CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45e LÉGISLATURE, 1re SESSION

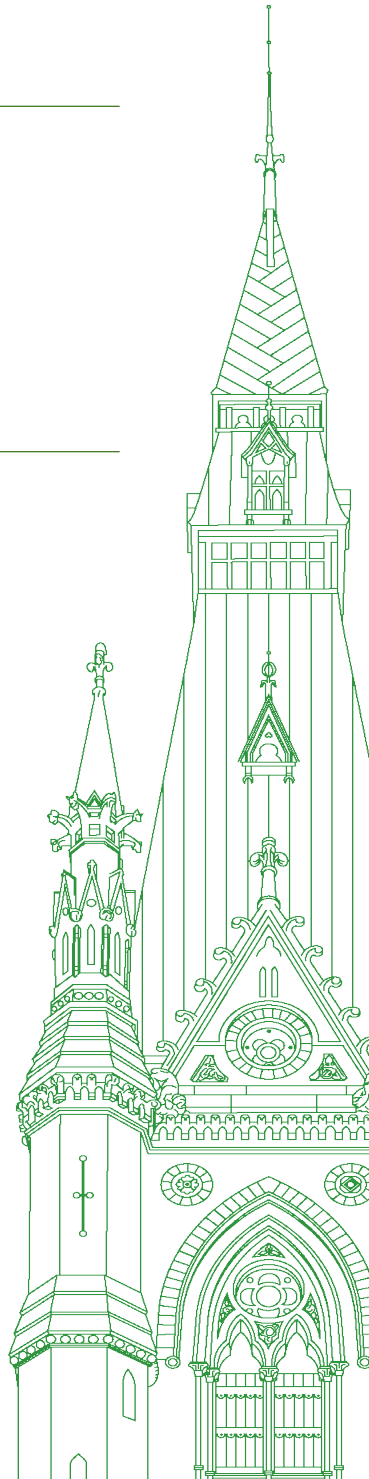
Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 043

PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY

Le lundi 16 novembre 2026



Président : Sukh Dhaliwal

Comité permanent de la santé

Le lundi 16 novembre 2026

● (1110)

[*Traduction*]

Le président (Sukh Dhaliwal (Surrey Newton, Lib.)): Bonjour. La séance est ouverte.

Bienvenue à la 43e 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 les points suivants aux participants.

Je vous demanderais d'attendre que je vous nomme avant de prendre la parole.

Pour ceux qui participent par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Désactivez-le lorsque vous ne parlez pas. Au bas de votre écran, vous pouvez sélectionner le canal d'interprétation approprié: parquet, anglais ou français.

Pour les députés présents dans la salle, si vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Pour les députés sur Zoom, veuillez utiliser la fonction « Lever la main ».

Je vous rappelle que toutes les interventions doivent passer par la présidence, mais je dispose d'une certaine latitude. Vous pouvez regarder les distingués membres du Comité dans les yeux lorsque vous vous adressez à eux. La greffière et moi gérerons l'ordre des interventions du mieux que nous le pourrons. 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, nous reprenons notre étude de la capacité en imagerie diagnostique.

Avant d'accueillir les témoins, je vous suggérerais, si vous participez en ligne, de bien vouloir essayer de vous connecter de 10 à 15 minutes avant le début de la réunion afin que les éventuels problèmes techniques puissent être réglés. En ce qui concerne les témoins, je demanderais dorénavant à la greffière de bien vouloir leur demander de se présenter de 10 à 15 minutes avant le début de la réunion afin de régler tout problème technique et de nous permettre de commencer la réunion à l'heure.

Mercredi, ce sera Mme Gaudreau qui présidera la réunion. Elle prendra également la parole lorsque ce sera son tour. Elle s'exprimera en tant que présidente, mais aussi à titre de députée occupant le rôle de la présidence.

Sur ce, j'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins pour la première heure. Nous accueillons aujourd'hui le Dr Shawn Whatley, médecin, de l'Institut Macdonald-Laurier. Nous accueillons M. Colin Craig, président de SecondStreet.org. Nous accueillons les représentants de Trillium Health Partners: la présidente-directrice générale, Mme Karli Farrow, et le Dr Ivan Diamond, directeur médical et responsable du programme d'imagerie diagnostique familiale Cator.

Je rappelle aux témoins que les membres du Comité peuvent poser leurs questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin d'interprétation, veuillez préparer votre oreillette et sélectionner le canal voulu à l'avance.

Chaque organisme disposera de cinq minutes pour sa déclaration préliminaire. Nous commencerons par le Dr Whatley.

Vous avez la parole.

Dr Shawn Whatley (médecin, Institut Macdonald-Laurier): Merci, monsieur le président.

Ma déclaration part du principe qu'aucun nouveau fonds n'est disponible. Je me suis concentré sur le point f) de la motion, qui porte sur les options qui s'offrent au gouvernement fédéral.

Mon mémoire écrit offre de brefs commentaires sur deux idées: premièrement, la possibilité d'inciter les provinces à passer d'un financement global à un financement axé sur l'activité et, deuxièmement, l'examen par le gouvernement fédéral d'un retour à une approche de subventions de démarrage ou axée sur l'innovation pour les transferts en matière de santé. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions à ce sujet plus tard.

Pour le temps qu'il me reste, je souhaite aborder un principe fondamental souvent oublié dans le travail d'élaboration des politiques: la forme découle de la fonction et la fonction, de l'objectif. Les discussions s'attardent généralement sur la forme et la structure d'une politique. Les comités peuvent entendre parler des systèmes de santé à l'étranger. Ils peuvent en apprendre plus sur les fonctions d'une politique, comme des renseignements sur sa structure de financement, son efficacité ou ses indicateurs de rendement. En revanche, ils prennent rarement le temps de débattre de son objectif. Pourquoi mettons-nous en place telle politique? Quel objectif général cherchons-nous à atteindre? Ces questions peuvent paraître simples et évidentes, mais elles sont en réalité difficiles et complexes.

Laissez-moi vous l'expliquer avec l'exemple des vacances en famille. Imaginez que votre famille discute de ce qu'elle va faire pendant la semaine de relâche: aller skier à Whistler, visiter le centre EPCOT en Floride ou simplement rester à la maison. Comment choisissez-vous la forme qui vous convient? Vous pensez peut-être à la fonction de vos vacances: décrocher de votre téléphone, réduire le temps d'écran des enfants ou découvrir de nouvelles choses. Pourtant, on se demande rarement pourquoi on veut vraiment partir en vacances. Les parents ont peut-être besoin de souffler et de se retrouver, tandis que les enfants veulent surtout s'amuser. Quel objectif l'emporte? Le succès ou l'échec de chacune des vacances en famille, et de chaque initiative politique, repose sur l'objectif présumé.

Par exemple, Roy Romanow semble avoir une idée claire de l'objectif du régime d'assurance-maladie. Comme vous le savez, cet ancien premier ministre néo-démocrate de la Saskatchewan a présidé la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada en 2001. En 2009, il a commenté les affaires judiciaires Cambie Surgeries et Chaoulli et il a déclaré que ce grand programme de redistribution qu'est l'assurance-maladie n'était peut-être pas encore hors de danger.

Si la redistribution est l'un des principaux objectifs de l'assurance-maladie, alors le rendement d'une politique concernant les délais d'attente et l'efficacité, en imagerie médicale, par exemple, importe peu. Si on les interroge sur la longueur des listes d'attente, M. Romanow et ses partisans peuvent ainsi répondre, en somme, que le système fonctionne bien dans l'ensemble. Il remplit sa mission de redistribution et nous devons nous concentrer sur sa préservation. En revanche, si l'on estime, comme la majorité de la population canadienne, que l'assurance-maladie a pour but de vous soigner, vous et vos proches, lorsque vous tombez malades, alors les temps d'attente et l'accès aux soins deviennent primordiaux.

Dans vos travaux actuels sur la capacité en imagerie médicale, je ne prétends pas que vous puissiez obtenir un appui unanime quant à savoir si l'objectif principal doit être la redistribution ou l'accès rapide au soin, mais vous pourriez explorer la possibilité de trouver un terrain d'entente ailleurs, par exemple en encourageant le financement axé sur l'activité ou en adoptant une nouvelle approche concernant l'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser. Si nous n'abordons pas la question de l'objectif, nous resterons empêtrés dans des débats interminables sur la forme et la fonction. Le gouvernement fédéral a une occasion unique de favoriser l'innovation en matière de politiques publiques s'il évite de se laisser distraire par la création de nouveaux programmes.

Je répondrai avec plaisir à vos questions.

Merci.

● (1115)

Le président: Merci beaucoup, docteur Whatley.

Nous passons maintenant à M. Colin Craig, président de SecondStreet.org. Vous disposez de cinq minutes.

Vous avez la parole.

Colin Craig (président, SecondStreet.org): Bonjour. Merci de me permettre de prendre la parole aujourd'hui au nom de SecondStreet.org.

