



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 015

Le lundi 28 mars 2022



Président : M. Robert Morrissey

Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées

Le lundi 28 mars 2022

• (1105)

[Traduction]

Le président (M. Robert Morrissey (Egmont, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 15^e réunion du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes.

La séance d'aujourd'hui se déroule à nouveau dans un format hybride conformément à l'ordre de la Chambre du 25 novembre. Les députés participent en personne dans la salle, ou à distance au moyen de l'application Zoom. Les délibérations seront diffusées sur le site Web de la Chambre des communes. La diffusion Web montrera toujours la personne qui parle, plutôt que l'ensemble du Comité.

Compte tenu de la pandémie qui se poursuit, des recommandations des autorités sanitaires et de la directive du Bureau de régie interne du 19 octobre 2021, j'attends de tous les députés présents qu'ils respectent les protocoles sanitaires pertinents. En tant que président, je verrai au respect de ces mesures pendant toute la durée de la réunion, et je remercie d'avance les députés de leur coopération.

Afin d'assurer le bon déroulement de la séance, j'aimerais énoncer quelques règles à suivre. Vous pouvez vous exprimer dans la langue officielle de votre choix. Des services d'interprétation sont à votre disposition. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre le parquet, l'anglais ou le français. En cas d'interruption de l'interprétation, veuillez m'aviser immédiatement et nous verrons à rétablir le service avant de reprendre nos travaux. Vous pouvez activer la fonction « lever la main » au bas de l'écran n'importe quand si vous souhaitez prendre la parole ou alerter la présidence. Pour les membres participant en personne, procédez comme vous le feriez habituellement lorsque l'ensemble du Comité se réunit en personne dans une salle de comité. Gardez à l'esprit les directives du Bureau de régie interne concernant l'utilisation des masques et les protocoles sanitaires.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous nomme. Si vous participez par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Pour les personnes présentes dans la salle, votre microphone sera contrôlé comme d'habitude par l'agent des délibérations et de la vérification. Lorsque vous vous exprimez, veuillez parler lentement et clairement. Lorsque vous ne parlez pas, veuillez mettre votre micro en sourdine. Cela aide les interprètes à traduire correctement. Je vous rappelle que toutes les remarques doivent être exprimées par l'intermédiaire de la présidence. En ce qui concerne la liste des intervenants, le greffier et moi nous nous efforcerons de tenir une liste appropriée.

Nous nous réunissons aujourd'hui, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, suivant la motion adoptée par le Comité le jeudi 3 février 2022, voulant que le Comité reprenne son étude sur les pénuries de main-d'œuvre, les conditions de travail et l'économie des soins.

J'aimerais inviter nos témoins à lancer notre débat avec les déclarations préliminaires de cinq minutes, suivies de questions. À titre personnel, nous accueillons Naomi Lightman, professeure adjointe de sociologie à l'Université de Calgary. De Polytechnique Canada, nous avons Sarah Watts-Rynard, directrice générale, et Matthew Henderson, directeur de la politique. De Statistique Canada, nous avons Josée Bégin, directrice générale, Marché du travail, de l'éducation et du bien-être socioéconomique, et Vincent Dale, directeur, Centre de l'information sur le marché du travail.

Je demanderais aux témoins de s'en tenir au maximum de cinq minutes pour les déclarations préliminaires.

Madame Lightman, vous avez la parole.

Mme Naomi Lightman (professeure adjointe de sociologie, University of Calgary, à titre personnel): Je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner dans le cadre de cette importante étude.

Mon domaine de spécialisation en recherche est le travail de soins et son intersection avec le sexe, la race et le statut d'immigrant.

Mon témoignage porte sur la meilleure façon d'améliorer les conditions de travail dans l'économie des soins, afin de mieux répondre aux besoins des femmes, souvent exploitées, qui prennent soin de nos aînés, de nos enfants et des personnes handicapées vulnérables.

Pour commencer, j'aimerais souligner qu'un grand nombre de recherches démontrent de façon concluante que l'économie des soins est particulière. Selon mes recherches, dans les pays riches, le travail de soins est dévalorisé tant socialement qu'économiquement. Les personnes qui travaillent dans le secteur des soins, comme les préposés aux services de soutien à la personne, les aides-soignants et les travailleurs en garderie, occupent des emplois que nous considérons comme sales, difficiles et dangereux. Ce sont des emplois que la plupart des Canadiens ne veulent pas avoir, et pourtant, ces travailleurs sont payés beaucoup moins que d'autres qui font un travail comparable. Cette faible rémunération s'explique en partie par le fait que ces emplois sont souvent associés au « travail de femme » et que le travail de soins est souvent considéré comme peu important, peu spécialisé ou marginal.

