral pour veiller à ce que les provinces et les territoires respectent les appels à l'action.

Pour ce qui est de la position de la Colombie-Britannique, malgré la Loi sur la Déclaration et les engagements pris à l'égard des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, nous ne voyons toujours pas de mesures profondes pour mettre en valeur ces principes de réconciliation dans la prestation des services de santé.

Je vais m'arrêter là et céder la parole à mon collègue, M. Housty.

Gary Housty: Merci, monsieur le président.

Pendant que j'écoutais la question — ainsi que les exposés et les questions de mes collègues —, je réfléchissais au travail de la First Nations Health Authority. Son mandat principal est d'améliorer les résultats en matière de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Les difficultés que vivent nos partenaires régionaux dans la province — j'ai entendu le Dr Schellenberg en parler, tout comme la Dre Giles à l'échelle nationale — sont aggravées lorsque nous envoyons des membres de nos communautés dans des centres urbains pour des services diagnostiques. Les difficultés sont alors doubles.

Sous l'angle des milieux ruraux et éloignés, la population des Premières Nations de la Colombie-Britannique est la deuxième en importance, après celle de l'Ontario, selon le recensement de 2021. Compte tenu de la géographie de la Colombie-Britannique, ces communautés sont situées en région éloignée, assez loin des centres urbains, comme nous l'avons décrit. Souvent, les clients doivent parcourir jusqu'à 800 kilomètres pour se rendre dans un établissement urbain et passer une radiographie, une IRM ou une TDM.

La seule difficulté que j'ajouterais, c'est que nous appelons souvent les postes de soins infirmiers de nos établissements éloignés des « avant-postes de soins infirmiers », parce que...

Le président: Merci beaucoup, monsieur Housty. Les six minutes sont écoulées.

Comme nous avons dépassé le temps d'environ 30 secondes du côté libéral, je vais accorder 30 secondes aux conservateurs et au Bloc. J'accorderai 15 secondes chacun à la Dre Giles et au Dr Schellenberg.

Vous avez la parole.

Sarah Giles: Très rapidement, le gouvernement fédéral a une responsabilité à l'égard de la santé des Premières Nations et des Inuits, mais ce domaine est depuis longtemps largement sous-financé. Le gouvernement pourrait, par exemple, accorder un rattrapage ponctuel pour les infrastructures au moyen d'un investissement massif dans ce portefeuille.

● (1145)

Le président: Merci.

Docteur Schellenberg, vous avez la parole.

Devin Schellenberg: Je me sens peu qualifié pour répondre à cette question.

Le financement ciblé pourrait être une option. Il faudrait certainement essayer d'utiliser davantage les appareils d'IRM et de TDM 24 heures sur 24. Il faudrait que le financement cible les communautés rurales. Des appareils de TDM mobiles pourraient, comme l'a évoqué la Dre Giles, aider les communautés autochtones et rurales.

Le président: Merci.

Nous passons au Dr Strauss pour 5 minutes 30 secondes.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Merci, monsieur le président.

Docteur Schellenberg, votre témoignage m'a vraiment intéressé, au sujet de ce point de repère de 7 jours pour les examens prioritaires en cancérologie et du fait qu'il faut 43 jours pour réaliser 90 % de ces examens. De toute évidence, le point de repère n'est pas du tout respecté.

J'ai aussi été très intéressé quand vous avez dit que les hôpitaux concluent des partenariats avec des cliniques privées, mais qu'il semble parfois que les patients font affaire avec des cliniques privées sans passer par les hôpitaux. Pendant que vous témoigniez, j'ai tapé « IRM privée » dans Google Maps. J'ai fait ma recherche à Vancouver. J'ai trouvé 20 cliniques immédiatement. J'ai cliqué sur l'une d'elles, appelée Priority MRI. Elle propose de faire mon IRM du cerveau à 3 teslas pour 750 à 850 $.

Pourriez-vous m'expliquer comment l'un de vos patients d'une clinique de cancérologie de Surrey déciderait d'aller chez Priority MRI ou dans une autre de ces cliniques privées pour passer son IRM? Devez-vous lui en faire la recommandation? Comment se déroule cette conversation? L'informez-vous qu'il faudra attendre jusqu'à 43 jours pour obtenir son examen urgent de détection du cancer? Je m'interroge sur l'aspect humain du côté du patient et sur la façon dont cela se passe.

Devin Schellenberg: Je veux clarifier une chose avant de poursuivre.

Les statistiques que j'ai citées ne concernaient pas le cancer. Ce sont des statistiques générales sur les examens de TDM. Nous n'avons pas de statistiques sur les temps d'attente pour une TDM ou une IRM propres au cancer. Nous n'avons pas ce niveau de précision. Il s'agit simplement d'un examen diagnostique général, codé comme devant être fait dans un délai de 7 jours, pour lequel il faut 43 jours pour réaliser 90 % des examens, comme vous l'avez mentionné.

Je traite le cancer du poumon. Je traite les cancers gastro-intestinaux. Les cancers que je traite progressent assez rapidement, alors mes patients doivent être priorisés. Je ne leur demande pas d'aller au privé. Je défends leurs intérêts auprès de ma régie de la santé locale. J'ai certes des patients dans cette situation, en particulier pour la TEP. Je n'ai pas de patients qui passent des IRM au privé.

J'espère que votre cerveau va parfaitement bien et que vous n'aurez pas besoin d'une IRM. Je ne vous recommanderais pas non plus de passer par là. Je fais tout ce que je peux pour défendre les patients au sein du système public.

À l'occasion, d'après mon expérience, lorsque les patients trouvent que l'attente pour une TEP est longue, ils se tournent vers l'établissement privé de TEP et s'y rendent directement. Essentiellement, si la question se pose, je leur dis où il se trouve, mais, comme vous le dites, il y a Google, et ils le savent avant même que je les informe des options qui existent.

Matt Strauss: Pour que je comprenne bien, vous avez déterminé qu'une TEP est médicalement nécessaire. Le patient découvre que sa TEP ne sera pas réalisée dans un délai médicalement requis. Je pense que vous êtes d'accord sur ce point.

Devin Schellenberg: Je ne dirais pas « médicalement requis », mais plutôt médicalement optimal. Je pense que nous jouons probablement sur les mots.

Matt Strauss: Oui, un peu. Si cette personne choisit d'aller dans une clinique privée pour obtenir ce qui est, si je comprends bien, un service médical généralement assuré, n'est-ce pas au système de santé provincial de payer cette TEP? Je pense à ma propre assurance dentaire. Si je reçois des soins dentaires assurés, j'envoie la facture à mon assureur. Pourquoi ne puis-je pas envoyer la facture de cette TEP au régime d'assurance-maladie provincial?

Devin Schellenberg: Je pense que c'est davantage une question de financement qu'autre chose. Nous essayons d'établir les priorités de notre mieux avec les fonds dont nous disposons. Nous ne permettons pas aux gens de se faire rembourser pour passer devant les autres ou resquiller. Tout le monde doit passer par le système, que nous bâtissons du mieux que nos moyens nous le permettent.

Matt Strauss: Pour ce qui est des partenariats entre les hôpitaux et les cliniques privées, pourquoi mon hôpital ne conclut-il pas de partenariat avec ce même établissement privé de TEP? Si vous concluez des partenariats avec certaines cliniques privées, mais pas avec d'autres, vous vous retrouvez avec un méli-mélo inéquitable, où certains services font l'objet d'un partenariat privé, de sorte que je peux passer mon examen dans une clinique privée, et d'autres non. Il ne semble y avoir aucune logique pour déterminer lesquels, à moins que vous ne puissiez nous éclairer à ce sujet.

● (1150)

Devin Schellenberg: Je pense qu'un système public universel serait la façon la plus équitable de procéder. Lorsque le système est saturé, en particulier les services diagnostiques, ce n'est pas l'hôpital local, mais les régies de la santé de la Colombie-Britannique — c'est comme une entité globale — qui cherchent d'autres moyens de servir leurs patients et qui peuvent envisager un partenariat avec un établissement privé qui a de la capacité.

Matt Strauss: Le système que vous me décrivez ne semble pas du tout conforme à la Loi canadienne sur la santé.

Si vous, en tant que cancérologue, me dites que j'ai besoin d'une TEP, que l'établissement public de TEP me dit qu'il ne pourra pas la faire dans un délai médicalement optimal et que je paie de ma poche un service médicalement assuré et médicalement nécessaire, c'est un échec. N'est-ce pas? Êtes-vous d'accord avec moi pour dire que c'est un échec? Ce n'est pas ce qui est censé se produire en vertu de la Loi canadienne sur la santé, selon laquelle les services assurés médicalement nécessaires sont censés être payés par la province.

Le président: Vous avez déjà dépassé le temps de 30 secondes, alors donnez une réponse brève, s'il vous plaît, docteur Schellenberg.

Devin Schellenberg: Oui. Je pense que c'est pour cette raison que nous sommes ici aujourd'hui: pour discuter de la façon d'accroître les ressources en imagerie diagnostique dans le système canadien.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons à M. Rana pour cinq minutes.

Vous avez la parole.

Aslam Rana (Hamilton-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président.

Docteure Giles, vous travaillez à l'urgence d'un hôpital de Kenora. Lorsque l'imagerie n'est pas accessible rapidement, en quoi cela change-t-il vos décisions, par exemple celle de transférer un patient ou de le traiter sans diagnostic confirmé?