Nous sommes un groupe de réflexion sur les politiques publiques qui consacre chaque année beaucoup de temps et de ressources à la réforme de la santé. Nous nous appuyons sur les meilleures pratiques du Canada et d'autres pays comparables, notamment en Europe, pour concevoir des idées stratégiques susceptibles d'améliorer le système. Parallèlement, nous accordons une grande importance à l'aspect humain derrière les chiffres, en échangeant avec des patients canadiens d'un océan à l'autre au sujet de leurs expériences, tant positives que négatives, avec le système de santé.

Dans ma brève déclaration d'aujourd'hui, j'aimerais aborder quatre points avec vous.

Premièrement, je vous demanderais de mettre de côté vos penchants partisans, car des patients partout au pays souffrent en ce moment même. Certains meurent même en attendant de recevoir des soins et cet enjeu dépasse largement la politique.

Les partis politiques libéral, néo-démocrate et conservateur ont tous eu de nombreuses occasions de gouverner à l'échelle provinciale au Canada au cours des 25 dernières années, mais aucun d'entre eux n'a réussi à régler les problèmes du système de santé. Vous pourriez choisir votre gouvernement provincial préféré au Canada au cours du dernier quart de siècle, et les soins de santé qu'il a offerts n'auraient pas été à la hauteur du niveau de soins prodigués par de nombreux pays comparables en Europe. Nous devons donc nous demander: pourquoi en est-il ainsi?

La réponse est que les trois partis ont fait à peu près la même chose, c'est-à-dire injecter de l'argent dans le système en espérant que quelque chose fonctionne, mais cela n'a pas fonctionné.

Ce dont nous avons besoin, c'est d'une réforme structurelle. Cela m'amène à mon deuxième point: la souffrance qui sévit actuellement au Canada.

Notre organisme a recueilli des données gouvernementales montrant que, depuis 2018, plus de 133 000 patients sont décédés alors qu'ils étaient inscrits sur une liste d'attente. Dans plus de 100 000 de ces cas, les patients sont décédés avant même d'avoir passé des examens par imagerie diagnostique. Par exemple, au cours de l'exercice financier 2024-2025, on a dénombré 320 cas de patients décédés en Ontario en attendant une opération cardiaque et des examens par imagerie diagnostique, dont beaucoup attendaient un angiogramme. Près de 100 de ces cas concernaient des patients décédés après avoir attendu plus longtemps que le délai fixé ou plus de 90 jours. Chose incroyable, une grande partie des données est manquante, de sorte que le total réel est probablement plus élevé.

Pour que les choses soient claires, la majorité des décès sur liste d'attente que nous avons recensés ne sont pas survenus en attendant un traitement vital, mais nous ne devrions pas négliger ces cas pour autant. Combien d'entre vous aimeraient mourir en souffrant d'une douleur atroce au genou pendant que vous attendez un an pour passer une imagerie par résonance magnétique, ou IRM, puis peut-être encore six mois pour être opéré? Voudriez-vous passer la dernière ou les deux dernières années de votre vie cloîtré dans votre appartement, à souffrir, incapable d'assister aux parties de soccer de vos petits-enfants ou de rendre visite à vos amis? La réponse est évidente.

J'aimerais que vous preniez en considération les histoires de quelques patients.

Au Manitoba, un patient nommé Bruce a raconté son histoire. Après avoir parlé à son médecin de famille au Manitoba de ses problèmes cardiaques et de son essoufflement, il a finalement reçu un appel d'un spécialiste — après six mois — lui disant que son cas était urgent et qu'il aimerait faire avancer le dossier dans six mois. Cela représentait un an d'attente pour un problème cardiaque urgent. Heureusement, Bruce avait déjà payé pour se faire soigner au Minnesota et était en route pour son rendez-vous de suivi lorsqu'il a reçu cet appel du Manitoba. S'il avait attendu les soins de santé publics au Manitoba, il serait probablement mort.

Leah Costello Rowntree, une patiente de la Colombie-Britannique, nous a parlé de son combat contre le cancer il y a quelques années. Elle a raconté qu'à un certain moment, elle a payé pour passer une IRM aux États-Unis afin d'en savoir plus sur son état. Lorsqu'elle a présenté les résultats à sa médecin à Vancouver, Leah a dit que sa médecin était vraiment excitée parce qu'elle n'avait normalement pas accès à ces outils. Elle faisait référence à l'examen par IRM. Leah s'est alors dit que cette femme avait consacré une partie importante de sa vie à étudier pour devenir chirurgienne-oncologue et qu'on lui demandait de faire son travail avec une main attachée dans le dos. Elle était tout excitée, comme un enfant dans un magasin de bonbons.

Jeff Krushell, un patient d'Edmonton, a raconté qu'il a consulté un spécialiste à l'étranger pour ses problèmes de dos. Le spécialiste lui a confié qu'il trouve souvent intéressant de recevoir des patients canadiens, car ils constituent fréquemment des études de cas sur les limites de ce que le corps humain peut endurer en matière de douleur et de souffrance.

Inutile de dire qu'il existe d'innombrables autres histoires de patients qui attendent longtemps pour passer des examens par imagerie diagnostique. Ces temps d'attente ont des conséquences particulièrement graves pour les patients atteints de cancer et ceux qui ont besoin de soins cardiaques ou d'autres traitements vitaux, lorsque le temps joue contre eux.

Le troisième point sur lequel j'aimerais vous laisser est une bonne nouvelle: nous ne sommes pas obligés de rester dans cette situation. Notre groupe de réflexion s'est rendu en Suède, au Danemark, en France et au Japon pour observer de près leurs systèmes. Ils ont ce que nous voulons. Ils ont des systèmes universels dans lesquels tout le monde est couvert.

● (1120)

Les patients reçoivent rapidement des soins de qualité et, quand ils quittent ces rendez-vous, personne ne se retrouve avec une facture salée. Si nous voulons des délais d'attente plus courts et des systèmes qui fonctionnent comme dans ces pays, nous devons faire passer les patients en premier et appliquer les politiques qui leur donnent de bons résultats.

Quatrièmement, dans ces pays, ainsi que dans d'autres systèmes de soins de santé universels plus performants — un changement pertinent pour Ottawa —, les patients ont le choix. Ils peuvent recourir au système public ou, s'ils le préfèrent, payer pour recevoir des soins dans le secteur privé. Contrairement au gouvernement fédéral du Canada, ces pays ne pénalisent pas les gouvernements provinciaux qui permettent aux patients de payer pour des examens diagnostiques dans des établissements privés ou pour des traitements chirurgicaux privés à l'étranger.

Le président: Monsieur Craig, vous avez dépassé de 45 secondes le temps qui vous était alloué. Je suis désolé. Vous pourrez continuer d'en parler quand on vous posera des questions, s'il reste du temps.

Nous passons maintenant à Mme Farrow, présidente et directrice générale de Trillium Health Partners, qui est accompagnée du Dr Ivan Diamond.

Madame Farrow, vous disposez de cinq minutes. Je vous cède la parole.

● (1125)

Karli Farrow (présidente-directrice générale, Trillium Health Partners): Je vous remercie, monsieur le président.

Merci à tous les membres du Comité de nous donner l'occasion de témoigner aujourd'hui.

Je m'appelle Karli Farrow et je suis présidente et directrice générale de Trillium Health Partners. Je suis accompagnée de mon collègue, le Dr Diamond, notre directeur médical pour le programme d'imagerie diagnostique familiale Cator.

Nous recommandons au Canada de mettre en place la plateforme d'imagerie diagnostique la plus productive, la plus connectée et de la plus haute qualité au monde, en y intégrant l'intelligence artificielle, ou IA. Au Canada, le nombre d'examens par IRM et tomodensitométrie réalisés en 2024 a augmenté de 16 % par rapport à 2019. Pourtant, les délais d'attente médians ont augmenté de 15 jours pour l'IRM et de 3 jours pour la tomodensitométrie.

Ce n'est pas seulement un problème de capacité. C'est un problème de conception du système, et nous le constatons tous les jours en servant une région de 2,2 millions d'habitants dans l'ouest de la région du Grand Toronto. Entre 2021-2022 et 2025-2026, la demande chez Trillium Health Partners a augmenté de 26,5 % pour les examens par tomodensitométrie et de 31,2 % pour les IRM, malgré une capacité accrue et une productivité améliorée.

Nous constatons qu'il ne suffira pas d'augmenter le nombre d'appareils d'imagerie. De façon générale, nous recommandons cinq choses.

Premièrement, intégrer chaque fournisseur et chaque image à un répertoire provincial.

Deuxièmement, constituer une main-d'œuvre capable de travailler en réseau.

Troisièmement, aider les systèmes de santé à adopter des outils d'IA éprouvés qui peuvent réduire les temps d'attente et améliorer la qualité.

Quatrièmement, faire de l'utilisation appropriée une priorité nationale en matière de qualité des soins.

Cinquièmement, investir dans une plateforme connectée, et non dans des équipements isolés, grâce à un fonds servant à renforcer la capacité en imagerie diagnostique, comme nous en avons déjà eu au Canada.

Le Dr Diamond va décrire comment cela se traduit dans la pratique.

Dr Ivan Diamond (responsable de programme et directeur médical, Cator Family Diagnostic Imaging, Trillium Health Partners): Je vous remercie, madame Farrow.