Nous savons que l'économie des soins au Canada est composée en grande majorité de femmes de couleur. Selon la plupart des estimations, au Canada, plus de 90 % de ces emplois sont occupés par des femmes, surtout des immigrantes racialisées — en particulier des femmes philippines et noires. Les aides-soignantes sont particulièrement vulnérables en raison de la nature de leur emploi en première ligne, ainsi que de leur sexe, de leur statut de citoyenne, de leur race ou de leur classe.

Mon récent rapport, réalisé en collaboration avec la Calgary Immigrant Women's Association et le Parkland Institute, portait sur les répercussions de la pandémie sur les aides-soignantes travaillant dans des établissements de soins de longue durée. Nous avons interviewé 25 aides-soignantes immigrantes qui ont expliqué comment la pandémie avait exacerbé leur insécurité financière et intensifié leur détresse physique et mentale au travail. Elles ont également parlé de leur exclusion systématique des processus décisionnels institutionnels.

Je termine avec six recommandations sur la meilleure façon d'améliorer les conditions de travail dans l'économie des soins.

Je ne souhaite pas m'engager dans le débat sur le fédéralisme au Canada et je ne suis certainement pas experte en la matière, mais ces recommandations portent sur la façon dont le gouvernement, en collaboration avec les provinces et les territoires, pourrait mieux combler les besoins du marché du travail canadien et protéger ces aides-soignantes essentielles.

Premièrement, compte tenu de la surreprésentation des immigrants dans les emplois de soins, il faut simplifier les processus de reconnaissance des titres de compétences des aides-soignantes et réduire les coûts associés, afin qu'elles puissent occuper les emplois pour lesquels elles ont été formées dans leur pays d'origine. Dans l'état actuel des choses, les aides-soignantes sont très majoritairement formées en tant qu'infirmières auxiliaires ou infirmières praticiennes diplômées, mais finissent par occuper des emplois d'aide à la personne en raison de la difficulté pratique de transférer leurs titres de compétences.

Deuxièmement, étant donné les pénuries généralisées et croissantes dans les professions de la santé au Canada, il est nécessaire de donner davantage la priorité aux emplois de soins dans le système canadien de points pour la sélection des immigrants.

Troisièmement, il faut assurer des salaires plus élevés et l'équité salariale parmi les professions de soins. La pandémie a mis en évidence à quel point ces emplois sont essentiels, mais ils restent mal payés et précaires. Il faut donc augmenter le salaire horaire et garantir des normes adéquates d'équité en matière d'emploi.

Quatrièmement, il faut augmenter les prestations et le soutien en matière de santé physique et mentale pour les travailleuses du secteur des soins et leurs familles. Ces familles connaissent des niveaux élevés d'épuisement et de détresse, que la pandémie a exacerbés. À l'échelon provincial, cela signifie mettre en place des jours garantis de congé de maladie payé. À l'échelon fédéral, cela signifie soutenir l'accès à des services abordables de garderie, un soutien en santé mentale et un régime d'assurance dentaire et médicaments abordable.

Cinquièmement, en collaboration avec les provinces, il faut veiller à ce que les exploitants privés d'établissements de soins de longue durée et d'autres soins de santé ne versent pas aux aides-soignantes des salaires inférieurs assortis de moins d'avantages que les

exploitants publics. De même, il faut légiférer un ratio personnel-résidents plus élevé dans les établissements de soins de santé et réduire ou éliminer le recours aux employés occasionnels et aux agences de placement pour favoriser les emplois à temps plein et permanents dans l'économie des soins.

Enfin, sixièmement, il faut veiller à ce que la voix des travailleurs du secteur des soins soit intégrée dans tous les processus décisionnels au sein de l'économie des soins à l'avenir, en s'éloignant des processus décisionnels descendants.

Je parlerai volontiers de tout cela plus en détail, soit durant les tours de questions qui suivent, soit dans un suivi auprès de tout membre du Comité.

Merci.

• (1110)

Le président: Merci, madame Lightman.

Nous passons maintenant à Polytechnics Canada.

Madame Watts-Rynard, vous avez la parole pour cinq minutes.

• (1115)

Mme Sarah Watts-Rynard (directrice générale, Polytechnics Canada): Merci.