Sarah Giles: Nous avons obtenu notre appareil d'IRM il y a un an. La situation type que nous voyions auparavant, c'était celle d'une personne aux prises avec une consommation de drogues par voie intraveineuse chez qui nous craignions un abcès épidural. Cette personne était alors hospitalisée dans notre établissement et recevait des antibiotiques très puissants pour la traiter comme si elle avait un abcès épidural, puis elle pouvait attendre de cinq à sept jours pour être transférée à Thunder Bay avec une infirmière et des paramédicaux. Elle passait son IRM là-bas. Elle attendait que l'examen soit lu. S'il était négatif, on la ramenait en avion, puis on prenait les choses en main à partir de là. En moyenne, cela ajoutait de cinq à sept jours à l'hospitalisation, en plus d'un vol très coûteux.

Lorsque nous devons traiter sans imagerie définitive, nous sommes toujours prudents. Nous couvrons ce qui sera important pour les patients, comme les questions de vie ou de mort et la perte de membres. Cela peut coûter cher et aussi favoriser la résistance aux antibiotiques.

Aslam Rana: Merci beaucoup.

Les gouvernements se sont engagés, dans le cadre de l'accord « Travailler ensemble », à faciliter le travail des professionnels de la santé d'une province à l'autre. En quoi un processus de délivrance de permis simplifié, y compris la possibilité pour les radiologistes de lire des examens à distance, changerait-il l'accès pour les patients ruraux?

Sarah Giles: La possibilité de faire lire les examens par des groupes de radiologie situés, par exemple, dans d'autres fuseaux horaires peut être très utile. Tout le monde passe le même examen national pour devenir radiologiste, alors les radiologistes devraient pouvoir lire des examens de n'importe où.

Le volet de l'interopérabilité, que le gouvernement libéral a commencé à aborder, est énorme. Nous ne pouvons consulter aucun examen d'imagerie réalisé au Manitoba, qui est à seulement 42 kilomètres à l'ouest. Si nos amis pouvaient venir nous aider ici et si nous pouvions voir leurs examens d'imagerie, ce serait un atout immense pour les soins aux patients.

Aslam Rana: Merci.

Dans quelle mesure les médecins ruraux comptent-ils sur l'échographie au point de service lorsqu'il n'y a ni tomodensitomètre ni appareil d'IRM à proximité? Qu'est-ce qui aiderait un plus grand nombre d'entre eux à être formés et soutenus pour l'utiliser?

Sarah Giles: C'est une excellente question.

À l'heure actuelle, cela dépend beaucoup de la personne. Nous payons toute la formation suivie en dehors de la résidence.

J'ai terminé ma formation il y a 20 ans et, depuis, aucune de mes formations n'a été payée. J'ai déboursé de ma poche plus de 100 000 $ pour différents perfectionnements. J'ai une formation au point de compétence, mais c'est entièrement à chacun d'obtenir cette formation.

Un fonds comme celui du programme national de formation avancée que la SMRC a mis en œuvre grâce à du financement d'Emploi et Développement social Canada aide les médecins ruraux à acquérir les compétences dont leurs patients ont besoin.

Aslam Rana: Merci beaucoup.

Madame Mooder, lorsqu'un examen est réalisé dans la communauté et que le patient est ensuite envoyé à l'hôpital, l'image le suit-elle? Qu'est-ce qui faciliterait les choses?

● (1155)

Karen Mooder: À l'heure actuelle, il n'y a aucune interopérabilité entre le système d'information que nous utilisons dans les communautés des Premières Nations et ceux qu'utilisent les régies régionales de la santé de la Colombie-Britannique.

Le problème se situe en amont, dans la réglementation, c'est-à-dire dans le fait que les régies régionales de la santé ne reconnaissent pas qu'une image prise dans une communauté des Premières Nations l'est selon les normes d'assurance de la qualité les plus élevées et qu'il faudrait faciliter l'interopérabilité. La réglementation dit essentiellement que, si vous n'êtes pas agréé de la même façon que les régies régionales de la santé, elle empêchera le transfert de ces images interopérables.

La possibilité qui s'offre à nous est de modifier le cadre réglementaire afin de reconnaître que les communautés des Premières Nations doivent pouvoir produire des images dans la communauté et les transférer au niveau de soins suivant, afin de bien coordonner les services de soins.

Aslam Rana: Quels nouveaux outils, y compris l'IA et l'imagerie portative, semblent les plus utiles pour les communautés éloignées des Premières Nations? Y a-t-il quelque chose dans le processus d'approbation fédéral qui ralentit...?

Karen Mooder: C'est aussi une excellente question.

La Dre Giles a parlé de façon très éloquente des possibilités qu'offre l'IA en imagerie médicale, mais nous en sommes encore à un stade où il sera important de valider cliniquement la qualité de ces modalités d'IA. Pour ce qui est des technologies portatives, la Dre Giles a aussi mentionné la possibilité d'utiliser l'échographie à distance. C'est un domaine où il y a d'excellentes possibilités d'investissement et qui mérite qu'on s'y attarde.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons à Mme Gaudreau pour deux minutes et demie.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, monsieur le président.

Je vais revenir à ce que je mentionnais. J'ai l'impression que c'est comme si on voulait s'adresser directement aux assemblées législatives. J'ai l'impression d'entendre mes homologues, que ce soit ceux du Québec, de l'Ontario ou de partout ailleurs, nous dire de leur demander ce dont ils ont besoin et de le dire à Ottawa, parce qu'ils ont besoin d'un coup de pouce. J'ai travaillé des années dans un réseau, un centre hospitalier, avant la fusion. Je ne suis pas médecin, mais j'ai vu tous les services, et ils ont de grands besoins. Donc, je sais de quoi je parle.

Ma question va être bien simple. Là, nous essayons de parler de l'accessibilité à l'imagerie par résonance magnétique. Je me serais attendues à ce qu'ici, à Ottawa, nous parlions de la technologie, de l'innovation et de la recherche, et de rendre ça accessible. Or, nous parlons de la prestation de services.

Il ne me reste qu'une minute, malheureusement. Je pose la question, peut-être à quelqu'un qui n'est pas intervenu tantôt: que vous disent les provinces par rapport à cette question, et ce, globalement, pas juste par rapport aux Premières Nations?

[*Traduction*]

Sarah Giles: Mes collègues du Nord du Québec disent qu'il y a deux appareils de radiographie sur tout le territoire cri et qu'ils n'ont même pas accès au strict minimum dont ils ont besoin. Alors, avant de parler d'IA et d'appareils d'IRM, il faut qu'ils aient accès à la radiographie.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Qu'est-ce qu'Ottawa peut faire? Nous parlons d'accessibilité de la prestation de services. Qu'est-ce qu'on peut faire? C'est ça qu'il est important de savoir.

[*Traduction*]

Sarah Giles: La santé des Premières Nations et des Inuits relève de la législation fédérale, alors je pense qu'il y a place pour des progrès importants dans ce domaine.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Ce que je comprends, c'est que nous devrions vraiment mettre l'accent sur les services en matière d'IRM pour les Premières Nations et pas sur le reste. Pour les autres provinces, il y a les centres hospitaliers.

Donc, voilà. J'espère que nous allons recevoir des prochains témoins des statistiques, des informations sur l'innovation et la recherche et des solutions pour offrir l'accessibilité aux Premières Nations, mais pas sur la prestation de services dans nos hôpitaux.

Merci.

[*Traduction*]

Le président: Merci, madame Gaudreau. Le temps est écoulé.

Nous passons au Dr Strauss pour trois minutes, puis à Mme Chi pour trois minutes.

Vous avez la parole pour trois minutes, docteur Strauss.

Matt Strauss: Je reviens au Dr Schellenberg.

Je pense que vous venez de lâcher une bombe. Si je suis un patient atteint d'un cancer à Surrey, en Colombie-Britannique, et que vous avez demandé que je passe une TEP, mais que la régie de la santé ne peut pas la faire à temps, je vais la payer de ma poche. Le principe même de la Loi canadienne sur la santé, c'est que, si j'ai dû faire cela, le système provincial est censé me rembourser parce que j'ai payé de ma poche un examen médicalement nécessaire pour un cancer, ou alors la ministre fédérale de la Santé est censée récupérer ce financement auprès du gouvernement provincial.

Savez-vous si cette récupération a lieu? Vous décrivez une situation qui se produit assez couramment. Savez-vous si cette récupération, ou une partie de cette procédure, qui est le fondement même de la Loi canadienne sur la santé, à ma connaissance, a lieu?

● (1200)

Devin Schellenberg: Pouvez-vous répéter la question?

Le président: Je vais arrêter le chronomètre. Allez-y, docteur Strauss.

Matt Strauss: Si je comprends bien le fonctionnement de la Loi canadienne sur la santé, si mon régime provincial d'assurance-maladie ne paie pas des services assurés médicalement nécessaires, ce qui comprend l'imagerie diagnostique, et que je dois les payer de ma poche parce que ma régie de la santé provinciale ne les paie pas, la ministre fédérale de la Santé est censée écrire une lettre à la province et récupérer une partie du Transfert canadien en matière de santé.

Devin Schellenberg: Je pense que la Loi canadienne sur la santé paie les services médicalement nécessaires. Elle ne les paie simplement pas au moment où le patient le souhaite. Parfois, c'est parce que le patient veut que quelque chose soit fait immédiatement...

Matt Strauss: Puis-je vous interrompre ici? Vous avez commencé votre témoignage en disant qu'il existe un point de repère de sept jours et qu'il n'est souvent pas respecté.

Devin Schellenberg: Oui, c'est souvent... Je suis d'accord avec vous là-dessus.