En tant que radiologiste, je vais commencer par un principe simple. Un meilleur accès ne signifie pas plus d'examens d'imagerie, mais le bon examen, pour la bonne indication clinique, au bon moment. Un appareil d'imagerie ne crée pas de capacité à lui seul. Il faut des technologues, des infirmiers et des radiologistes.

La technologie peut aider nos ressources humaines en santé à en faire davantage. Par exemple, à Trillium Health Partners, nous avons recours à la reconstruction d'IRM assistée par l'IA et à une plus grande portée technologique pour réduire en toute sécurité la durée des examens réalisés sur les appareils déjà en service. Avec le même équipement et la même équipe, nous pouvons servir davantage de patients. Il s'agit d'une véritable innovation, utilisée aujourd'hui dans nos hôpitaux, et du type d'outil d'IA éprouvé dont un fonds national devrait faciliter l'adoption par d'autres systèmes de santé.

Nous utilisons aussi des outils réglementés pour prioriser les cas urgents et favoriser une rédaction des rapports et un suivi plus rapides. Ces outils ne visent pas à remplacer les technologues ou les radiologistes. Ils permettent aux professionnels qualifiés de consacrer plus de temps au travail qui exige leurs compétences. La capacité n'est augmentée que si ces outils sont validés auprès de populations de patients canadiens, intégrés au travail clinique et évalués d'après les résultats.

Je rends la parole à Mme Farrow.

Karli Farrow: Je vous remercie, monsieur Diamond.

Nous croyons que nos recommandations transformeront des capacités isolées en une plateforme connectée, où les images suivent le patient, où le personnel travaille en réseau et où chaque dollar investi met à profit une IA éprouvée. Pour mesurer la réussite, il faut déterminer si chaque Canadien passe le bon examen au bon endroit et au bon moment, et si chaque examen contribue à améliorer les soins et à offrir la meilleure qualité pour les Canadiens. Chez Trillium Health Partners, nous sommes prêts à collaborer à cette démarche en servant de terrain d'essai en conditions réelles.

Nous avons hâte d'entendre vos questions et de discuter avec vous aujourd'hui.

Le président: Nous vous remercions de votre témoignage.

Nous avons terminé avec quatre minutes d'avance. Nous allons maintenant donner la parole aux honorables membres du Comité.

Nous allons commercer par Mme Dancho, qui dispose de six minutes.

Je vous cède la parole.

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

Je tiens également à remercier les témoins pour vos témoignages jusqu'à maintenant. Je vous remercie de votre présence.

J'ai quelques questions pour M. Craig.

Je souhaite revenir sur votre déclaration préliminaire au sujet de certains délais d'attente et du nombre de personnes qui, selon vos observations, attendent de recevoir des soins au Canada. Certaines des études menées par SecondStreet.org ont montré que, depuis 2018, plus de 133 000 personnes sont décédées alors qu'elles attendaient une opération ou un diagnostic. Je crois que ce nombre s'élevait à 23 000 l'an dernier. Pourriez-vous simplement confirmer que j'ai les bons chiffres?

Colin Craig: C'est exact.

Veuillez m'excuser, je souhaiterais ajouter quelque chose. Ces chiffres sont sous-estimés, car plusieurs gouvernements provinciaux ne disposent pas de toutes les données. Je dirais même que ces chiffres sont plutôt conservateurs.

Raquel Dancho: Vous avez donné un bon exemple de quelqu'un qui n'est pas décédé, soit Bruce, du Manitoba. C'est une histoire intéressante. Pour préciser un peu les choses, vous avez mentionné dans votre déclaration préliminaire que Bruce, du Manitoba, avait été dirigé vers un spécialiste par son médecin en raison de ses problèmes cardiaques et de son essoufflement. Six mois plus tard, il a enfin reçu l'appel du spécialiste, qui lui a confirmé qu'une intervention cardiaque aurait lieu dans six mois. Cependant, il se rendait justement à son rendez-vous de suivi aux États-Unis, après y avoir reçu un traitement, qu'il avait obtenu dans un court délai. D'après les renseignements médicaux qu'il a reçus, Bruce pense qu'il serait décédé s'il avait dû attendre de subir cette intervention cardiaque au Canada.

Vous avez aussi effectué des recherches sur des systèmes de santé au Danemark, en Suède, en France et au Japon. Seriez-vous en mesure d'expliquer comment nous aurions pu éviter à Bruce d'attendre un an pour son intervention cardiaque? Qu'est-ce qu'ils font différemment par rapport au Canada? À ma connaissance, ces pays disposent également de systèmes de soins de santé universels, tout comme le Canada.

● (1130)

Colin Craig: Oui, il existe plusieurs différences entre nous et bon nombre de pays européens. L'une des différences les plus fondamentales, c'est qu'ils financent les services offerts aux patients, alors que nous finançons les systèmes de santé. Nous injectons beaucoup d'argent dans les systèmes de santé et nous espérons que cet argent aide les patients. Ces pays financent les fournisseurs une fois qu'ils ont dispensé des soins aux patients.

Comme l'a souligné le Dr Whatley dans ses commentaires, il est essentiellement question de financement à l'activité. Vous versez x dollars à un fournisseur de soins de santé une fois le service réalisé auprès d'un patient. Vous procédez à un examen par IRM et vous pourriez recevoir 1 000 $. Vous opérez un genou et vous pourriez recevoir 10 000 $. Cette méthode incite les fournisseurs de soins de santé à aider plus de patients. Nous accordons au début de l'année une importante enveloppe de financement — un budget global — à un hôpital, par exemple, puis nous lui disons: « Bonne chance. J'espère que vous réussirez à aider beaucoup de patients cette année. »

Je généralise. Nous avons 10 provinces, mais c'est ainsi que le système fonctionne dans la majeure partie du pays. Pour un hôpital, chaque patient qui franchit la porte gruge son budget; nous avons les mauvaises mesures incitatives. Il s'agit de l'une des différences fondamentales.

Une autre grande différence est l'approche moins idéologique de ces pays. Ils collaborent avec des établissements publics pour financer des organismes à but non lucratif et des organismes à but lucratif afin d'aider les patients. Ce n'est pas là le problème. En règle générale, les conditions sont les mêmes pour tous les fournisseurs et ils reçoivent le même financement lorsqu'ils prennent en charge des patients. Cela dit, certaines différences subsistent.

À titre d'exemple, nous avons visité un hôpital de Stockholm, en Suède, qui appartient au gouvernement, mais dont la gestion et la prestation des services sont assurées par un fournisseur privé. Cet établissement soigne les patients à moindre coût comparativement à l'hôpital public situé un peu plus loin, ce qui permet de réinvestir les économies dans le système de santé pour aider encore plus de patients. Voilà une troisième différence.

Enfin, la différence à laquelle je faisais allusion dans ma déclaration préliminaire, c'est que ces pays n'obligent pas tout le monde à utiliser leur système public de santé. Les patients ont le choix. Une faible proportion des patients, environ 7 % en Suède, détiennent une assurance-maladie privée. Le gouvernement n'a donc pas vraiment à se soucier de ces 7 % de la population, et il peut ainsi utiliser cet argent pour aider les personnes qui n'ont pas les moyens de souscrire une assurance-maladie privée. À cet égard, leur approche est moins idéologique. Ce choix contribue à réduire la pression qui pèse sur les systèmes de santé publics.

Raquel Dancho: Ce que vous dites est intéressant, monsieur Craig. On présente souvent les pays scandinaves comme des pays de type socialiste, mais, à ma connaissance, même les partis les plus à gauche de ces pays appuient ce genre de choix en matière de soins de santé sur lequel reposent leurs systèmes de soins de santé universels.

J'aimerais avoir votre avis à ce sujet. D'après ce que je sais, au Danemark, les patients ont droit, en vertu de la loi, à une évaluation diagnostique dans les 30 jours suivant leur orientation vers un hôpital, lorsque c'est possible sur le plan médical. Si la région ne peut pas fournir le service dans le délai prévu en raison d'un manque de capacité ou pour d'autres raisons, les patients admissibles peuvent choisir un hôpital privé sous contrat et y recevoir le service aux frais de l'État. Je crois que l'Australie applique une approche semblable au sein d'un système de soins de santé universel très comparable à celui du Canada.

Pouvez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

Colin Craig: Je connais moins bien le modèle australien.

Oui, les garanties sont très répandues en Europe. L'ensemble de l'Union européenne dispose d'une directive transfrontalière. Elle a été mise en œuvre en 2011. Si un patient a besoin, pour une raison ou une autre, d'éviter une longue liste d'attente dans son pays, cette directive lui permet de se rendre dans un autre pays de l'Union européenne, de payer son traitement et de se faire rembourser par son pays d'origine, jusqu'à concurrence du montant que ce pays aurait normalement dépensé. Cette façon de fonctionner s'applique à l'ensemble de l'Union européenne. Il existe des variations d'un pays à l'autre, mais dans les grandes lignes, c'est ainsi que le système fonctionne. C'est une mesure de responsabilisation. Les pays membres de l'Union européenne ont aussi leurs propres mesures, comme vous l'avez mentionné pour le Danemark. Ces pays ont instauré ces mesures. Si vous ne pouvez pas obtenir de soins dans le système public, vous pouvez aller au privé et le gouvernement paiera votre traitement.