Bonjour, monsieur le président et honorables députés. Je vous remercie de l'occasion qui m'est donnée de m'adresser à vous dans le cadre de cette importante étude sur les pénuries de main-d'œuvre, particulièrement en ce qui concerne leur impact sur l'économie des soins au Canada.

J'en parle en tant que directrice générale de Polytechnics Canada, une association à but non lucratif qui représente 13 écoles polytechniques et instituts de technologie à forte intensité de recherche financés par l'État. Collectivement, nos membres offrent une éducation et une formation à plus de 375 000 apprenants chaque année.

Les écoles polytechniques offrent des programmes adaptés à l'industrie qui intègrent une expérience du monde réel afin de garantir que les diplômés entrant sur le marché du travail soient prêts à se lancer dans la vie active. Nos membres offrent un large éventail de titres de compétences dans des secteurs en forte demande, notamment des baccalauréats de quatre ans, des diplômes et des certificats d'études supérieures.

Franchement, les écoles polytechniques du Canada forment la grande majorité des travailleurs de l'économie des soins. Cela comprend les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les techniciens vétérinaires, les préposés aux services de soutien à la personne, les professionnels de l'éducation préscolaire, les hygiénistes dentaires et bien d'autres. Grâce aux relations étroites qu'elles entretiennent avec les employeurs de ces secteurs, les écoles polytechniques ont un rôle de premier plan dans la création de possibilités de perfectionnement et de recyclage, au moyen notamment de perfectionnement professionnel et de microdiplômes.

Pendant la pandémie, elles ont dispensé la formation à l'administration des vaccins de COVID-19 et des cours de courte durée aux infirmières pour améliorer leurs compétences en matière de soins d'urgence. Les formations proposées par les écoles polytechniques sont réactives et pertinentes, et s'adaptent aux nouvelles exigences. Étant donné que les pénuries de compétences ont tendance à être urgentes au moment où l'on en parle, cette capacité à élaborer et à dispenser rapidement une formation, que ce soit aux étudiants ou aux employés en poste, est absolument cruciale.

En ce qui concerne les façons dont les écoles polytechniques du Canada peuvent atténuer les pénuries de compétences et de talents dans l'économie des soins, deux recommandations stratégiques primordiales me viennent à l'esprit. La première consiste à accroître l'accès, la navigation et le soutien en matière d'apprentissage tout au long de la vie. La nécessité de disposer d'une information fiable et opportune sur le marché du travail est reconnue depuis bien longtemps. Bien que de nombreux groupes élaborent de l'information sur le marché du travail, allant de la généralité des compétences recherchées, à des données propres à une industrie ou à une profession, ils utilisent rarement un langage ou des méthodes comparables, ce qui rend difficile l'intégration ou la navigation. Même si les Canadiens savaient où trouver cette information sur le marché du travail, elle porte rarement sur des emplois ou des possibilités de formation spécifiques.

La technologie d'aujourd'hui est capable de faire beaucoup mieux. Tous les Canadiens devraient avoir accès à un tableau de bord qui met en évidence les secteurs précis de pénurie de compétences dans leur domaine ou leur région et à un répertoire des endroits où ces compétences peuvent être acquises — bref, un Netflix des possibilités de formation.

Aux dernières nouvelles, les écoles polytechniques du Canada offraient plus de 17 000 programmes de perfectionnement et de recyclage à court terme, dont nombreux étaient liés à l'économie des soins. Nous aimerions voir une navigation plus délibérée vers ces possibilités, permettant aux utilisateurs de voir où la formation est offerte, à quel coût et quelles en sont la durée et la méthode de prestation. Une meilleure navigation permettrait d'amplifier l'impact des soutiens à l'apprentissage continu, comme l'Allocation canadienne pour la formation.

Deuxièmement, le gouvernement fédéral peut faire des investissements continus dans l'infrastructure d'apprentissage postsecondaire un élément du plan de croissance et de développement du Canada. Pour faire face aux pénuries de compétences existantes et émergentes, l'infrastructure postsecondaire doit suivre les besoins de l'industrie, en offrant aux apprenants les outils, les technologies et les stages les plus modernes.

Lors de deux programmes d'infrastructure postsecondaire précédents, dont le dernier remonte à plus de six ans, les résultats étaient clairs. Les établissements ont amélioré leurs installations de recherche et ont construit de nouveaux espaces dynamiques pour la réserve de talents du Canada. Il faut disposer d'une infrastructure d'apprentissage moderne pour remédier aux pénuries de talents et de compétences. Cela passe inévitablement par une infrastructure physique et numérique qui correspond au rythme et aux attentes des entreprises. Il est difficile de former les talents de demain avec les espaces, les équipements et les outils d'hier.