Matt Strauss: D'accord, donc c'est...

Devin Schellenberg: Nous essayons de fournir des soins médicaux du mieux que nous le pouvons avec les appareils dont nous disposons. Nous ne pouvons pas faire passer tout le monde en sept jours. Je le reconnais pleinement.

Matt Strauss: D'accord. Je ne vous en tiens pas responsable. Je dis que c'est une violation flagrante de la Loi canadienne sur la santé, et peut-être que les libéraux voudront présenter une motion en ce sens. Je dis simplement que c'est une bombe. Ce n'est pas ainsi que le système de santé est censé réaliser les examens médicalement nécessaires, selon ce que je comprends de la Loi canadienne sur la santé et du système de santé dans lequel nous travaillons tous.

Je passe rapidement à la Dre Giles. Vous avez dit quelque chose de vraiment intéressant au sujet d'une estimation de 1 million de dollars d'économies. Pouvez-vous me l'expliquer de nouveau? Vous êtes allée assez vite.

Sarah Giles: Bien sûr. Les patients qui doivent faire 1 000 kilomètres en voiture, aller-retour, pour passer une IRM à Thunder Bay ont droit à une subvention de déplacement pouvant atteindre 800 $. Il existe aussi des fonds pour ceux qui iraient passer leur IRM à Winnipeg. Nous avons examiné les économies réalisées du fait que ces subventions de déplacement ne sont plus versées ou qu'elles sont moins élevées pour des distances plus courtes.

Matt Strauss: Pourquoi était-ce à vous de faire cette analyse, ou qui l'a faite?

Sarah Giles: Ce n'était pas à moi de la faire. J'ai pu consulter l'analyse de notre hôpital et lui demander quels renseignements il avait pour montrer que notre appareil d'IRM était utile à l'ensemble de la collectivité.

Le président: Merci beaucoup, docteur Strauss.

Nous passons à Mme Chi pour trois minutes.

Vous avez la parole.

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins de leurs exposés au Comité aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à la Dre Giles.

Tout d'abord, merci. Je pense que l'ensemble des médecins ruraux sont vraiment des touche-à-tout, faute d'un meilleur terme. Vous assumez des responsabilités dans une région éloignée avec des ressources limitées, mais vous arrivez quand même à faire fonctionner les choses.

Docteure Giles, vous avez parlé de l'idée d'un système centralisé de prise de rendez-vous. Si vous le pouvez, aidez-nous à explorer un peu plus cette idée, surtout maintenant que nous travaillons avec les provinces et les territoires pour ouvrir l'accès à certaines données et améliorer l'interopérabilité. Cela aiderait-il, ou quelles mesures supplémentaires seraient utiles à cet égard?

Sarah Giles: Bien sûr. Disons que nous avons une région où il y a quatre tomodensitomètres différents. Auparavant, ce que nous voyions, c'est qu'un patient consultait son médecin, qui faisait simplement une demande d'examen au tomodensitomètre local. Le patient revenait ensuite et disait: « Écoutez, on me dit qu'il faut attendre trois mois. Pouvez-vous m'adresser à un autre, et on verra lequel me prendra en premier? » Cela a tendance à faire paraître les listes d'attente plus longues qu'elles ne le sont en réalité. De plus, chaque radiologiste doit refaire le travail de l'autre en faisant le triage.

Avec un système centralisé de prise de rendez-vous — les quatre communautés utiliseraient le même bureau de rendez-vous — un patient pourrait dire: « Écoutez, je suis prêt à me rendre à n'importe lequel, peu importe la distance », ou encore: « Je ne conduis pas. Seul le plus proche de chez moi m'intéresse. » Cela permettrait aux patients d'exprimer leur préférence, et tout le monde serait trié selon les mêmes critères, ce qui éviterait les dédoublements dans le système.

● (1205)

Maggie Chi: Merci beaucoup.

L'autre point qui m'a vraiment intéressée concerne l'innovation. Je pense que les médecins ruraux ont dû apprendre sur le tas à utiliser certains appareils au point de service. On nous dit que l'innovation est l'une des mesures qui contribuent à améliorer l'accès. Je pense que Mme Mooder l'a aussi évoqué.

J'aimerais connaître votre point de vue, que ce soit celui de Dre Giles, qui représente les milieux ruraux et éloignés, ou celui de Mme Mooder, si vous avez quelque chose à ajouter à ce sujet.

Sarah Giles: Par exemple, je parlais de la technologie d'échographie à distance. Plutôt que d'envoyer le technologue en avion dans plusieurs communautés, on installe, faute d'un meilleur terme, un robot dans une communauté du Nord, et le technologue en échographie qui se trouve dans le Sud tient une sonde et la déplace dans les différents plans, ce que fait aussi le robot dans la communauté éloignée. On obtient ainsi des images de grande qualité sans que le technologue en échographie ait à se déplacer. Par exemple, il pourrait consacrer une demi-journée à une communauté et une demi-journée à une autre.

En Saskatchewan, on utilise cette technologie pour les suivis prénataux, et je crois qu'on fait aussi des échocardiogrammes. C'est une façon vraiment intéressante de remédier au manque de technologies et d'abolir les distances sans nuire à la saisie des images.

Le président: Merci.

Le temps est écoulé, mais je vais accorder quelques secondes à la First Nations Health Authority.

Gary Housty: Je voulais simplement dire quelques mots sur les possibilités d'innovation, comme l'a fait la Dre Giles. La question qui est posée à notre groupe de témoins porte sur ce qu'Ottawa peut faire pour continuer de transformer le système afin d'améliorer les résultats en matière de santé.

Quand je pense aux communautés éloignées, c'est là que nous avons commencé à innover, et nous avons maintenant l'occasion d'accroître l'échelle de ces innovations.

La Dre Giles a aussi parlé un peu d'une nation crie et de ses systèmes de radiographie. Nous voulons étendre ces systèmes à l'ensemble de la Colombie-Britannique, dans les communautés éloignées des Premières Nations. Il s'agit de modifier la législation qui encadre le British Columbia College of Nurses and Midwives afin que le personnel infirmier autorisé puisse lui aussi manipuler les appareils et prendre ces radiographies. C'est ainsi que nous pourrons faire bouger les choses et améliorer aussi les résultats en matière de santé.

Le président: Merci beaucoup.

Au nom des membres du Comité, j'aimerais remercier les témoins. Je vais commencer par ma ville.

Merci, docteur Schellenberg, madame Mooder, monsieur le vice-président Housty et, enfin et surtout, docteure Giles. Merci beaucoup de vos précieuses contributions.

Sur ce, je vais suspendre la séance pour permettre au groupe de témoins suivant de prendre place.

● (1205)

(Pause)

● (1215)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Au nom des membres du Comité, j'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons Mme Kimberly Carson, directrice générale de Cancer du sein du Canada; M. Christopher Topham, de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale; et la Dre Alison Harris, de l'Association canadienne des radiologistes.

Bienvenue au Comité.

J'aimerais d'abord faire quelques observations à l'intention des témoins.

Veuillez attendre que je vous donne la parole. Je dispose ici d'une certaine latitude. Lorsqu'un honorable député pose des questions, vous pouvez garder le contact visuel avec lui.

De plus, dès que je lève la main, je vous demanderais de conclure et de cesser de parler à la fin du temps de parole de cinq ou six minutes — selon le temps que j'ai accordé aux députés —, ce qui signifie que ce temps de parole est terminé.

Veuillez vous assurer que votre micro est activé, parce que la réunion se déroule dans les deux langues officielles. Le français et l'anglais sont diffusés simultanément.

Honorables députés, veuillez poser vos questions en nommant le témoin visé et faire fonctionner votre chronomètre. Tout à l'heure, M. Bailey a fait de l'excellent travail, parce qu'il savait que nous approchions de la fin du temps alloué et il a demandé au témoin de répondre brièvement. Ainsi, je n'ai pas à vous interrompre pendant que vous parlez. Essayons de travailler ensemble pour terminer les séries de questions à temps.

Sur ce, j'accorderai cinq minutes à chacun des trois témoins pour sa déclaration liminaire.

Nous commençons par Mme Carson, pour cinq minutes, s'il vous plaît.

● (1220)

Kimberly Carson (directrice générale, Cancer du sein du Canada): Merci beaucoup, monsieur le président, et merci aux membres du Comité de m'avoir invitée aujourd'hui.

Je m'appelle Kimberly Carson. Je suis directrice générale de Cancer du sein du Canada, le seul organisme national de lutte contre le cancer du sein qui se consacre à la recherche, à la défense des intérêts et à l'éducation.

Comme vous le savez peut-être, cette année, plus de 32 000 femmes recevront un diagnostic de cancer du sein. Plus de 5 400 d'entre elles vont mourir de cette maladie, ce qui représente environ 15 femmes par jour au pays. La proportion est toujours d'une femme sur huit, et nous n'avons pas encore constaté d'amélioration majeure du nombre de décès par rapport à cette proportion d'une sur huit.

Pour presque chacune d'entre elles, le parcours commence par le dépistage et la mammographie. C'est toujours notre première ligne de défense contre cette maladie. Ces images sont tellement importantes, parce qu'elles nous indiquent où en est la femme dans son parcours, si le cancer a été détecté tôt, si elle aura besoin d'une chirurgie, quel est le stade, quelle est la précision de ce stade et comment le cancer sera traité. C'est toujours très important comme première ligne de défense contre cette maladie.