C'est une autre chose que nous n'avons pas.

● (1135)

Raquel Dancho: Oui, je suis d'accord. À mon avis, cette mesure donne de la certitude aux habitants du Danemark et d'autres pays. Nos gouvernements ne font rien quand ils ne respectent pas ces délais cibles, et ils les dépassent de plusieurs mois, voire de plusieurs années, dans bien des cas. C'est une étude de cas intéressante.

Merci pour votre intervention.

Le président: Merci beaucoup, madame Dancho.

Passons à la secrétaire parlementaire Chi pour six minutes.

Vous avez la parole.

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

Merci à tous les témoins de comparaître devant le Comité aujourd'hui et d'enrichir notre étude.

Quand une personne cherche à passer un examen d'imagerie pour savoir si elle a un cancer, ce qui compte pour elle, c'est de savoir dans combien de temps elle aura une réponse.

Mes deux premières questions s'adressent à l'équipe de Trillium.

Ce qui a retenu mon attention dans votre déclaration, c'est la façon dont votre équipe a examiné tout le processus, depuis la réception d'une demande d'examen jusqu'au temps que le patient passe dans l'appareil. Vous avez réussi à fixer plus rapidement les rendez-vous des patients et à mieux exploiter les appareils d'imagerie que vous avez déjà.

Si vous pouviez nous accompagner au service d'imagerie médicale et nous montrer un changement qui fait vraiment bouger les choses, qu'est-ce que vous nous montreriez? Qu'est-ce que cela représente pour un patient aujourd'hui par rapport à il y a quelques années?

Karli Farrow: Je vais laisser la parole au Dr Diamond pour qu'il explique cela au Comité.

Je dirai qu'une partie de ce que nous décrivons concerne les gains de productivité que nous réalisons aujourd'hui. Nos recommandations sont liées à la façon dont nous mettons en place une plateforme qui peut augmenter encore davantage la productivité du système. C'est très important, parce que, quand nous examinons les dépenses totales en santé — dont l'ICIS vient de faire état —, notre position est la suivante: que ces dépenses proviennent du secteur privé ou du secteur public, nous devons faire beaucoup mieux pour utiliser toute la capacité dont nous disposons.

Docteur Diamond, vous avez la parole.

Dr Ivan Diamond: Laissez-moi vous présenter ce que nous faisons concernant l'utilisation d'algorithmes de reconstruction d'images par résonance magnétique.

C'est un logiciel installé sur l'appareil d'IRM. L'acquisition d'une séquence d'IRM peut généralement prendre jusqu'à quatre minutes. Grâce à la reconstruction avancée par IA, ce logiciel pourrait raccourcir ces séquences de 50 % au maximum, selon leur durée. Tous les examens d'IRM se composent d'une série de ces séquences, sans exception. Non seulement ce logiciel nous permet de raccourcir l'examen, mais il améliore aussi beaucoup l'expérience des patients lorsqu'ils doivent rester immobiles et parfois retenir leur souffle pendant un certain temps. Cette méthode offre une qualité diagnostique équivalente et elle nous permet de gagner du temps sur nos appareils avec les mêmes ressources.

La reconstruction des images d'IRM permet d'augmenter la capacité sans ajout net de ressources. Il existe des outils semblables pour la reconstruction d'images en tomodensitométrie. Nous croyons vraiment que c'est une occasion d'accroître la capacité globale du système sans augmentation nette des ressources en appareils d'imagerie et en technologues.

Maggie Chi: Merci beaucoup pour ces explications.

Dans votre déclaration, vous avez parlé de la façon dont l'IA rend possibles plusieurs de ces nouvelles technologies et approches. L'un des objectifs de la stratégie gouvernementale L'IA pour tous est de mettre à profit les forces du Canada dans ce domaine au bénéfice des Canadiens.

Chez Trillium, vous avez fait des essais pour voir comment l'IA peut aider à différentes étapes du parcours de soins d'un patient. Maintenant que votre équipe a testé ces outils et qu'elle a travaillé avec eux, dans quels cas l'IA s'est montrée utile d'une façon que vous n'aviez pas prévue et qui vous a vraiment surpris?

Dr Ivan Diamond: Je ne dirais pas que nous avons été surpris. Nous étions convaincus que l'IA offrait la possibilité d'améliorer la sécurité des soins et de les fournir plus rapidement.

Nous avons notamment mis en place un algorithme pour détecter les hémorragies intracrâniennes. Dans notre processus de travail, les patients passent des examens d'imagerie. L'IA peut détecter des hémorragies chez plusieurs patients aux urgences. L'outil signale le cas pour qu'un radiologiste l'examine immédiatement. Nous savons qu'il y aura des faux positifs, même avec l'IA, et c'est un radiologiste qui valide les résultats en dernier ressort. Cela nous permet de poser ces diagnostics plus vite, et le patient peut ainsi recevoir rapidement des soins plus poussés.

L'autre volet concerne les examens des patients externes: comme dans la plupart des hôpitaux, nous les interprétons après que le patient a reçu son congé. Grâce à notre outil avancé de dépistage fondé sur l'IA, nous faisons examiner ces images avant le départ du patient de l'hôpital. Cette technologie nous a permis de détecter tout de suite des tumeurs et des hémorragies cérébrales inattendues chez des patients qui passaient des examens en consultation externe, et nous les avons redirigés vers les urgences.

Chaque étape du parcours en imagerie diagnostique apporte une occasion de mettre à profit l'IA pour améliorer la prise de rendez-vous et la pertinence des examens, la façon dont nous réalisons les examens et dont les radiologistes en rédigent les rapports et, au bout du compte, pour rendre le suivi plus sûr et plus fiable grâce à ces outils qui ne nécessitent pas de ressources humaines supplémentaires en santé.

● (1140)

Maggie Chi: Merci pour votre intervention.

Karli Farrow: Si vous me permettez d'ajouter quelque chose…

Maggie Chi: Allez-y.

Karli Farrow: Comme vient de le souligner le Dr Diamond, l'une des utilisations les plus importantes est la suivante: si nous cherchons véritablement à exploiter toute la capacité dont nous disposons, ces outils peuvent nous aider à définir les priorités. Lorsque nous faisons appel à l'ensemble du réseau pour obtenir les meilleurs résultats pour les patients, cela comprend non seulement notre hôpital, mais aussi les centres qui offrent des services de radiologie à l'extérieur de nos murs. De cette façon, nous pouvons travailler ensemble à établir les priorités et à assurer l'accès aux soins. C'est une priorité majeure, et nous obtenons de très bons résultats pour les patients qui doivent passer de toute urgence un examen d'imagerie diagnostique, et pour qui la nécessité d'un tel examen a été établie. Pour les cas moins prioritaires, nous avons constaté que les délais d'attente étaient plus longs. En utilisant l'IA pour prioriser les cas dans un réseau, nous pourrons diminuer ces listes d'attente de différentes façons.

La vice-présidente (Raquel Dancho (Kildonan—St. Paul, PCC)): Merci beaucoup.

Passons à la prochaine intervenante.

[*Français*]

Madame Gaudreau, la parole est à vous pour six minutes.

Marie-Hélène Gaudreau (Laurentides—Labelle, BQ): Chers témoins, je vous remercie d'être présents. C'est toujours de l'information pertinente que nous recevons de spécialistes comme vous. Évidemment, vous le savez, je suis députée du Bloc québécois. Cette semaine, j'ai rencontré mes vis-à-vis à Québec et je leur mentionnais que j'avais le privilège d'être ici comme vice-présidente du Comité permanent de la santé. La première des choses qu'ils m'ont demandée, c'était de savoir si le Comité sait bien son rôle, et aussi son carré de sable.

C'est pour ça que vous êtes ici aujourd'hui. On avait une motion qui parlait de nos problèmes d'accessibilité à une imagerie par résonance magnétique, ou IRM. Dans la motion, il y a deux éléments touchant directement le rôle que doit jouer Santé Canada, c'est-à-dire quelles sont les approches innovantes pour la mise en œuvre au Canada et dans d'autres pays en lien avec la technologie, par exemple l'IRM, et qu'est-ce que le fédéral peut faire pour soutenir les données de santé.

Je pense que, chaque fois qu'on parle d'enjeux, on a aussi une étude sur ce qui se passe relativement au VIH-sida et à la syphilis, particulièrement au Manitoba et ailleurs, dans toutes les provinces et tous les territoires. Encore une fois, les discussions sont tellement intéressantes, mais sérieusement, même si je parle à Mme la ministre ici, elle me dira que, ça, c'est à Québec.

L'enjeu qu'on a, c'est que quand j'entends dans les remarques liminaires qu'on va essayer de mettre de côté la partisanerie, on n'est pas partisan pour la santé; ça, c'est important. Ce qui est important, c'est de savoir quels sont nos besoins, et vous avez sûrement entendu parler des transferts en santé. Je suis ici depuis déjà sept ans et, chaque fois, l'objectif premier, c'est que les transferts en santé ne soient jamais en deçà de 6 %. Et ce qu'on a comme proposition actuelle dans le budget 2026-2027, c'est une réduction de 5 %.