J'aimerais présenter une dernière réflexion à l'attention du Comité dans le cadre de cette étude. Les établissements d'enseignement postsecondaire du Canada ne sont pas à l'abri d'une grave pénurie

de compétences. Cela a d'énormes conséquences sur la réserve de talents. Par exemple, en février, la Colombie-Britannique a augmenté de 600 le nombre de places en soins infirmiers dans ses établissements postsecondaires. Le Manitoba a aussi récemment augmenté le sien de 400 places. Dans les deux cas, il s'agissait d'une réponse directe à une pénurie urgente et imminente dans cette profession.

Comme je l'ai déjà dit, l'une des caractéristiques et l'un des avantages de l'enseignement en polytechnique sont les liens directs avec l'industrie, notamment la présence de professionnels dans les classes et les laboratoires en tant qu'instructeurs. Lorsque la demande est à la hausse, les pressions salariales le sont aussi. C'est un aspect que les établissements financés par l'État n'ont que des moyens limités pour aborder.

• (1120)

Lorsqu'il s'agit de pénurie de compétences dans l'économie des soins, les écoles polytechniques du Canada sont bien placées pour y répondre. Il existe toutefois d'importantes façons d'entretenir et de maximiser cette capacité.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je répondrai avec plaisir à vos questions.

Le président: Merci, madame Watts-Rynard.

Nous allons maintenant entendre Mme Bégin pendant cinq minutes.

[Français]

Mme Josée Bégin (directrice générale, Marché du travail, de l'éducation et du bien-être socio-économique, Statistique Canada): Monsieur le président, membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invitée à faire part de certaines observations sur les pénuries de main-d'œuvre et les déséquilibres du marché du travail qui touchent l'économie canadienne depuis la pandémie, y compris l'économie des soins à autrui.

La plupart des indicateurs font état d'un marché du travail de plus en plus serré au Canada, la demande de travailleurs s'accélérait pour atteindre des niveaux records au cours du deuxième semestre de 2021. Le nombre de postes vacants enregistré au quatrième trimestre a augmenté de 80 % par rapport aux niveaux prépandémiques, ce qui reflète une hausse généralisée dans l'ensemble des provinces et dans la plupart des secteurs industriels.

Le mois dernier, le taux de chômage a chuté à un niveau historiquement bas, soit 5,5 %, tandis que le taux d'activité a atteint un niveau record parmi les travailleurs du principal groupe d'âge actif. Ces conditions de plus en plus difficiles ont donné lieu à des processus d'embauche plus longs, comme en témoigne l'augmentation de la proportion de postes vacants qui restent ouverts pendant deux mois ou plus.

La demande de main-d'œuvre sans précédent dans le système de soins de santé causée par la COVID-19 a contribué à l'augmentation du nombre de postes vacants dans le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale. Il y avait presque deux fois plus de postes vacants dans ce secteur qu'il n'y en avait deux ans plus tôt, malgré une augmentation de 6 % de l'emploi salarié.

Les entreprises peinent à recruter du personnel et certaines en sont venues à modifier leurs stratégies d'embauche. Par exemple, les employeurs semblent diminuer les exigences en matière de niveaux de scolarité pour attirer les travailleurs. À la fin de 2021, environ 10 % des travailleurs qui détenaient un diplôme d'études secondaires ou de niveau inférieur avaient récemment commencé des emplois exigeant généralement une formation universitaire, en hausse par rapport au taux de 4 % enregistré à la fin de 2019.

Pour aider à attirer et à maintenir en poste leur personnel, les entreprises ajustent également leurs régimes salariaux. Au cours des deux années précédant le mois de novembre 2021, les salaires des nouveaux employés ont augmenté de 10 %, alors que ceux des employés établis ont augmenté de 6 %. Au quatrième trimestre de 2021, près de la moitié des entreprises ont indiqué qu'elles prévoyaient augmenter les salaires des employés déjà en place au cours de la prochaine année. Bien que les salaires aient observé une tendance à la hausse depuis l'automne 2021, leur croissance est devenue plus faible que le taux d'inflation.