Je veux vous laisser un message aujourd'hui. Pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, il ne s'agit même pas de l'attente pour le dépistage. Il s'agit de l'attente tout au long du système et de ce qu'elle signifie réellement. Cela va du dépistage et des examens diagnostiques jusqu'à la biopsie et à la lecture des résultats de pathologie. Chacune de ces étapes s'ajoute au retard et au temps d'attente que subit la femme. Chacune d'elles allonge le temps qu'il faut à une femme pour obtenir son diagnostic et commencer son traitement.

Voici ce que montrent les données nationales. La cible est que 90 % des femmes passent une biopsie dans les sept semaines suivant un premier résultat de dépistage anormal. Selon les données de 2020 du Partenariat canadien contre le cancer — ce sont les données les plus récentes, ce qui pose aussi un peu problème —, la seule province qui y parvient est l'Alberta. C'est un peu problématique quand on considère l'ensemble du parcours, l'ensemble du parcours de dépistage.

La question qui se pose, c'est comment l'Alberta y parvient. Comment pouvons-nous appliquer les pratiques exemplaires ici, au Canada? L'Alberta y est arrivée grâce à un système centralisé de laboratoires diagnostiques. Cela fonctionne. En outre, ici même dans la région de la capitale nationale, 16 hôpitaux de l'Est de l'Ontario travaillent ensemble en réseau. Là encore, nous obtenons les résultats plus rapidement, alors il existe des façons de faire canadiennes qui permettent d'accomplir une partie de ce travail.

L'Association canadienne des radiologistes, qui va témoigner aujourd'hui, affirme que le tiers de notre équipement au Canada est vraiment désuet — il a plus de 10 ans —, ce qui rend la tâche encore plus difficile lorsque nous essayons de faire cheminer les femmes dans ces systèmes. De plus, les systèmes ne communiquent pas entre eux.

Ce sont toutes des choses dont nous avons parlé, mais le dépistage par mammographie est vraiment important. Dans la plupart des provinces, les femmes peuvent maintenant demander elles-mêmes un examen de dépistage à partir de 40 ans. Nous demandons encore que les lignes directrices nationales soient modifiées pour fixer l'âge à 40 ans — il n'a pas encore été abaissé à 40 ans — afin de nous aider à faire cheminer les femmes dans le système, parce que nous savons que plus on détecte le cancer tôt, meilleurs sont les résultats.

Je pense que nous pouvons faire certaines choses à l'échelon fédéral.

La première est de mesurer l'ensemble du parcours de la patiente. Cancer du sein du Canada a mis au point le PROgress Tracker, qui suit le parcours de la patiente du début à la fin. Nous suivons les patientes pendant 10 ans. Nous pouvons certainement étendre cet outil à l'échelle nationale pour améliorer les données et obtenir des données plus à jour. Ce sont des données qui proviennent des patientes. C'est une étude à laquelle les patientes s'inscrivent elles-mêmes et à laquelle elles peuvent participer n'importe où et n'importe quand. Je suis heureuse de dire qu'à l'heure actuelle, après deux ou trois ans de fonctionnement, toutes les provinces et tous les territoires sont représentés dans notre base de données. Cependant, il faut certainement en accroître l'échelle.

Deuxièmement, nous devons évidemment investir dans davantage d'équipement.

Troisièmement, il nous faut plus d'innovation. Nous examinons les nouvelles innovations qui s'annoncent. Des analyses sanguines et des tests respiratoires sont sur le point d'arriver, et ils pourraient contribuer à réduire le fardeau du système. Si nous pouvons faire une analyse sanguine ou un test respiratoire au départ et savoir qu'une femme a besoin d'une mammographie plus souvent, ou si nous pouvons utiliser l'IA pour le prédire, avons-nous vraiment besoin d'envoyer autant de femmes passer une mammographie aussi souvent? Je pense qu'il y aura davantage de technologies.

Enfin, évidemment, nous demandons que l'âge soit abaissé à 40 ans.

● (1225)

Le président: Merci beaucoup, madame Carson.

Nous passons à M. Topham pour cinq minutes.

Vous avez la parole.

Christopher Topham (directeur, Défense des intérêts et communications, Association canadienne des technologues en radiation médicale): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui.

Je m'appelle Christopher Topham. Je suis directeur, Défense des intérêts et communications, à l'Association canadienne des technologues en radiation médicale.

L'imagerie médicale est essentielle à un système de santé solide, accessible et bien soutenu, qui est le fondement du bien-être des Canadiens, de collectivités stables et d'une nation prospère. Les technologues en radiation médicale, ou TRM, forment le plus important contingent des effectifs en imagerie médicale. Même s'ils sont souvent négligés, ils prennent soin des patients à certains des moments les plus critiques de leur vie.

À titre de représentants de l'ACTRM, Mme Masotti et moi représentons les 23 000 technologues en radiation médicale du Canada, dont 20 000 travaillent en imagerie médicale, dans les disciplines de la radiologie, de la médecine nucléaire et de l'IRM. Les 3 000 autres prodiguent des soins contre le cancer à titre de radiothérapeutes.

Sur le terrain, nous constatons aujourd'hui de graves pénuries de main-d'œuvre qui ont fait de l'imagerie médicale un important goulot d'étranglement pour les Canadiens qui cherchent à obtenir des soins. Pour les Canadiens atteints d'un cancer, comme nous venons de l'entendre, ce goulot d'étranglement se traduit par des retards dans l'obtention d'un diagnostic et par la détection de cancers à des stades plus avancés. Pour les Canadiens qui attendent une chirurgie, les goulots d'étranglement en imagerie retardent la chirurgie et ses bienfaits potentiels, tout en prolongeant, pour bon nombre d'entre eux, leur absence du marché du travail. Pour d'autres, ces goulots d'étranglement peuvent aussi limiter l'accès à des thérapies novatrices, comme la thérapie par radioligands, qui combine le diagnostic et le traitement, ou à de nouveaux médicaments contre la maladie d'Alzheimer qui reposent sur l'imagerie. Ces obstacles peuvent amener certains Canadiens à chercher des solutions dans d'autres pays.

Le signe le plus clair de ce goulot d'étranglement est la forte hausse des temps d'attente que nous avons constatée pour des examens et des interventions d'imagerie importants. Une étude réalisée par Deloitte en 2025, à laquelle nous avons collaboré avec nos collègues de l'Association canadienne des radiologistes ici présents, a aussi relevé les énormes coûts économiques annuels que les temps d'attente en imagerie médicale entraînent pour les Canadiens, notamment « 17,9 milliards de dollars en revenus d'emploi perdus […] 64,2 milliards de dollars en PIB perdu et 6,1 milliards de dollars en recettes fiscales perdues pour les trésors publics ».

Les pénuries de TRM sont dues au sous-investissement chronique dans les infrastructures et la main-d'œuvre en imagerie médicale, au moment même où la demande d'imagerie explose en raison d'une population croissante et vieillissante.

L'ACTRM travaille en étroite collaboration avec les TRM de partout au Canada et recueille des données sur la main-d'œuvre depuis plus de 10 ans. Ces données montrent que les taux de postes vacants sont passés de 2 % en 2015 à 10 % en IRM et à 15 % en radiographie générale et en médecine nucléaire aujourd'hui. Ces taux sont préoccupants en soi, mais des pénuries profondes et persistantes alimentent aussi un cercle vicieux de démoralisation, d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation, ce qui rend les professionnels moins enclins à rester dans la profession.

À l'heure actuelle, le bassin de nouveaux TRM se compose de professionnels formés dans des établissements d'enseignement au Canada et de TRM qui arrivent au Canada après avoir été formés et avoir exercé ailleurs. En 2025, nous avons constaté de premiers signes encourageants de croissance dans les deux groupes, mais l'ajout d'environ 130 TRM par rapport aux chiffres de 2024 est modeste compte tenu des milliers de nouveaux TRM dont nous avons besoin pour combler les pénuries associées à un taux de postes vacants de 10 à 15 %.

Nous croyons que de nombreuses innovations et solutions pourraient contribuer à remédier à la crise de la capacité en imagerie médicale à laquelle nous faisons face. Nous croyons aussi que toutes ces solutions nécessitent des investissements pour accroître et stabiliser la main-d'œuvre en imagerie médicale.

Par conséquent, nous demandons au gouvernement fédéral de s'associer aux provinces pour mettre en œuvre des stratégies financées et concrètes afin d'éliminer les arriérés critiques en imagerie médicale, en mettant directement l'accent sur les ressources humaines. Comme la formation des TRM canadiens sera un élément crucial pour mettre fin à cette crise, l'ACTRM recommande aussi que le gouvernement fédéral s'engage à fournir un nouveau financement fédéral réservé à des initiatives qui permettent d'accroître rapidement la formation des TRM partout au Canada.

Ensemble, nous demandons aux gouvernements de collaborer pour mettre fin à cette crise en imagerie médicale, afin que l'imagerie médicale fonctionne comme elle le devrait pour le système de santé et pour les Canadiens qui en dépendent.

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

● (1230)

Le président: Merci, monsieur Topham.

Nous passons à la Dre Harris pour cinq minutes.

Dre Alison Harris (présidente, Association canadienne des radiologistes): Je remercie le président, les vice-présidents et les membres du Comité de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

Je suis la Dre Alison Harris. Je suis radiologiste et présidente de l'Association canadienne des radiologistes.