Quand on fait le tour de l'ensemble des provinces et territoires, les gens nous disent ce qu'on n'a pas compris dans le gouvernement précédent. C'était unanime de dire qu'on ne va pas en bas de 6 %, mais là, on est à 5 %.

On nous dit qu'il manque de données, qu'il manque d'intervenants, de spécialistes et d'appareils d'IRM. La semaine dernière, j'étais dans ma circonscription, et j'ai rencontré la Fondation de l'Hôpital de Sainte-Agathe. Elle se bat bec et ongles pour amasser de l'argent pour avoir un appareil d'IRM, parce que les gens font au moins trois heures de route. Imaginez une urgence.

On a besoin de services, sérieusement. C'est pour ça que, pour moi, nos discussions sont très valables, mais j'aimerais davantage vous entendre sur ce qu'on peut faire comme modèle, qui existe ailleurs, et qui ne viendrait pas empiéter sur ce que nos provinces ont, dans le fond.

Je m'adresse aux représentants de Trillium Health Partners.

Madame Farrow, j'ai compris que vous administrez un grand réseau hospitalier. Quand Ottawa augmente ou réduit la croissance de ses transferts en santé aux provinces, est-ce que cela se rend concrètement jusque dans votre capacité d'ouvrir des plages d'IRM? Ça peut être aussi d'embaucher du personnel et de faire fonctionner l'équipement.

Autrement dit, pour réduire les délais, à quel point la prévisibilité des transferts fédéraux compte-t-elle dans la planification quotidienne des soins?

Docteur Diamond, vous aussi pouvez répondre.

● (1145)

[*Traduction*]

Karli Farrow: Merci. Pour répondre à la question, Trillium reçoit la majeure partie de son financement du gouvernement provincial.

Je ne pense pas qu'il serait approprié que je réponde à des questions sur la prévisibilité dans les rapports entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial. Nous collaborons étroitement avec notre gouvernement provincial et l'organisme qui supervise l'administration des soins de santé en Ontario.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: En fait, ma question est: si vous aviez plus de moyens et que vous pouviez soit embaucher des gens soit avoir davantage d'équipement, serait-ce favorable?

Dans le fond, s'il y avait plus de transferts, seriez-vous en mesure de les affecter au bon endroit?

[*Traduction*]

Karli Farrow: Nous avons inclus dans notre mémoire un volet de la proposition qui indique qu'un financement supplémentaire pour renforcer les capacités en matière d'équipement d'imagerie diagnostique serait très utile à Trillium Health Partners. Nous recommandons qu'un tel fonds s'accompagne d'un plan complet qui assurerait un haut niveau de pertinence des soins et un système de soins interconnecté.

En bref, comme indiqué dans notre proposition, nous croyons que ce financement serait utile à notre organisation.

La vice-présidente (Raquel Dancho): Merci beaucoup.

Madame Konanz, vous avez cinq minutes. Allez-y.

Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC): Merci.

Merci aux témoins d'être ici.

Ma première question s'adresse à M. Craig.

Vous avez parlé des décès de patients inscrits sur la liste d'attente. Dans les collectivités que je représente, nous vivons une grave pénurie de spécialistes et de médecins. Même quand ils obtiennent une demande d'examen, des patients décèdent en attendant un examen d'imagerie essentiel. Ce ne sont pas seulement des anecdotes. Votre organisme, SecondStreet.org, a obtenu des données au moyen d'une demande d'accès à l'information. Ces données indiquent que 4 620 personnes sont décédées en Colombie-Britannique seulement entre le 1er avril 2024 et le 31 mars 2025 pendant qu'elles étaient sur une liste d'attente. Certaines personnes meurent sans savoir de quoi elles sont malades.

Vous avez dit que les données à ce sujet sont incomplètes ou ne sont pas prises en compte. Ces chiffres sont incomplets. Pourquoi est-ce que ces données sont incomplètes? Quelle serait une estimation raisonnable du nombre réel de décès? Est-ce qu'il se pourrait que ces données soient incomplètes parce que, vu la pénurie de médecins, les citoyens n'arrivent même pas à obtenir une consultation à temps?

Colin Craig: Merci de votre question.

De manière générale, c'est un problème qui touche l'ensemble du pays, parce que les gouvernements ne font tout simplement pas le suivi de ces données.

C'est intéressant de voir que les administrations placent la barre haut pour le secteur privé, mais la laissent au ras du sol pour le secteur public. Chaque jour, des agents des ministères provinciaux de la Santé se rendent dans des restaurants aux quatre coins du pays et ils repèrent toutes les erreurs, même les plus petites. Ces erreurs sont souvent rendues publiques. Prenons l'exemple d'un restaurant qui conserve une boîte de soupe moisie dans son réfrigérateur. Ce n'est pas une bonne chose, mais on va le signaler. Nous avons vu le cas d'une garderie où il manquait un porte-essuie-tout. Cet incident a été publié en ligne et il est accessible à tous.

Notre question pour les gouvernements est la suivante: c'est bien beau de respecter des normes élevées, mais combien de personnes sont mortes sur les listes d'attente l'année précédente parce que vous n'avez pas fourni les soins et les traitements à temps? Ces données ne sont comptabilisées ni rendues publiques dans aucune province. Il faut recueillir ces données en faisant des demandes d'accès à l'information. C'est un processus imparfait…

● (1150)

Helena Konanz: Désolée de vous interrompre, mais il ne reste pas beaucoup de temps.

Selon vous, pourquoi est-ce qu'on ne fait pas ce suivi? La question est simple, mais c'est une question de vie ou de mort. Pourquoi est-ce qu'on ne fait pas ce suivi?

Colin Craig: À mon avis, il y a deux raisons. D'abord, quel politicien au pays a envie d'assumer la responsabilité de rendre ces données publiques chaque année? Personne ne veut devoir annoncer à la population que des gens meurent parce qu'ils ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin. Cela explique en partie la situation.

Je pense que la deuxième raison, c'est que les gouvernements ne voient pas les soins de santé sous cet angle. Ils ne jugent pas nécessaire de faire un suivi des décès. D'après ce que je peux comprendre de mes conversations avec des employés en poste et d'anciens employés, le suivi de ces données est fait presque par hasard. Par exemple, une personne qui gère une liste d'attente apprend qu'un patient est décédé et qu'il n'a plus besoin d'un examen d'imagerie, d'une intervention chirurgicale, peu importe. Il clique sur une case pour annuler l'acte médical. Le système lui demande pourquoi l'intervention est annulée. Il choisit parmi les options proposées, et c'est tout. On n'analyse jamais ces données. Nous le savons parce que les gouvernements doivent rassembler les données pour nous et nous les fournir. S'ils avaient déjà recueilli les données pour les analyser, ils ne nous les feraient pas payer. Ils n'auraient qu'à nous remettre un beau petit rapport.

Je pense que ce sont les deux raisons.

Helena Konanz: Merci.

Vous avez mentionné le cas d'une chirurgienne-oncologue de la Colombie-Britannique qui devait travailler avec les mains liées. Tout d'abord, nous manquons d'oncologues, et ceux que nous avons semblent avoir les mains liées. Cette médecin dit que c'est à cause d'un retard dans les examens diagnostiques.

J'aimerais savoir comment certaines des réformes que vous proposez pourraient aider à alléger le fardeau et la charge de travail des médecins, alors qu'on s'inquiète tant de l'épuisement professionnel et de ses conséquences, soit la perte d'accès aux services de santé et la pénurie de médecins et de spécialistes.

Colin Craig: Je pense qu'il faut agir sur plusieurs fronts à la fois.

Le point essentiel que je veux soumettre en tout respect au Comité, c'est que le problème ne se réglera pas par une augmentation des dépenses. Nous dépensons beaucoup d'argent au pays pour les soins de santé. Nos résultats ne sont pas à la hauteur pour ce qui est du volume de soins fournis aux patients. Pourquoi est-ce que tout cet argent est gaspillé dans le système au lieu de se rendre en première ligne pour les médecins, le personnel infirmier et l'achat d'équipement diagnostique, entre autres?

Cela rejoint en partie ce dont j'ai parlé plus tôt: le financement par activité. Quand on finance les résultats, l'argent sert à dispenser des soins dans le système plutôt qu'à financer des activités qui n'y contribuent pas directement. Le Québec a obtenu de très bons résultats à cet égard en faisant l'essai de ce type de financement. Je crois qu'on appelle cela du « financement axé sur les patients ». Au Québec, on a vu baisser le coût par acte d'interventions chirurgicales d'examens d'imagerie diagnostique, parce qu'ils bénéficient d'un modèle de financement par activité. La Colombie-Britannique a déjà essayé cette approche et a connu un certain succès. Dans plusieurs autres pays, cette approche est la règle. Elle aide à faire en sorte que plus d'argent aille aux soins aux patients, au lieu de servir à embaucher plus de vice-présidents et d'être gaspillé à droite et à gauche…

Le président: Merci, monsieur le président. Nous avons dépassé le temps prévu de 40 secondes.

La parole est au Dr Eyolfson.