La pandémie a fait ressortir la nature essentielle du secteur des soins à autrui, mais elle a également contribué à aggraver les pénuries de main-d'œuvre déjà existantes. Selon les données du Recensement de la population de 2016, les travailleurs des soins à autrui représentaient près d'un cinquième de la population occupée totale au Canada. Les femmes représentent la majorité du personnel rémunéré dans le secteur des soins à autrui, représentant les trois quarts de tout le personnel dans ce secteur. Dans l'ensemble, les travailleurs des professions de soins à autrui étaient aussi susceptibles que les travailleurs des autres professions d'appartenir à un groupe de population désigné comme minorité visible. On observe toutefois une proportion légèrement plus élevée de Noirs et de Philippins parmi le personnel de soins à autrui que parmi les autres professions, en particulier dans certains groupes professionnels spécifiques. Par exemple, les Noirs et les Philippins représentaient chacun 10 % du personnel de soutien des services de santé et étaient fortement surreprésentés parmi les aides-infirmiers, les aides-soignants, ainsi que les préposés aux bénéficiaires.

Les données de l'Enquête sur la population active suggèrent qu'au cours des dernières années, les travailleurs des professions de soins à autrui étaient moins susceptibles d'avoir un emploi permanent que ceux qui occupaient d'autres professions. Ils étaient également plus susceptibles d'avoir plus d'un emploi en même temps. Dans l'ensemble, les travailleurs occupant des professions de soins à autrui étaient légèrement moins susceptibles de travailler à temps plein que ceux occupant d'autres professions.

La qualité des emplois dans l'économie des soins est inégale. Les travailleurs couverts par une convention collective, soit 57 %, ont généralement de meilleures conditions de travail que ceux qui ne le sont pas.

Statistique Canada continuera de surveiller les pressions sur la demande de main-d'œuvre dans les divers secteurs du marché du travail canadien, y compris celles au sein de l'économie des soins à autrui, et d'en rendre compte.

Monsieur le président, c'est ainsi que se termine mon allocution d'ouverture.

• (1125)

Je vous remercie.

Le président: Merci, madame Bégin.

[Traduction]

Nous passons maintenant aux questions, en commençant par Mme Kusie, pour six minutes.

[Français]

Mme Stephanie Kusie (Calgary Midnapore, PCC): Merci, monsieur le président.

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

Mes questions s'adresseront d'abord à M. Dale.

[Traduction]

Monsieur Dale, à part l'anomalie passagère causée par le variant Omicron, diriez-vous qu'il y a une tendance à la hausse dans le taux de postes vacants?

M. Vincent Dale (directeur, Centre de l'information sur le marché du travail, Statistique Canada): Bonjour à tous.

Pour répondre à votre question précise, nous pouvons examiner les postes vacants depuis 2015, année où l'enquête actuelle a été lancée. Oui, nous constatons une augmentation du taux de postes vacants entre 2015 et 2019, puis, à partir de 2019, une forte accélération liée à la pandémie. En résumé, l'augmentation des postes vacants est à long terme, au moins sur les sept dernières années, et elle s'est accélérée durant la COVID.

Mme Stephanie Kusie: Merci, monsieur Dale.

D'après les données que vous recueillez et l'évaluation de ces données, quelle est, selon vous, la cause de l'augmentation du taux de postes vacants?

M. Vincent Dale: Nous pouvons mentionner plusieurs facteurs causant l'augmentation des postes vacants. Elle pourrait, par exemple, être due à la réouverture rapide d'une industrie où il faut une période d'ajustement avant que se fasse l'appariement des travailleurs disponibles et des postes vacants. Il peut s'agir d'une indication d'une activité économique normale où il y a un roulement et une transition au sein d'une industrie donnée. Dans certains cas, il peut s'agir d'une pénurie, une pénurie absolue ou un certain type d'inadéquation entre les conditions de travail associées à l'emploi et la volonté des travailleurs d'occuper ces emplois. Il existe également des déséquilibres géographiques, de sorte qu'il n'y a peut-être pas de pénurie, mais un déséquilibre entre l'endroit où se trouvent les travailleurs et celui où se trouvent les postes vacants.

Les facteurs sont nombreux, et il est important d'évaluer les postes vacants dans une industrie et une profession particulières dans le contexte d'un ensemble plus large d'indicateurs du marché du travail et de l'économie.

Mme Stephanie Kusie: C'est un aperçu très complet. Je vous remercie beaucoup.

Diriez-vous qu'il y a une raison prédominante parmi toutes celles que vous avez indiquées? Vous avez certainement mentionné de nombreuses possibilités dans de nombreux secteurs et régions différents, mais diriez-vous qu'il y a une raison prédominante?