Les radiologistes sont particulièrement bien placés pour voir les conséquences des retards en imagerie diagnostique. Derrière chaque statistique, il y a un Canadien qui attend une réponse à un problème de santé. Dans les services d'urgence, on surnomme parfois le tomodensitomètre le « beigne de la vérité ». Dix minutes dans le tomodensitomètre peuvent permettre d'établir ce que des heures d'examen ne permettent pas d'établir: si un patient fait un AVC, une migraine ou une hémorragie interne, ou s'il a une blessure mineure. Cependant, un tomodensitomètre ne peut dire la vérité que s'il fonctionne efficacement, qu'il est doté de suffisamment de personnel et qu'il est disponible quand les patients en ont besoin.

L'imagerie diagnostique est la porte d'entrée vers la suite des soins. Les retards de traitement prolongent l'incertitude pour les patients et leurs familles, accroissent les pressions sur les hôpitaux et coûtent des milliards de dollars à notre économie. Nous faisons plus d'examens d'imagerie que jamais, et pourtant les patients attendent plus longtemps. Entre 2019 et 2024, les hôpitaux ont réalisé 16 % plus d'examens d'IRM et de TDM, mais les temps d'attente se sont allongés. L'intégration de l'IA a été proposée comme solution possible, mais l'IA ne peut pas faire passer un examen à un patient. Elle a besoin d'un appareil moderne, d'un technologue formé et d'un radiologiste responsable des résultats.

Pour réduire les temps d'attente et accroître la capacité diagnostique, il faut tenir compte de trois facteurs clés. Le premier est l'équipement, c'est-à-dire les appareils de TDM, d'IRM et autres que nous utilisons pour obtenir les images des patients. Le deuxième, ce sont les gens: nos TRM, nos radiologistes, nos technologues en échographie et nos physiciens médicaux. Le troisième, ce sont les technologues novateurs.

Commençons par l'équipement. Le Canada se classe au 27e rang sur 31 systèmes de santé universels pour le nombre d'appareils d'IRM par habitant, et au 28e rang pour la TDM. Plus du tiers de nos appareils ont plus de 10 ans. Les vieux appareils tombent en panne plus souvent, coûtent plus cher à entretenir et ne peuvent pas faire fonctionner les logiciels les plus récents nécessaires pour raccourcir la durée des examens. Le gouvernement fédéral peut et, à notre avis, devrait diriger les investissements en capital pour renouveler et étendre les infrastructures d'imagerie. Cependant, un appareil inutilisé ne peut pas réduire une liste d'attente.

Cela m'amène aux gens. Les ressources humaines en santé constituent actuellement la principale contrainte qui pèse sur notre capacité en imagerie. Les hôpitaux ont du mal à recruter et à maintenir en poste des technologues, des technologues en échographie, des physiciens médicaux et des radiologistes. Selon les projections fédérales, la pénurie de technologues va se poursuivre. Dans de nombreuses régions, en raison du manque de personnel, des appareils restent inutilisés le soir, la nuit et la fin de semaine. Nous ne pouvons pas simplement régler le problème à coups d'argent. Les nouveaux appareils ont besoin de technologues formés pour les faire fonctionner et de radiologistes pour interpréter les résultats. Les investissements dans les infrastructures d'équipement doivent aller de pair avec des investissements dans la formation et dans la planification de la main-d'œuvre.

Enfin, j'ai un mot à dire sur la technologie, y compris l'IA. Bien utilisée, l'IA peut permettre à notre équipement et à notre personnel d'en faire davantage. La reconstruction d'images assistée par l'IA peut réduire la durée des examens et augmenter le débit. Les outils d'aide à la décision clinique peuvent faire en sorte que chaque patient passe le bon examen au bon moment.

Cependant, la technologie ne remplace pas l'équipement ni le personnel. Elle en multiplie la valeur au sein du système. Pour qu'un outil d'IA fonctionne de façon sécuritaire, il doit être testé en fonction des patients canadiens, sur nos appareils et dans nos hôpitaux. À l'heure actuelle, cette tâche revient à chaque clinicien, un hôpital ou une clinique à la fois. C'est pourquoi l'Association canadienne des radiologistes a contribué à fonder le Health AI Validation Network, ou HAIVN, une entité indépendante sans but lucratif pour laquelle nous proposons un financement fédéral.

Ce sont les provinces et les territoires qui fournissent les soins de santé, mais nos difficultés ne s'arrêtent pas aux frontières provinciales. Nous avons suffisamment de données pour savoir qu'il y a un problème, mais nous n'avons pas un portrait complet des solutions, en raison du manque d'intégration des systèmes. Certains ensembles de données nationaux ne sont mis à jour que périodiquement, et les administrations ne mesurent pas de façon uniforme la dotation en personnel, les temps d'arrêt des appareils, l'utilisation et les listes d'attente. Il est donc difficile de déterminer ce qui fonctionne, où il faut agir et où des progrès sont réalisés.

L'objectif ne devrait pas être simplement de recueillir plus de données ou de commander une autre étude. Nous devons utiliser les données existantes pour orienter l'action. Cette commission constitue une étape importante vers un leadership fédéral plus fort et une approche nationale mieux coordonnée de l'imagerie diagnostique.

Dans le cadre de nos activités de défense des intérêts et de nos récents mémoires prébudgétaires, l'Association a toujours insisté sur quatre priorités clés: renouveler et accroître les infrastructures d'imagerie, renforcer notre main-d'œuvre, soutenir l'innovation qui améliore l'efficience et améliorer les cadres de reddition de comptes afin que nous puissions mesurer les progrès. Ensemble, ces priorités peuvent contribuer à garantir que les investissements se traduisent par des améliorations mesurables de la capacité, de l'accès et des résultats de santé pour nos patients.

Merci de l'intérêt que vous portez à cette question. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

● (1235)

Le président: Merci, docteure Harris.

Je vais passer aux séries de questions des honorables députés. S'il y a consensus, nous pourrions poursuivre jusqu'à environ 13 h 15, à moins que cela ne vous pose problème.

Docteur Eyolfson, vous avez la parole.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Excusez-moi, je dois assister à une autre réunion à 13 h 15. C'est une réunion que je préside.

Le président: Que diriez-vous de 13 h 10?

Doug Eyolfson: Merci.

Le président: Merci.

Commençons par Mme Dancho, pour six minutes.

Vous avez la parole.

Raquel Dancho (Kildonan—St. Paul, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de leurs excellents témoignages. Il y a beaucoup de sujets à aborder.

J'aimerais commencer par la question des gens, ou des technologues. M. Topham et la Dre Harris ont souligné qu'il y a une pénurie assez importante.

Monsieur Topham, j'ai lu des recherches de votre organisme. Il manque 2 300 personnes simplement pour ramener le taux de postes vacants à 5 %. À l'heure actuelle, nous nous situons autour de 15 %.

Est-ce exact?

Christopher Topham: C'est exact.

Pour que vous compreniez bien, nos données proviennent d'un sondage que nous menons auprès des gestionnaires. Ce n'est pas un dénombrement. C'est purement une estimation, mais c'est là que nous pensons que nous en sommes.

Raquel Dancho: Souvent, quand les gens pensent à l'IRM, ils pensent à l'appareil physique, qui est bien sûr un élément clé. Comme on l'a mentionné, par rapport à l'OCDE ou aux pays comparables, nous nous classons au 28e rang sur 31 pour les appareils d'IRM, de TDM et de TEP. Nous en avons 26 par million d'habitants, alors que la moyenne — et il ne s'agit même pas des pays les plus performants — est de 51 par million d'habitants. C'est presque le double de ce que le Canada possède. Si nous pouvions, d'un coup de baguette magique, obtenir tous ces appareils du jour au lendemain, il nous faudrait quand même des gens pour faire le travail et réaliser ces examens. Il nous faudrait quand même des radiologistes pour les interpréter.

Vous avez dit que la formation est un élément assez important, et je sais que votre organisme demande du financement fédéral. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

La Dre Harris aura peut-être aussi des commentaires.

Christopher Topham: Bien sûr.

Il est possible de faire venir des gens de l'étranger. Avec l'explosion de la demande — qui découle de la croissance et du vieillissement de la population —, il faut une réponse nationale adaptée au nombre de technologues formés au Canada. Au cours des 10 dernières années, cette réponse, sur le plan de l'augmentation du nombre de places et du nombre de technologues formés, n'a pas été au rendez-vous. Par conséquent, nous devons coordonner nos efforts d'une façon ou d'une autre, en examinant les données et en travaillant avec les provinces, pour nous assurer qu'un nombre suffisant de personnes sont formées.

Raquel Dancho: Je vous interromps, parce que vous avez soulevé un très bon point.

Notre population augmente naturellement, mais aussi en raison de niveaux d'immigration très élevés. Nous avons aussi la plus grande génération de l'histoire, les baby-boomers, qui est bel et bien en train de vieillir dans notre système de santé. Je ne suis pas médecin, mais je crois comprendre que, souvent, plus on vieillit, plus on a besoin d'examens. Aussi mauvais que soit le système actuellement, si rien ne change à l'échelle nationale ou provinciale, la situation va beaucoup empirer.

Est-ce exact, monsieur Topham, puis docteure Harris?

Christopher Topham: Je laisserais probablement la Dre Harris répondre à cette question.

Dre Alison Harris: Absolument. L'Association canadienne des radiologistes milite en ce sens. Nous avons présenté un mémoire prébudgétaire. L'une des mesures que nous préconisons est un investissement important dans la capacité en imagerie, à la fois pour le renouvellement et le remplacement de l'équipement. Nous estimons que cela nécessitera un investissement de 2 milliards de dollars sur trois ans.

Comme l'a souligné M. Topham, cela ne s'arrête pas aux investissements dans l'équipement. Il faut aussi investir dans les gens. La technologie, l'équipement et la main-d'œuvre doivent être considérés ensemble.