Docteur Eyolfson, vous avez cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

Monsieur Craig, vous avez mis le doigt sur le problème en disant qu'on ne peut pas se contenter d'injecter plus d'argent. C'est une frustration que nous avons vécue au gouvernement fédéral. Je le dis depuis des années: les gouvernements provinciaux veulent simplement que le gouvernement fédéral leur donne plus d'argent, mais ils ne veulent pas entendre un mot de notre part si nous faisons la moindre suggestion concernant l'utilisation de cet argent. Comme vous l'avez dit, le Québec obtient de bons résultats dans certains cas. Ce serait bien s'il y avait un moyen quelconque de donner de telles orientations à toutes les provinces.

Pour ce qui est de votre comparaison avec l'Australie, j'ai lu des textes sur le système australien et sur sa transformation. Jusqu'aux années 1990, l'Australie avait un système de santé universel à payeur unique, comme celui du Canada. Ce pays est passé à un système à deux vitesses. Les Instituts nationaux de la santé des États-Unis se sont penchés sur la question. Vous avez raison de dire que, dans l'ensemble, l'Australie obtient de bons résultats à moindre coût, mais les chercheurs ont aussi constaté que les patients du système privé s'en sortent beaucoup mieux. Les patients du système public attendent plus longtemps et ils ont de moins bons résultats. Dans le système public, les délais d'attente se sont allongés et les résultats se sont détériorés.

Si on ajoutait ce système à deux vitesses, qui donne le choix aux patients, comment pourrait-on veiller à ce que les soins ne se dégradent pas dans le système public, comme cela s'est produit en Australie?

● (1155)

Colin Craig: Je n'ai pas parlé de l'Australie. C'est un pays que nous comptons étudier davantage. À ma connaissance, oui, en général, les soins offerts dans ce pays sont meilleurs que ceux offerts ici.

Pour répondre à votre remarque sur la possibilité d'offrir un choix et à votre souci de protéger le système public, comme je l'ai mentionné, nous nous sommes rendus — en tant qu'organisme — en Suède, où on a le choix; au Danemark, où on a le choix; en France, où on a le choix; et au Japon, où on a le choix. Dans ces pays, quand on dit combien de temps les Canadiens doivent attendre, on se fait regarder comme si on était un peu fou. « Qu'est-ce qui se passe au Canada? Dans un pays développé comme le Canada, pourquoi est-ce que tant de patients souffrent? » On nous regarde comme s'il se passait quelque chose de fou…

Doug Eyolfson: Désolé de vous interrompre, mais je n'ai pas beaucoup de temps. Cela m'amène à ma prochaine question sur les pays que vous avez mentionnés: le Danemark, la France et la Suède. Oui, dans ces pays, les deux systèmes fournissent des soins de meilleure qualité à moindre coût.

Cependant, ces trois pays européens dépensent tous beaucoup plus que le Canada pour leur filet de sécurité sociale. Ils dépensent plus pour traiter les dépendances. Ils dépensent plus pour réduire la pauvreté. Ils dépensent plus pour que les sans-abri aient un logement. Grâce à ces investissements, la population de ces pays est globalement en bien meilleure santé. Toutes ces mesures réunies permettraient au système de santé d'économiser de l'argent, sans être des investissements directs dans ce système.

Un autre point de comparaison pour ces trois pays, c'est que leurs habitants paient tous beaucoup plus d'impôts que les Canadiens. Si nous voulons faire des comparaisons sur ce point, nous devons comparer tous les faits. Dire hors contexte que le Danemark, la France et la Suède ont tous des systèmes à deux payeurs et qu'ils offrent de meilleurs soins à tous en dépensant moins, c'est donner un portrait incomplet, puisque, comme je l'ai dit, ils consacrent des sommes importantes à leur filet de sécurité sociale, bien plus que le Canada. Le fait est que, si on veut leur système, les Canadiens doivent s'attendre à payer des impôts beaucoup plus élevés.

Le président: Vous avez 15 secondes, monsieur Craig.

Colin Craig: Vous soulevez un bon point: il faut comparer des pommes avec des pommes. Il faut comparer leur système de santé au nôtre, et ils obtiennent de meilleurs résultats. Comme plusieurs de ces pays, ils dépensent moins que nous ou à peu près autant. Ils en ont plus pour leur argent.

Nous devons réfléchir à la même chose. Comment faire pour en avoir plus pour notre argent, mais aussi pour apporter d'autres changements? Comme nous l'avons dit, le choix est important, car il peut réduire la pression sur notre système public. Le système public n'a pas à se soucier de soigner tout le monde, mais seulement ceux qui ont réellement besoin de l'aide de l'État.

Le président: Nous passons à Mme Gaudreau pour deux minutes et demie.

Vous avez la parole.

[*Français*]

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

Pouvons-nous, de grâce, comparer minimalement des pommes avec des pommes? Quand on parle du gouvernement de l'Australie, quand on parle de l'Allemagne, en effet, le système fédéral est similaire au nôtre, mais on ne peut pas se comparer à des pays unitaires, où le gouvernement gère le tout. Ce n'est pas le cas. Autrement, nous n'aurions pas des provinces et des territoires avec des systèmes d'éducation, des soins de santé. J'inviterais les analystes à bien départager la comparaison qu'on fait, parce qu'on n'est pas encore comme ça — en tout cas, ici, parce que nous, nous finirons probablement par l'être éventuellement quand nous serons un pays.

Ce qui revient encore à nous dire — et je l'ai très bien entendu de la part de M. Craig — que notre population est vieillissante, que nous avons des problèmes liés à l'augmentation de notre espérance de vie et que nous avons des gens qui ont besoin de plus en plus de soins.

J'ai travaillé dans un centre de santé et de services sociaux. La première des choses qu'on doit se dire dans l'administration, c'est que nous devons atteindre l'équilibre budgétaire.

Pouvons-nous imaginer à quel point les cas des niveaux de priorité P4 et P5 — je n'en reviens pas de parler de ça ici, à Ottawa —, c'était loin dans nos priorités? Ce que ça fait, c'est qu'on est en train de parler d'accès à une ressource, à un système, à un équipement qui est directement lié à des besoins spécifiques.

Peut-être que la seule et unique question, c'est de savoir si nous pouvons minimalement nous doter de données et de les mutualiser. La question s'adresse à M. Craig, qui pourra peut-être me dire que, effectivement, ce serait une bonne chose d'avoir l'ensemble des données pour pouvoir innover ou prendre des décisions et pour que les provinces puissent s'inspirer entre elles.

● (1200)

[*Traduction*]

Le président: Madame Gaudreau, votre temps de parole est écoulé.

Je donne 30 secondes de parole à un témoin. Est-ce que quelqu'un veut répondre ou est-ce que nous passons à la suite?

Dr Shawn Whatley: Oui, j'aimerais répondre. La discussion est fascinante, et je vous remercie de la question. Je pense que la proposition de valeur unique que peut apporter ce comité, c'est d'examiner ce qu'on peut contrôler.

On continue de parler de choses qui ne relèvent pas de la compétence du gouvernement fédéral, et je trouve cela intéressant. C'est agréable de parler de formulaires, de fonctionnalités et de technologies de l'information, mais ce n'est pas la bonne question à aborder.

De plus, il n'est pas nécessaire de chercher des solutions aux quatre coins du monde. En 2017, le rapport du vérificateur général du Manitoba sur les délais d'attente en IRM montrait que les athlètes pouvaient passer un examen le lendemain; les fonctionnaires, les donateurs ou les personnes travaillant dans le système de santé, le jour même ou le lendemain; les personnes couvertes par la Commission des accidents du travail, après 20 jours; et tous les autres, après 23 semaines.

Nous n'avons pas besoin de chercher des solutions ailleurs, mesdames et messieurs. Nous avons d'excellentes solutions au Canada.

Le président: Merci beaucoup, docteur Whatley.

Un instant, s'il vous plaît.

Monsieur Craig, vous avez la main levée. Est-ce que vous voulez dire quelque chose?

Colin Craig: J'espérais pouvoir répondre à la question.

Le président: Je sais, mais nous avons largement dépassé le temps prévu; nous le dépassons déjà d'une minute. Je ne peux pas aller jusque-là.

Nous vous donnerons du temps après que Mme Dancho aura posé ses questions. C'est elle qui va prendre la parole ensuite.

Madame Dancho, vous avez cinq minutes. À vous la parole.

Raquel Dancho: Merci, monsieur le président.

Une fois que nous aurons rassemblé tous les renseignements, il faudra que les analystes incluent dans notre rapport des définitions de différents termes utilisés dans le monde en matière de soins de santé, parce qu'il y a un peu de confusion.

J'écoutais les propos de M. Eyolfson, du côté libéral, au sujet des soins de santé universels, mais sa description n'était pas tout à fait exacte.