M. Vincent Dale: Je ne pourrais pas dire qu'il y a un facteur prédominant. Encore une fois, je dis qu'il est très important d'examiner les facteurs propres à l'industrie et à la région et d'analyser une situation particulière en fonction des statistiques sur les postes vacants, mais en fonction aussi des tendances de l'emploi, des tendances du chômage et d'indicateurs économiques plus généraux. J'insiste à nouveau sur le fait qu'il n'y a pas une seule cause de l'existence de postes vacants en général.

Mme Stephanie Kusie: D'accord, il y a donc une multitude de raisons. Je vous remercie.

Monsieur Dale, combien de temps pensez-vous que la trajectoire ascendante du nombre de postes vacants va se poursuivre?

M. Vincent Dale: C'est une très bonne question. Nous n'avons pas la capacité de prédire l'avenir. Ce que nous faisons, c'est suivre de près la situation d'un mois à l'autre et d'une année à l'autre.

Nous avons constaté une légère diminution du nombre de postes vacants à la fin de l'automne et pendant l'hiver. Une partie de cette baisse est saisonnière, et nous devons l'interpréter avec prudence et voir comment les choses évoluent au printemps et en été.

Nous pouvons surveiller le taux de postes vacants d'un mois à l'autre. Nous pouvons formuler des projections, et nos collègues d'EDSC et des provinces et territoires peuvent projeter la demande pour des professions précises dans cinq ou dix ans. Malheureusement, je n'ai pas de boule de cristal pour projeter le taux de postes vacants à moyen terme.

• (1130)

Mme Stephanie Kusie: Merci beaucoup, monsieur Dale.

Nous ne pouvons pas prédire l'avenir, mais nous pouvons certainement étudier les tendances. Je vous remercie de tous ces renseignements. Merci beaucoup.

Madame Watts-Rynard, à mon avis, pour réduire le nombre d'emplois vacants, nous devons soit ajouter des personnes au moyen de l'immigration, soit augmenter l'automatisation. Quel rôle voyez-vous pour les écoles polytechniques dans l'augmentation de l'automatisation et de l'innovation?

Mme Sarah Watts-Rynard: Je dirais qu'il y a une grande capacité pour les écoles de penser à la simulation, à l'apprentissage hybride et à l'apprentissage personnalisé. Tout cela nécessite de l'équipement et, comme je l'ai dit, une infrastructure postsecondaire qui permettrait d'augmenter le nombre d'étudiants et leurs possibilités d'assumer ces rôles.

Mme Stephanie Kusie: Un problème que nous constatons également avec l'automatisation est le coût élevé pour les petites et moyennes entreprises de se lancer dans des initiatives d'automatisation. Auriez-vous des suggestions à faire, d'après le travail de vos étudiants et de vos enseignants — et des tendances, encore une fois — quant à la façon dont nous pourrions réduire ces coûts pour les entreprises?

Mme Sarah Watts-Rynard: Je vais céder la parole à mon collègue, M. Henderson. Je sais qu'il a quelques exemples précis à partager.

M. Matthew Henderson (directeur de la politique, Polytechnics Canada): Merci, madame Watts-Rynard.

Merci de nous avoir invités ici aujourd'hui.

Pour ce qui est du soutien aux entreprises, le modèle de recherche polytechnique est vraiment axé sur les partenaires et adapté

à l'industrie. Nous avons des membres dans tout le pays qui travaillent avec des fournisseurs de soins de santé et des organisations de soins de santé pour s'assurer qu'ils automatisent leurs activités et, essentiellement, qu'ils participent à l'innovation commerciale requise pour propulser ces entreprises.

D'une part, nos écoles membres dans tout le pays fournissent l'éducation et la formation du capital humain qui est nécessaire pour l'économie des soins. D'autre part, l'organe de recherche de nos écoles membres, par l'intermédiaire du bureau de recherche appliquée, aide réellement les entreprises à adopter de nouvelles technologies, qu'il s'agisse d'apprentissage numérique ou simulé, comme l'a dit Mme Watts-Rynard, afin de s'assurer que ces organisations de soins de santé du secteur privé progressent également sur la voie de l'innovation.

Dans cette optique, il existe un programme fédéral, le Programme d'innovation dans les collèges et la communauté, qui finance explicitement la recherche appliquée dans les collèges et les écoles polytechniques. Augmenter le soutien à ce programme, par exemple, permettrait certainement d'amplifier à l'échelle requise la quantité de recherche que nos membres sont en mesure de faire dans l'économie des soins de santé et des soins en général.