Raquel Dancho: Merci.

L'Association canadienne des radiologistes affirme notamment sur son site Web: « Les cliniciens sont contraints de prendre des décisions difficiles en matière de priorisation, et les patients de l'ensemble du système en ressentent les effets. »

Pourriez-vous nous en dire un peu plus? Comme la situation est tellement grave, ce que je retiens, c'est que vous en êtes presque à devoir faire le triage des besoins. Est-ce exact?

● (1240)

Dre Alison Harris: Pour chaque demande d'examen de TDM ou d'IRM qui arrive dans un établissement, le radiologiste examine les renseignements cliniques fournis et détermine, en fonction de ces renseignements, le degré d'urgence de l'examen. Pour les examens qui doivent être faits d'urgence, dans un délai de sept jours, nous réussissons raisonnablement bien à faire passer l'examen à ces patients de 70 à 80 % du temps, en moyenne.

Les patients qui ont des indications cliniques semi-urgentes ou moins urgentes devraient passer leur examen dans un délai d'un ou de deux mois, selon la priorité qui leur est accordée. Ces patients attendent beaucoup plus longtemps pour ces examens d'imagerie. En moyenne, une TDM qui devrait être faite dans un délai d'un mois prend de deux à trois mois. Une IRM qui devrait se faire dans un délai d'un mois est réalisée au bout de neuf mois. Dans certaines administrations, l'attente peut atteindre un an. Nous constatons des retards importants dans l'accès des patients à l'imagerie médicale.

En tant que radiologiste qui travaille en première ligne, je dirais qu'il n'est pas rare que nous voyions des patients arriver par le service des urgences. Ils ont eu des problèmes d'accès. Ils n'ont pas été vus. Ils n'ont pas pu obtenir de rendez-vous. Ils se présentent alors aux urgences parce que leurs symptômes se sont aggravés. Nous leur faisons passer un examen aux urgences, et nous constatons qu'ils ont un cancer disséminé ou une pathologie qui, si elle avait été détectée beaucoup plus tôt, aurait pu être prise en charge cliniquement. Au moment où ils arrivent, nous avons souvent très peu d'options de traitement. C'est ce que nous voyons en première ligne.

L'Association canadienne des radiologistes a établi des catégories de priorité fondées — comme je l'ai mentionné — sur les indications cliniques. Cependant, dans les provinces de tout le pays, les listes d'attente dépassent largement ces temps d'attente recommandés.

Raquel Dancho: Merci.

Il en a été question avec le groupe de témoins précédent, aujourd'hui. Si je comprends bien, il y a une différence entre les milieux ruraux et urbains, mais même certains centres urbains sont beaucoup mieux lotis que d'autres. Vous aurez peut-être plus de chance si vous êtes à Ottawa, à Toronto ou dans d'autres administrations, mais la situation n'est pas équitable d'un bout à l'autre du pays à l'heure actuelle.

Dre Alison Harris: Oui, nous constatons des retards très importants chez les patients des communautés rurales ou éloignées, et c'est en grande partie attribuable à la capacité d'accéder à l'équipement.

J'ai entendu une partie des témoignages du groupe précédent et je suis d'accord avec ce qui a été dit, à savoir que, souvent, ces communautés n'ont pas l'équipement d'imagerie médicale de pointe que l'on trouve dans les grands centres urbains. Nous avons mis en place des mesures comme la prise de rendez-vous centralisée pour l'IRM, et cela a contribué à simplifier une partie de l'accès.

Raquel Dancho: Merci.

Le président: Nous passons à M. Eyolfson pour six minutes.

Doug Eyolfson: Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier tous les témoins d'être venus.

Docteure Harris, merci de ce que vous avez dit au sujet des services d'urgence.

Je suis médecin urgentiste depuis 25 ans, et j'ai remarqué, particulièrement au cours des 10 dernières années, une augmentation du nombre de cancers avancés que j'ai diagnostiqués au service des urgences. Des gens qui avaient suivi les directives — ils avaient vu leur médecin et leurs examens étaient prévus — arrivaient avec des symptômes tout simplement insupportables. J'ai fait la TDM et, au milieu d'un service d'urgence bondé, j'ai dû annoncer à une patiente qu'elle avait un cancer de l'ovaire métastatique. C'est déchirant. C'est là que nous voyons vraiment le besoin, et je le constate depuis des années.

Nous avons parlé de l'accès. Grâce à la technologie, aujourd'hui, lorsqu'un examen est réalisé à un endroit, des radiologistes situés ailleurs peuvent le lire. Pourtant, nos permis d'exercice sont encore cloisonnés. Un permis d'exercice reconnu à l'échelle nationale faciliterait-il les choses? Une fois l'examen réalisé, cela permettrait-il de lire et d'interpréter les examens plus rapidement?

Dre Alison Harris: C'est un point intéressant. Les radiologistes passent évidemment des examens nationaux. Les permis d'exercice sont délivrés par les provinces, mais certains radiologistes détiennent un permis dans plusieurs provinces, ce qui leur permet de produire des rapports dans d'autres administrations.

Il est préférable que les examens d'imagerie puissent être interprétés localement. C'est en partie parce que les systèmes ne communiquent pas nécessairement entre eux, de sorte que les examens réalisés dans une autre administration ne sont pas forcément accessibles pour consultation.

Même en Colombie-Britannique — je travaille à Vancouver —, nous ne pouvons pas voir les examens d'imagerie réalisés ailleurs dans la province, à moins de passer par un système informatique distinct. Cela peut parfois entraîner la répétition inutile d'examens, ou faire en sorte qu'on ne sache pas qu'un examen a été réalisé ailleurs. Cela entraîne des retards et peut avoir une incidence sur les soins aux patients.

● (1245)

Doug Eyolfson: Le gouvernement fédéral travaille actuellement à ce que nous appelons la Loi visant un système de soins de santé connecté au Canada, pour tenter de faire en sorte que tous les systèmes communiquent entre eux. Cela faciliterait-il les choses si nous avions un système que tout le monde pourrait reconnaître au sein des provinces et entre elles, et qui permettrait aux systèmes de communiquer de façon fluide?

Dre Alison Harris: Nous avons souligné qu'il y a des problèmes d'intégration des systèmes. Oui, je pense que, si un patient voyage d'un bout à l'autre du pays, il serait important d'avoir accès aux examens d'imagerie qu'il a passés dans une autre administration. Même le simple fait d'y avoir accès au sein des provinces serait un grand pas en avant.

Doug Eyolfson: Merci.

Je vais changer un peu de sujet.

Monsieur Topham, merci de ce que vous faites.

L'une des choses déchirantes que j'ai remarquées — je dirais plutôt frustrantes — est la suivante. J'ai déjà travaillé dans les ambulances aériennes. Très souvent, nous devions aller chercher quelqu'un qui avait subi un traumatisme crânien dans un centre doté d'un tomodensitomètre, mais le patient s'était présenté à 16 h 15 et le tomodensitomètre fermait à 16 heures faute de personnel. C'était le cas dans beaucoup d'endroits.

Je sais qu'il y a beaucoup de postes vacants, et c'est probablement plus aigu dans les petits centres, dans les centres isolés et dans ceux du Nord. Y a-t-il des innovations en matière de formation qui éviteraient d'avoir à envoyer les gens dans un grand centre pour leur formation...? S'il y a un appareil d'IRM à Thompson, au Manitoba, et qu'une personne de l'endroit souhaite faire ce travail, existe-t-il des dispositions qui permettent qu'une grande partie de cette formation se fasse à distance, afin que des gens de l'endroit puissent être formés?

Christopher Topham: Oui, il y en a. Traditionnellement, les programmes étaient offerts par les universités ou les collèges, et les gens devaient passer beaucoup de temps en classe dans ces établissements. Les stages cliniques ont toujours été répartis un peu partout. Je ne dis pas qu'il y en a eu à Thompson en particulier, mais les gens ont pu faire la partie clinique de leur formation un peu partout au pays.

Comme nous pouvons faire davantage de travail en classe virtuelle, certains innovent dans ce domaine pour que les gens aient très peu de temps à passer en classe dans leur collège; ils pourraient alors faire leur apprentissage théorique de façon virtuelle, puis leur formation clinique dans divers établissements répartis dans une province, voire dans l'ensemble du pays.

Doug Eyolfson: Merci.

Dans certains de ces centres, où le volume d'autres types de problèmes ou de tâches cliniques est peut-être moins élevé, y aurait-il lieu d'offrir une formation polyvalente, afin que des gens qui travaillent dans un domaine connexe puissent recevoir une partie de cette formation à distance et rester dans leur communauté? Est-ce que cela se fait, ou est-ce une possibilité?

Christopher Topham: Je pense qu'un exemple serait la formation polyvalente en laboratoire et en radiographie. Oui, cela se fait beaucoup partout au pays en raison du caractère rural du Canada. Il existe un modèle bien défini à cet égard.

Doug Eyolfson: Mon temps est écoulé. Merci beaucoup.

Le président: C'était exactement six minutes.

Nous passons à Mme Gaudreau pour six minutes.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je suis reconnaissante des précieuses recommandations des témoins.

Est-ce que l'interprétation fonctionne bien? Je vais prendre le temps pour en être sûre, parce que ma première question est pour vous, madame Carson. Est-ce que tout est correct pour vous? C'est parfait.

Effectivement, quand on parle de dépistage du cancer du sein — je ne connais pas la situation dans l'ensemble des provinces et des territoires, mais quand on décide de s'y prendre à temps — je pense entre autres au Québec, où on est en train de se pencher sur le dépistage colorectal, qu'on n'est pas encore en voie de prévenir —, plus on dépiste tôt, plus on allonge l'espérance de vie.