Par exemple, les États-Unis n'ont pas de système de soins de santé universel. Ils n'ont pas de système qui offre une couverture publique à tout le monde. La plupart des autres pays du monde — les pays développés — ont des systèmes de santé universels semblables à celui du Canada, mais ils sont différents sur certains points essentiels. L'expression « système de santé universel » signifie qu'un pays dispose d'un système financé par des fonds publics auquel tout le monde a accès, mais cela n'exclut pas des options privées de traitement ou d'assurance pour compléter de ce système. En fait, la plupart des systèmes de santé universels très performants ne reposent pas exclusivement sur un payeur unique, et celui du Canada est effectivement le seul de son genre dans le monde, du moins dans le monde développé.

Il faut consacrer une partie de l'étude à définir certains termes pour que nous sachions bien de quoi nous parlons.

Je veux poser quelques questions au Dr Whatley.

Vous avez beaucoup écrit sur la gouvernance des soins de santé au Canada, et nous avons entendu des témoignages très intéressants de votre part au fil des ans. J'aimerais vous poser des questions sur certaines statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques, ou OCDE. Je crois que vous en avez parlé à quelques occasions. L'OCDE indique que le Canada compte environ 26 appareils d'imagerie diagnostique par million d'habitants, alors que la moyenne de l'OCDE dans les pays développés est de 51 — le double du Canada —, sans parler des pays les plus performants de l'Organisation.

Selon vous, est-ce un problème de gouvernance? Est-ce un problème de financement? Pourquoi le Canada affiche-t-il des résultats aussi faibles par rapport aux autres pays développés quant au nombre d'appareils d'imagerie diagnostique par million d'habitants?

Dr Shawn Whatley: C'est une bonne question.

On se concentre souvent sur la capacité et le financement, mais ce n'est pas là qu'il faut porter notre attention. Il faut se concentrer sur la façon dont notre capacité est utilisée.

Par exemple, en 2012, le vérificateur général de l'Ontario a noté, dans son rapport sur les établissements de santé autonomes de la province, qu'on économisait de 20 à 40 % en effectuant une même intervention ou un même examen d'imagerie, ou les deux, dans un établissement de santé autonome plutôt que dans un hôpital public. Cela s'explique par la grande taille des hôpitaux publics; c'est tout simplement une organisation entièrement différente.

Nous devons nous concentrer sur les moyens d'utiliser la capacité dont nous disposons actuellement. Ce serait formidable si on pouvait atteindre les moyennes de l'OCDE. Ce serait merveilleux, mais je pars du principe que vous n'avez pas d'argent supplémentaire à dépenser.

● (1205)

Raquel Dancho: De plus, selon l'OCDE, nous sommes parmi les pays qui dépensent le plus par habitant, mais nos résultats sont vraiment médiocres pour des indicateurs comme le nombre d'appareils d'imagerie diagnostique par million d'habitants. Je vois que vous hochez la tête. Comme d'autres l'ont mentionné dans leur témoignage aujourd'hui, l'argent n'est pas nécessairement la solution. Il peut faire partie de la solution, mais plus d'argent ne réglera pas forcément le problème.

Au Comité, nous avons entendu une crainte — que j'ai aussi entendue ailleurs et que je partage. Si nous nous réveillions tous demain avec deux fois plus d'appareils d'imagerie, disons… est-ce que cela ne détournerait pas du réseau public des ressources rares, comme les techniciens et les autres professionnels qui aident à faire fonctionner ces appareils? Vous avez soutenu dans certains de vos écrits que nous ne devrions pas nous en inquiéter.

Est-ce que vous pouvez expliquer un peu plus pourquoi cela ne poserait pas de problème?

Dr Shawn Whatley: Votre question, je suppose, porte sur cette discussion concernant l'offre de services dans les secteurs public et privé.

D'après ce que nous savons, par exemple, plus de 2 200 infirmiers font chaque jour le trajet de Windsor à Détroit pour y travailler. Au Canada, nous avons des chirurgiens orthopédistes au chômage et, parmi les infirmiers diplômés de moins de 35 ans, 31 sur 100 n'exercent pas leur profession. Ils arrêtent d'exercer dans les cinq ans.

Nous avons une foule de données qui montrent que nos ressources humaines en santé sont sous-utilisées, ce qui répond à votre question en termes plus larges, et que, dans bien des cas, on ne leur laisse pas d'autre choix que d'abandonner le métier pour lequel elles ont été formées.

Raquel Dancho: C'est intéressant. Je vous remercie.

Je ne savais pas que des infirmiers canadiens se rendent à Détroit pour travailler aux États-Unis plutôt qu'au Canada.

Dr Shawn Whatley: En effet, il y en a.

Raquel Dancho: Je vois plusieurs personnes hocher la tête.

Je ne le savais pas. C'est intéressant et, j'en suis sûre, décevant pour certains infirmiers qui travaillent dans un contexte de pénuries comme celles que nous connaissons au Canada.

Je veux aborder un dernier point dans le temps qu'il me reste.

J'ai notamment entendu dire, au sujet des problèmes de capacité, que s'il y avait plus de cliniques privées de diagnostic, par exemple, le problème ne serait pas la réticence à travailler de jour à l'hôpital. Ce sont les quarts de travail à deux heures du matin aux urgences qui peuvent être difficiles pour les gens, et qui le sont encore régulièrement aujourd'hui, alors qu'ils n'ont pas d'autre possibilité d'emploi. Certains m'ont dit que les hôpitaux doivent majorer la rémunération de ces quarts de soir ou proposer d'autres mesures incitatives si d'autres possibilités d'emploi s'ouvrent dans un système privé.

Est-ce que vous avez des commentaires à ce sujet?

Dr Shawn Whatley: D'après l'expérience que j'ai acquise en travaillant dans l'un des plus grands services d'urgence au Canada et en siégeant pendant plusieurs années à des conseils d'administration d'hôpitaux, on ne peut pas amener les infirmiers, en les payant, à faire quelque chose qui va à l'encontre de leurs autres motivations dans la vie. Par exemple, on ne peut pas leur faire accepter un quart de travail à des heures peu compatibles avec leur vie sociale en leur offrant 100 $ de plus.

Nous devons laisser les établissements locaux faire preuve de créativité et attirer des gens sans les obliger à travailler une certaine proportion de leurs quarts la nuit ou la fin de semaine. Les solutions existent si nous donnons aux gens la liberté de les trouver par eux-mêmes. Le problème, ce sont les structures rigides et les ratios imposés. Souvent, ces structures et ces ratios viennent des associations professionnelles, qui ne permettent pas aux hôpitaux de trouver des solutions novatrices en matière de dotation.

Raquel Dancho: Très bien.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Craig, vous pouvez envoyer une réponse écrite à la question de Mme Gaudreau. Je vous en serais reconnaissant. Vous n'avez pas eu le temps de répondre.

Nous passons maintenant à M. Sawatzky pour cinq minutes.

Vous avez la parole.

Jake Sawatzky (New Westminster—Burnaby—Maillardville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à Mme Farrow.

Votre rapport annuel indique que Trillium Health Partners a fourni environ 800 000 services diagnostiques de 2025 à 2026. C'est près de 21 000 de plus que l'année précédente.

Qu'est-ce qui explique cette hausse de la demande et comment les hôpitaux augmentent-ils leur capacité en imagerie diagnostique pour suivre le rythme?

Karli Farrow: Merci de votre question.

Trillium Health Partners sert l'une des régions où la croissance est la plus rapide au pays. Nous assurons des soins sur l'ensemble du continuum, notamment des services spécialisés régionaux, comme la neurochirurgie, les soins cardiaques et les soins oncologiques.

Nous observons que l'augmentation des besoins découle principalement de la demande de nos patients, qui résulte à la fois de la croissance démographique et de la complexité des problèmes auxquels les habitants de notre collectivité font face. Nous constatons que de plus en plus de personnes vivent au quotidien avec deux maladies chroniques ou plus.

C'est aussi pourquoi notre mémoire préconise une utilisation appropriée de l'imagerie diagnostique et une amélioration de la connectivité. Pour revenir à ce que M. Whatley a dit sur la possibilité d'offrir des soins en vertu de la Loi sur les établissements de santé autonomes, une pratique établie depuis longtemps, nous constatons qu'il faut accorder la priorité à ces soins dans l'ensemble de la collectivité, qu'on les offre dans un établissement de santé autonome ou dans un centre hautement spécialisé comme le nôtre. Il faut le faire de manière à maximiser la capacité et à éviter de répéter les examens une fois les patients arrivés à l'hôpital. C'est la pression cumulée de la croissance démographique et de la demande des patients qui fait augmenter les besoins.

Cependant, nous constatons que la pertinence clinique du recours aux examens d'imagerie varie. Ce problème ne touche pas seulement le Canada; il touche le monde entier, car les populations vieillissent partout dans le monde. La complexité des soins attribuable aux découvertes médicales fait en sorte que les gens vivent plus longtemps, et les gens vivent avec davantage de maladies chroniques, ce qui augmente les besoins en imagerie diagnostique.

● (1210)

Jake Sawatzky: Merci, madame Farrow.

Est-ce que vous pourriez expliquer plus en détail comment éviter les examens en double? Comment est-ce qu'on peut éviter de répéter les mêmes examens?

Karli Farrow: Je vais donner la parole au Dr Diamond pour qu'il explique exactement comment nous pourrions y parvenir.

Dr Ivan Diamond: Merci, monsieur le président.