[Français]

Mme Stephanie Kusie: Merci, monsieur le président.

Je remercie également les témoins.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Henderson et madame Kusie.

Nous passons à M. Van Bynen pour six minutes.

M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.): Merci, monsieur le président. Je vais partager mon temps avec M. Collins.

Tout d'abord, merci beaucoup à tous les témoins d'être venus contribuer à cette importante étude.

J'aimerais consacrer une partie de mon temps aux témoins de Statistique Canada. Dans ma circonscription de Newmarket—Aurora, on s'intéresse particulièrement à l'incidence des handicaps sur l'emploi et à l'incapacité d'obtenir un emploi. Pourriez-vous dire au Comité quel est le taux de chômage des personnes handicapées? Pourriez-vous également préciser les chiffres en fonction de l'âge et du sexe?

Cette question s'adresse à Statistique Canada, à qui veut y répondre.

Allez-y, madame Bégin.

Mme Josée Bégin: Merci, monsieur le président, pour cette question.

Ce que je voudrais proposer, c'est que nous puissions fournir des données supplémentaires d'après les derniers résultats de l'enquête sur la population active. Nous avons récemment mis au point et publié des indicateurs du marché du travail en ce qui concerne l'invalidité. Je crois que certaines de ces données pourraient être ventilées selon l'âge. Cependant, les données selon le sexe ne sont pas accessibles pour l'instant. Elles pourraient être publiées plus tard dans l'année.

M. Tony Van Bynen: Très bien. Merci.

D'après les renseignements dont vous disposez, pouvez-vous expliquer les facteurs qui contribuent à l'augmentation du chômage chez les personnes handicapées?

Mme Josée Bégin: Je demande à mon collègue, M. Dale, s'il a quelque chose à ajouter.

M. Vincent Dale: Je vais peut-être prendre un peu de recul et expliquer que les données que Mme Bégin vient de mentionner sont de nouvelles données que nous avons recueillies au cours des derniers mois lors de l'enquête sur la population active, mais aussi des données supplémentaires que nous avons recueillies et qui nous ont permis d'identifier les personnes handicapées.

Traditionnellement, au Canada, nous nous sommes appuyés sur le recensement de la population et sur l'enquête canadienne sur l'invalidité pour mesurer les conditions du marché du travail pour les personnes handicapées. Nous avons amélioré l'enquête sur la population active pour commencer à inclure des statistiques sur les personnes handicapées. Malheureusement, ces données sont très récentes, et nous n'avons pas encore de tendance pour pouvoir parler de façon précise de la dynamique à moyen terme ou même à plus long terme.

Je mentionnerai toutefois que la brève analyse que nous avons publiée récemment a mis en évidence la nature très dynamique du handicap lui-même. Nous avons constaté, par exemple, une augmentation du nombre de personnes déclarant un handicap dans la population active pendant la période de la pandémie, en particulier les personnes souffrant d'un handicap mental.

L'un des défis à relever pour répondre à votre question est que le groupe des personnes handicapées n'est pas un groupe stable. En fait, il change. Je vous invite donc à penser à une situation dynamique où les personnes handicapées deviennent employées ou chômeuses. Cependant, les personnes employées deviennent également handicapées ou non handicapées. Il est assez difficile de séparer ces facteurs, surtout pour des périodes très précises ou des zones géographiques très précises.

Cela dit, nous allons rassembler quelques analyses pour vous et faire de notre mieux pour répondre à votre question.

● (1135)

M. Tony Van Bynen: D'accord. J'aimerais passer très rapidement des indicateurs de suivi aux indicateurs avancés.

Lors de sa comparution devant le Comité le 3 mars, Leah Nord, de la Chambre de commerce du Canada, a demandé au gouvernement fédéral de jouer un rôle de chef de file pour faciliter, réunir et financer les efforts visant à améliorer l'information sur le marché du travail à des fins d'analyse pour la planification de la main-d'œuvre du côté de la demande pour les professions et les secteurs clés de l'économie.

Quel genre d'information Statistique Canada recueille-t-il actuellement sur le marché du travail ? Dans quelle mesure avez-vous été en mesure de vous engager auprès des entreprises pour examiner la gestion des besoins en main-d'œuvre?

Nous allons commencer par Mme Bégin.

[Français]

Mme Josée Bégin: Monsieur le président, je remercie le député de sa question.