Que disent les ministres de la Santé des autres provinces et territoires de votre souhait d'avoir un réseau le plus résilient possible?

● (1250)

[*Traduction*]

Kimberly Carson: Ce que nous examinons, comme les autres provinces et territoires et les ministres de la Santé avec qui je discute à cet échelon, c'est que plus tôt nous pouvons détecter le cancer et savoir ce que nous pouvons mettre en place en matière de dépistage et de détection, meilleurs sont les résultats. Que pouvons-nous mettre en place? Quelles technologies arrivent? Quelles initiatives appuyées par l'IA pouvons-nous mettre en place pour que la détection initiale se fasse le plus tôt possible pour toutes les personnes atteintes d'un cancer, qu'il s'agisse du cancer colorectal, du cancer du sein ou des tests immunochimiques fécaux? Il existe maintenant une détection précoce pour le cancer du poumon.

Nous examinons aussi un nouveau test. Ce sera une biopsie liquide, une analyse sanguine qui s'annonce. Nous attendons actuellement que la FDA l'approuve. Le comité consultatif indépendant de la FDA a recommandé qu'elle l'approuve, et ce sera le test de dépistage initial pour une cinquantaine de types de cancer. Ce dossier est suivi de très près. Le test est déjà offert dans certaines provinces par l'intermédiaire de cliniques privées et de compagnies d'assurances. Beaucoup d'entre elles le paient actuellement. On s'oriente vers l'idée que plus la détection est précoce, meilleurs sont les résultats, moindres sont les répercussions sur le patient et moindres sont les répercussions sur le système.

Grâce à nos recherches, nous savons que tout diagnostic de cancer entraîne une toxicité financière. Nous examinons comment la réduire, en particulier pour les femmes de moins de 55 ans atteintes d'un cancer du sein, qui subissent des répercussions financières assez importantes à la suite d'un diagnostic. Plus nous détectons le cancer tôt, meilleurs sont les résultats pour la patiente, moins la toxicité financière est importante et mieux c'est pour l'ensemble du système. C'est ce que nous examinons.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Je le disais tantôt. Effectivement, quand je vois que ce sont des fondations de centres hospitaliers qui font des collectes de fonds de plusieurs millions de dollars pour avoir accès à l'équipement, j'ai un souhait: misons sur le développement technologique pour justement faire des percées, entre autres avec les tests sanguins, et donnons autant l'expertise de terrain que la machinerie dont on a besoin et qu'on pourrait offrir à l'ensemble de la collectivité.

Merci, madame Carson.

Ma question est pour vous, docteure Harris. Moi aussi, je suis curieuse de ce que disent les treize gouvernements et ministres des provinces et des territoires de l'investissement de 2 milliards de dollars sur trois ans dont vous avez parlé. Qu'en disent-ils?

[*Traduction*]

Dre Alison Harris: Idéalement, nous recommanderions une stratégie fédérale pour l'équipement. Tout financement alloué à l'équipement d'imagerie médicale devrait être réparti en fonction des besoins. Il faudrait aussi une reddition de comptes. Si l'équipement doit être financé par le gouvernement fédéral, comme cela a été le cas, je crois, il y a une vingtaine d'années, les provinces devraient rendre des comptes.

Par ailleurs, le financement de l'équipement ne vise pas seulement l'appareil lui-même. Il y a beaucoup de coûts supplémentaires pour la rénovation des salles. Il faut beaucoup de préparation pour installer un appareil aussi imposant qu'un appareil d'IRM ou de TDM. Il faut aussi tenir compte des coûts de fonctionnement, ainsi que des besoins en technologues.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: J'ai une question. C'est comme si on n'avait pas confiance. Je vais le dire: quand je parle à nos spécialistes, tant dans les milieux ruraux que dans les grands centres de recherche, ils me disent qu'il y a toujours quelqu'un qui est là pour les regarder et les juger. Ils savent ce dont ils ont besoin, et ils ont aussi l'expertise.

Donc, évidemment, pour ce qui est du Québec, quand on parle de reddition de comptes, on va dire non merci et qu'on va continuer de faire des efforts. Toutefois, est-ce qu'il est envisageable d'avoir une augmentation des transferts en santé pour permettre aux provinces et aux territoires de se doter de ce dont ils ont besoin? Est-ce que c'est une avenue, ou est-ce que vous êtes complètement en désaccord?

[*Traduction*]

Le président: Il vous reste 15 secondes.

● (1255)

Dre Alison Harris: Je suis tout à fait d'accord avec ce que vous venez de dire. Je pense que le gouvernement fédéral devrait travailler en étroite collaboration avec les provinces pour évaluer leurs besoins particuliers.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Dancho, vous avez quatre minutes.

Raquel Dancho: Merci beaucoup.

Madame Carson, j'ai quelques questions pour vous.

J'aimerais parler des véritables répercussions humaines des longs temps d'attente pour les examens diagnostiques. Au début, vous avez mentionné que 32 000 femmes recevront un diagnostic au Canada cette année et que 5 400 mourront de leur maladie. Cela représente environ 15 femmes par jour. Environ une femme sur huit aura un cancer du sein au cours de sa vie.

Je me souviens que, lors de notre première rencontre, vous m'avez parlé des différents stades du cancer du sein. Corrigez-moi si je me trompe, mais ce que j'en ai retenu, c'est qu'aux stades 1 et 2, vous avez d'excellentes chances de vous en sortir si le cancer est détecté à ce stade. S'il atteint les stades 3 et 4, vous risquez fort de devoir mener le combat de votre vie. Est-ce une évaluation juste de la façon dont le cancer du sein progresse? À quelle vitesse peut-on passer de la fin du stade 2 au stade 3?

Kimberly Carson: Oui, absolument. Nous considérons que les cancers de stade 0 à 2 ont un taux de guérison assez élevé à cinq ans. Au-delà, c'est un peu plus lourd, je dirais, pour la patiente et pour le système, puisque les patientes subissent davantage de toxicités chimiques liées à la progression de la maladie. Le système doit alors recourir à des traitements beaucoup plus invasifs.

Tous nos traitements sont maintenant des traitements ciblés. Lorsqu'une patiente reçoit un diagnostic de cancer du sein, le type et le stade de son cancer détermineront le parcours de traitement qu'elle suivra. Assurément, plus le cancer du sein est avancé, plus il faudra de traitements.

Raquel Dancho: À quoi ressemblent les temps d'attente au Canada? D'après certains cas que j'ai vus au Manitoba, il faut environ quatre ou cinq mois entre l'orientation par le médecin et la mammographie. Est-ce un bon point de repère à l'échelle mondiale? Est-ce que nous nous en tirons bien? Est-ce la même chose partout au pays? Quelle est la situation à l'échelle nationale?

Kimberly Carson: À l'échelle nationale, les résultats sont très différents selon l'endroit où l'on se trouve. Assurément, comme on l'a mentionné à plusieurs reprises, notre population rurale fait face à des temps d'attente beaucoup plus longs, doit se déplacer beaucoup plus loin pour obtenir ces traitements et doit s'absenter de la maison beaucoup plus longtemps. Là encore, la toxicité financière entre en jeu dans la façon dont nous gérons tout cela.

Les temps d'attente varient vraiment d'un endroit à l'autre au pays. C'est encore un peu une loterie du code postal. Pour sa part, Cancer du sein du Canada essaie, avec l'alliance REAL, d'établir une norme qui prend la forme de lignes directrices sur la façon dont les patientes devraient être traitées, afin que nous puissions leur offrir les mêmes soins, peu importe où elles vivent au Canada. Notre alliance REAL pourra offrir aux patientes ce parcours de soins beaucoup plus rapidement lorsqu'il sera plus clair de quoi elles ont besoin selon le stade et le type de leur cancer du sein.

Raquel Dancho: Existe-t-il un point de repère pour le délai entre la demande initiale du médecin et la mammographie? Y a-t-il un chef de file mondial?

Quel est notre objectif, en fin de compte?

Kimberly Carson: Je pense que notre objectif est de moins de sept semaines.

Raquel Dancho: Selon vous, quel pourcentage du Canada respecte ce point de repère de sept semaines?

Kimberly Carson: Malheureusement, personne ne le respecte.

Raquel Dancho: Personne ne respecte le point de repère, et pourtant une femme sur huit est atteinte de cette terrible maladie, et 5 400 femmes en meurent chaque année, soit 15 par jour. Le bon travail du Comité, le vôtre et celui d'autres intervenants ont mené à la recommandation — même si elle n'est pas officielle dans de nombreuses provinces — d'abaisser de 50 à 40 ans l'âge de la première mammographie, ce qui est vraiment une excellente chose pour les femmes. Je pense que cela sauvera beaucoup de vies.

Ce qui me préoccupe, c'est ceci: si nous sommes déjà surchargés à partir de 50 ans, avez-vous entendu parler de plans des provinces pour se préparer à ces examens supplémentaires? Qu'allons-nous faire pour que toutes puissent passer ces examens dès 40 ans à l'avenir?

Kimberly Carson: Un certain nombre d'initiatives différentes sont mises en place.

Faut-il commencer à examiner le score de risque des femmes à un plus jeune âge? Faut-il commencer à examiner les femmes de 25 à 30 ans et établir à cet âge un score de risque pour déterminer si elles doivent passer un examen de dépistage à 40 ans ou si elles peuvent attendre? Doivent-elles passer un examen de dépistage tous les deux ans, chaque année ou tous les cinq ans?