L'une des difficultés est qu'il existe d'importantes possibilités d'offrir des services d'imagerie par l'intermédiaire des établissements de santé autonomes en mettant à profit l'ensemble de la plateforme. Le problème, c'est que, du moins dans notre région, les établissements de santé autonomes ne sont pas tous connectés au répertoire provincial d'imagerie médicale. Il n'est pas rare qu'un patient se présente chez Trillium Health Partners pour le suivi d'une observation issue d'un examen d'imagerie réalisé ailleurs et que nous puissions consulter le rapport sans toutefois pouvoir accéder facilement aux images de cet examen. Cela nous oblige à refaire les examens d'imagerie, ce qui augmente l'anxiété des patients.

En plus d'un financement ciblé, nous recommandons notamment d'inciter ces autres cliniques à intégrer les répertoires provinciaux pour que les images soient accessibles dans l'ensemble de la plateforme, peu importe où le patient passe son examen.

On pourrait aussi utiliser l'IA à l'accueil des patients pour consulter les répertoires provinciaux et vérifier si les patients ont récemment fait des examens semblables à l'extérieur d'un système hospitalier, par exemple, afin d'éviter de répéter les examens d'imagerie.

Jake Sawatzky: Merci.

Cette technologie a un immense potentiel pour nous aider à résoudre beaucoup des problèmes auxquels nous faisons face et à poser un diagnostic chez beaucoup de gens. Est-ce que vous pourriez nous en dire plus sur certains des obstacles que notre système de santé doit surmonter pour mettre en œuvre ces nouvelles technologies?

Dr Ivan Diamond: Il faut avoir les moyens de se procurer la technologie, mais, même si l'IA est prometteuse, ce sont aussi des outils qu'il faut valider adéquatement pour s'assurer qu'ils fonctionnent dans notre système local. De plus, il ne s'agit pas seulement de mettre en place l'outil lui-même. Il faut réfléchir à la façon dont l'humain et l'outil interagissent et revoir nos méthodes de travail pour tirer le meilleur parti de l'outil, tant pour les patients que pour la capacité. Il s'agit d'analyser les processus de travail, d'en faire le suivi, puis de sélectionner les outils qui s'avèrent bénéfiques.

C'est là que cela se joue. Il s'agit en fait, en partie, de développer les compétences et les capacités partout au pays, puis de promouvoir les pratiques exemplaires aux quatre coins du pays pour que tous les Canadiens puissent bénéficier des promesses de cette technologie.

Jake Sawatzky: Merci beaucoup pour vos réponses.

Le président: Au nom des membres du Comité, je voudrais remercier les témoins du temps qu'ils nous ont consacré. Merci de votre précieuse contribution aux travaux du Comité.

Sur ce, je vais libérer les témoins.

Je vois que vous avez la main levée, madame Sidhu. Vous avez donc la parole.

Madame et messieurs, vous pouvez vous déconnecter. Je vous remercie encore.

Sonia Sidhu: Merci, monsieur le président.

Le 19 septembre 2025, j'ai inscrit une motion au Feuilleton. Je l'ai renvoyée au président et à la greffière pour que tous mes collègues soient au courant.

Aujourd'hui, je voudrais proposer la motion suivante:

> Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude de quatre réunions sur les utilisations actuelles et potentielles de l'intelligence artificielle dans les outils de diagnostic et de triage en soins primaires et en contextes d'urgence; que l'étude examine les cadres visant à appuyer un déploiement fondé sur des données probantes et un accès équitable, y compris les répercussions économiques d'une efficacité accrue en matière de diagnostic, telles que les économies de coûts pour le système de santé, la réduction des temps d'attente des patients et l'optimisation de l'allocation des ressources médicales; que le Comité présente ses conclusions et recommandations à la Chambre; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse complète au rapport.

Merci, monsieur le président.

● (1215)

Le président: Merci.

Est-ce que quelqu'un souhaite en discuter? Je vois que personne ne souhaite intervenir.

Voulez-vous que nous comptions les voix? D'accord, nous allons procéder à un vote par appel nominal.

Notre greffière prendra les votes.

Allez-y.

(La motion est adoptée par 10 voix contre 1.)

Le président: Madame Gaudreau, c'est à vous.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Monsieur le président, j'ai également déposé une motion le 10 novembre. Je pense que l'ensemble de mes collègues l'ont reçue.

Elle propose ce qui suit:

> Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude d'au minimum quatre rencontres sur l'accès, la publicité et la vente en ligne de médicaments et de produits de santé au Canada, ainsi que sur les enjeux de santé publique, de réglementation, de surveillance et d'application de la loi qui y sont associés; et que le Comité fasse rapport de ses conclusions et recommandations à la Chambre.

Ça, monsieur le président, c'est vraiment à la sortie de notre première rencontre, lorsqu'on a parlé des opioïdes en particulier, mais aussi d'enjeux liés au VIH, au sida et à la syphilis, notamment l'accès aux données. C'est là qu'on voit qu'une étude pourrait apporter des éléments qui pourraient clairement aider notre santé publique.

[*Traduction*]

Le président: Merci, madame Gaudreau.

Madame Dancho, vous avez maintenant la parole.

Raquel Dancho: Merci, monsieur le président.

Nous sommes ouverts à cette motion. Nous pensons qu'il faudrait aussi inviter les fonctionnaires du ministère à comparaître et les mentionner explicitement dans la motion. Comme nous l'avons entendu lors de l'étude du projet de loi sur les produits de santé naturels, ce sont Santé Canada et d'autres intervenants de ce ministère qui sont actuellement responsables d'une grande partie de cette réglementation et de son application. Il serait donc utile qu'ils viennent.

Je propose une modification pour ajouter les mots « fonctionnaires du ministère ».

Le président: Il semble que nous ayons le consentement unanime pour faire cet ajout.

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

Est-ce que nous sommes tous en faveur de la motion modifiée? Est-ce que quelqu'un s'y oppose?

(La motion modifiée est adoptée.)

Le président: Madame Dancho, vous avez la parole.

Raquel Dancho: Merci, monsieur le président.

Je propose la motion suivante:

> Que le Comité procède à l'examen du Budget supplémentaire des dépenses (B), 2026-2027, renvoyé au Comité; que la ministre de la Santé soit invitée à comparaître devant le Comité au plus tard le lundi 7 décembre 2026, pour une durée d'au moins une heure, accompagnée de fonctionnaires du ministère; et que les fonctionnaires du ministère soient invités à témoigner pendant au moins une heure supplémentaire, pour un total d'au moins deux heures de témoignage de leur part.

C'est une motion tout à fait courante, monsieur le président. Dans la plupart des comités, nous pouvons poser des questions au ministre et aux fonctionnaires du ministère sur les dépenses du gouvernement. C'est une mesure de reddition de comptes.

Je voudrais ajouter un dernier point: nous avons invité la ministre de la Santé plusieurs fois. Nous approchons maintenant de la mi-novembre, cela fait donc deux mois que nous faisons ces démarches, et elle n'a toujours pas comparu. Je vous demanderais, monsieur le président, de nous donner, à la prochaine réunion du Comité, des nouvelles du cabinet de la ministre sur la date de sa comparution.

Merci.

● (1220)

Le président: Madame Dancho, pour répondre à votre question, nous sommes en train d'organiser la comparution de la ministre. Je vois qu'elle comparaîtra dans les 10 premiers jours de décembre. C'est ce qu'on me dit.

Raquel Dancho: Excellent.

Le président: On me donnera la date définitive au cours des 10 premiers jours, et je vous la communiquerai dès qu'elle sera confirmée.

Madame Gaudreau, vous avez la main levée. Vous avez la parole.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Ça me rassure de savoir qu'il y a une planification en cours. Évidemment, je suis en faveur de cette motion, parce qu'il est d'usage, justement, que les ministres viennent parler du budget.

Cela dit, si on regarde les points 2, 4, 6 et 7, j'aimerais qu'on puisse aussi tenir compte du fait qu'il y a seulement sept réunions. Évidemment, la ministre doit venir pendant deux heures. Si on adopte cette motion-ci, ça va prendre deux heures, et nous avons aussi d'autres études en cours. Je pense que, pour cette étude, il nous en reste encore deux.

Donc, j'aimerais que nous puissions prendre le temps, peut-être à huis clos, d'établir notre agenda, mais à la fin, je suis d'accord.

[*Traduction*]

Le président: Est-ce que tout le monde est en faveur de la motion? Est-ce que quelqu'un s'y oppose?

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

Le président: Avant de passer à huis clos pour les travaux du Comité, si je suspends la réunion, je ne peux la reprendre que 10 minutes après la fin du vote, à moins que les membres du Comité ne consentent à l'unanimité à ce que je reprenne la réunion dès que nous serons prêts si un vote est déclenché pendant la suspension. Est-ce qu'il y a consentement unanime?

Des députés: Oui.

Le président: J'ai le consentement unanime, donc je ne suivrai pas la règle qui prévoit d'attendre 10 minutes après la fin du vote.

Merci. Je vais suspendre la réunion pour reprendre nos travaux à huis clos.

[*La séance se poursuit à huis clos.*]

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