Le président: Merci.

Nous passons à Mme Sidhu pour quatre minutes.

Vous avez la parole.

Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci à tous les témoins.

Ma question s'adresse à la Dre Harris.

Nous avons parlé de l'IA. Quelles innovations, y compris l'IA, ont le plus grand potentiel pour améliorer la capacité en imagerie diagnostique et réduire les temps d'attente, tout en préservant la sécurité des patients et la qualité des soins?

● (1300)

Dre Alison Harris: Vous avez abordé un enjeu important. À l'heure actuelle, l'IA est déployée partout au pays, mais de façon très inégale. Il y a très peu de cohérence quant à la façon dont les outils d'IA sont déployés, aux endroits où ils le sont et à la façon dont ils sont surveillés une fois déployés.

Ceux qui sont déployés actuellement servent, par exemple, à détecter des hémorragies cérébrales. Lorsqu'une personne arrive au service des urgences, ses examens passent par un algorithme capable de détecter les hémorragies cérébrales. D'autres outils aident le programme de dépistage du cancer du poumon à détecter des nodules. Il y a aussi des outils d'IA qui aident à repérer des anomalies en mammographie. Ce sont les outils diagnostiques.

Il y en a aussi d'autres, en arrière-plan, qui peuvent trier les examens d'imagerie pour établir les priorités ou aider à la prise de rendez-vous et à la planification des examens des patients. Il y a plusieurs niveaux.

L'Association canadienne des radiologistes a proposé le Health AI Validation Network. C'est un projet auquel nous travaillons depuis plusieurs années avec nos partenaires d'autres spécialités.

Nous estimons qu'il devrait y avoir un encadrement. Les produits sont réglementés par Santé Canada et sont approuvés, mais il n'y a aucune surveillance après leur mise en marché. Ces outils aident le système de santé et le rendent plus efficace, mais il faut aussi qu'il y ait un encadrement.

Sonia Sidhu: Quand vous dites qu'il n'y a pas de surveillance, de quel type de surveillance parlez-vous? Pouvez-vous nous en dire plus?

De quel type de surveillance avez-vous besoin?

Dre Alison Harris: Ce qu'il faudrait idéalement, c'est que la précision des outils d'IA fasse l'objet d'un suivi au fil du temps. Avec n'importe quelle technologie, il est toujours possible que les résultats changent selon la population à laquelle on l'applique. Une mise à niveau pourrait même nuire à l'utilisation du produit. Il faut un encadrement constant de ces produits à mesure qu'ils sont déployés.

Sonia Sidhu: Nos plus grands défis consistent à maintenir en poste les technologues en radiation médicale au sein du système de santé public. Quelle approche a donné les meilleurs résultats pour maintenir en poste les TRM?

Monsieur Topham, vous pouvez répondre.

Christopher Topham: Ce qui a le mieux fonctionné, c'est de stabiliser la main-d'œuvre sur place, là où se trouvent les gens.

Quand nous avons sondé les gens pour savoir combien d'entre eux avaient l'intention de partir, le nombre était assez élevé, mais quand nous leur avons demandé ce qui les ferait rester, ils ont répondu: « Eh bien, je resterais si vous régliez cette crise de la main-d'œuvre à laquelle nous faisons face. »

Les gens aiment leur travail. Ils tiennent à travailler en étroite collaboration avec les patients. Ils souffrent des conditions actuelles. Des renforts seraient la priorité numéro un.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Champoux, bienvenue au Comité.

Vous avez deux minutes.

[*Français*]

Martin Champoux (Drummond, BQ): Merci, monsieur le président.

J'arrive à la fin de la fête, mais je remercie quand même les témoins d'être là. On connaît les trous dans l'offre de services, qui sont particulièrement criants dans plusieurs régions au Canada. Je parle principalement du Québec. On le vit dans des régions près de chez moi; c'est assez criant.

Au-delà du fait qu'évidemment, on parle d'un sujet qui est exclusivement de compétence provinciale, il me semble qu'il y a des mécanismes qui pourraient peut-être être mis en place visant à combler ces lacunes, qui sont particulièrement difficiles à gérer et à régler pour les régions.

Est-ce qu'un mécanisme volontaire d'approvisionnement pancanadien pourrait permettre aux régions ou aux provinces un peu plus petites, qui ont moins de pouvoir d'achat, de profiter, d'une certaine façon, des mêmes conditions que les plus grandes régions ou les provinces plus populeuses?

[*Traduction*]

Dre Alison Harris: Je peux répondre.

C'est une très bonne question, parce que nous voyons les petites provinces rater des occasions d'acheter de l'équipement. Beaucoup de centres comptent sur leur fondation pour acheter de l'équipement, même si cela ne couvre pas l'ensemble du processus d'installation, comme je l'ai mentionné plus tôt. Les provinces pourraient conclure de façon indépendante des ententes de location avec les entreprises. Il existe des mécanismes qui pourraient être utilisés. Une réponse fédérale serait importante pour examiner le renouvellement et le remplacement de l'équipement dans une perspective plus fédérale, au lieu de s'en remettre uniquement aux provinces pour qu'elles le fassent chacune de leur côté.

● (1305)

[*Français*]

Martin Champoux: D'une certaine façon, est-ce que la question du sous-financement et de la sous-participation du fédéral au financement de la santé est un problème en soi? Est-ce que régler cette question, c'est-à-dire augmenter substantiellement les transferts en santé fédéraux et les rendre tels qu'ils devraient être, pourrait permettre notamment à ces régions, mais aussi aux plus petites provinces de régler ces situations?

[*Traduction*]

Le président: Une réponse rapide, s'il vous plaît.

Dre Alison Harris: Il faudrait une réponse fédérale et, comme je l'ai mentionné plus tôt, il faudrait une reddition de comptes sur la façon dont l'argent est dépensé.

Le président: Merci beaucoup.

Au nom des membres du Comité, je tiens à remercier les témoins de leurs précieuses contributions. Vous pouvez maintenant disposer.

La parole est maintenant à Mme Dancho.

Raquel Dancho: Merci, monsieur le président.

Merci encore beaucoup aux témoins.

C'est notre première réunion sur les temps d'attente pour les soins diagnostiques au Canada. Je pense que c'est un moment très important pour les soins de santé au Canada que le Comité permanent de la santé prenne cette question au sérieux en tant qu'enjeu national.

Merci beaucoup d'avoir lancé cette étude. Nous vous sommes très reconnaissants de vos témoignages et de votre expertise.

Monsieur le président, comme nous en avons discuté, j'aimerais proposer la motion suivante:

> Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude des conclusions du rapport d'octobre 2026 de la vérificatrice générale du Canada sur la Réserve en prévision d'urgences de santé publique, y compris la gestion de la Réserve nationale stratégique d'urgence et l'état de préparation du Canada en vue de futures urgences de santé publique; que le Comité consacre au moins deux séances à cette étude; que le Comité invite la ministre de la Santé à comparaître pendant au moins une heure, ainsi que la vérificatrice générale du Canada et des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada; que le Comité fasse rapport de ses conclusions et recommandations à la Chambre; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le gouvernement dépose une réponse globale au rapport.

Monsieur le président, comme vous le savez certainement, la semaine dernière, la vérificatrice générale a publié un rapport assez cinglant sur la mauvaise gestion de l'Agence de la santé publique. Ce rapport faisait état de faiblesses importantes et persistantes dans la gestion de la réserve stratégique de fournitures médicales du pays, sur laquelle nous comptons pour la sécurité nationale et la sécurité publique des Canadiens si le pire devait se produire, par exemple une pandémie ou une urgence chimique ou biologique quelconque.

Le rapport fait état de problèmes de longue date qui n'ont pas encore été réglés et indique que l'Agence n'a pas corrigé les lacunes connues liées à la réserve, ce qui a fait que, par exemple, des fournitures médicales d'une valeur de 330 millions de dollars se sont essentiellement retrouvées à la poubelle, de même que des produits pharmaceutiques d'une valeur de 20 millions de dollars.

Je pense que le Comité est bien placé pour prendre ce rapport au sérieux et inviter les témoins à comparaître.

Merci, monsieur le président.

Le président: Il nous reste deux minutes.

J'ai Mme Chi sur la liste, puis je vais suspendre ou lever la séance à 13 h 10.

Maggie Chi: Merci, monsieur le président. Je serai très brève.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma collègue de sa motion. Je signale que, selon l'usage, c'est le comité des comptes publics qui examine d'abord un rapport de la vérificatrice générale, puis les autres comités peuvent décider s'ils veulent l'étudier, ce qui évite les dédoublements de travail entre les comités. C'est un sujet très important, et nous sommes favorables à son étude.

Compte tenu de la nature du sujet et de certaines questions délicates liées à la sécurité nationale, nous pensons qu'une formule semblable à celle de notre réunion du 10 février, où des fonctionnaires de l'Agence de la santé publique du Canada ont comparu pendant une heure à huis clos et une heure en public, serait également appropriée dans ce cas-ci.

Sur ce, j'ai un amendement, qui est en train d'être envoyé par courriel à la greffière.

Je propose:

Que la motion soit modifiée par adjonction, après les mots « et des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada », de ce qui suit: « pendant deux heures, dont une heure en public et une heure à huis clos ».

(L'amendement est adopté.)

Le président: Nous sommes maintenant saisis de la motion modifiée. Que tous ceux qui sont pour se manifestent.

(La motion modifiée est adoptée. [*Voir le Procès-verbal*])

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