Comme l'a mentionné un peu plus tôt mon collègue M. Dale, Statistique Canada recueille une variété d'indicateurs concernant le marché du travail que nous devons regarder tous ensemble pour bien comprendre la nature ou la dynamique du marché du travail à un moment précis de l'année.

Par exemple, nous recueillons de l'information sur le marché du travail par le truchement du recensement et de l'Enquête sur la population active. Nous recueillons aussi de l'information concernant les prestations d'assurance-emploi, la rémunération auprès des entreprises, ainsi que les postes vacants. L'Enquête sur les postes vacants et les salaires, à laquelle mon collègue a fait allusion un peu plus tôt, vise environ 100 000 entreprises au Canada tous les mois et tous les trimestres, donc c'est une grande enquête.

Votre question concernait aussi les relations de Statistique Canada avec les entreprises. Au cours des quelques dernières années, Statistique Canada a fait beaucoup d'efforts sur le plan de ses activités de rayonnement, notamment avec la Chambre de commerce du Canada, pour solidifier des liens et pour comprendre les défis auxquels les entreprises font face, qu'ils soient liés au marché du travail ou à la pandémie, entre autres.

De notre côté, pour ce qui est des indicateurs du marché du travail, nous avons aussi participé à ces discussions afin d'améliorer notre compréhension des indicateurs nécessaires et pertinents qui permettraient aux entreprises de mieux comprendre le marché du travail auquel ils font face.

Le président: Merci, madame Bégin.

[Traduction]

Votre temps est écoulé, M. Van Bynen.

Celui de M. Collins l'est également.

Nous passons maintenant à Mme Chabot pour six minutes.

● (1140)

[Français]

Mme Louise Chabot (Thérèse-De Blainville, BQ): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leur présence et de leurs témoignages aujourd'hui.

J'ai plusieurs questions à poser aux représentants de Statistique Canada.

Madame Bégin et monsieur Dale, je vous remercie d'être ici. L'un ou l'autre d'entre vous pourra me répondre.

D'abord, monsieur Dale, j'ai bien apprécié votre remarque. C'est aussi une réflexion qu'on doit faire quand on parle de postes vacants. Il ne peut pas y avoir une seule explication à la notion de postes vacants ou aux pénuries de main-d'œuvre, parce que celles-ci peuvent être soit structurelles, soit organisationnelles, et ce, pour diverses raisons. Même si on a des statistiques d'ensemble, les moyens et les solutions ne peuvent, à notre avis, être les mêmes pour chaque secteur d'activité. Vos recherches sont importantes.

Madame Bégin, dans votre présentation, au deuxième paragraphe, il est écrit: « Le nombre de postes vacants enregistré au quatrième trimestre a augmenté de 80 % par rapport aux niveaux prépandémiques, ce qui reflète une hausse généralisée dans [...] la plupart des secteurs industriels. »

Avez-vous des données ventilées à nous transmettre?

Vous parlez d'une augmentation de 80 % en général, mais de quels secteurs industriels parlez-vous?

Avez-vous des données ventilées par province ou territoire?

Mme Josée Bégin: Monsieur le président, je remercie la députée de sa question.

Oui, effectivement, nous avons les données ventilées par province, mais aussi par secteur industriel. Je n'ai pas l'information avec moi aujourd'hui, mais Statistique Canada pourra fournir de l'information détaillée à la suite de cette rencontre, en comparant les plus récentes données que nous avons publiées et les données pré-pandémiques, soit celles du début de 2020.

Merci.

Mme Louise Chabot: Merci.

Sans dire que cela m'a fait sursauter, il y a un élément de votre présentation qui soulève des questions. Vous dites qu'à la fin de 2021, 10 % des travailleurs qui détenaient un diplôme d'études secondaires ou moindres occupaient des emplois qualifiés, comme on les appelle parfois dans le jargon du monde du travail, c'est-à-dire des emplois de niveau universitaire.

Pouvez-vous nous dire dans quels domaines ou secteurs d'activité particuliers on observe cela?

Au Québec, quand on regarde la situation générale de l'emploi, on voit que les emplois qualifiés représentent le plus grand nombre de postes à pourvoir.

Ce que vous affirmez est-il une façon de répondre à cela?

Mme Josée Bégin: Monsieur le président, je vais me tourner vers mon collègue M. Dale, qui a mené cette partie de l'analyse publiée par Statistique Canada.

Merci.

[Traduction]

Le président: Est-ce que quelqu'un donne suite à la question de Mme Chabot?

M. Vincent Dale: Je suis désolé, j'ai oublié de couper le son et j'espère que je suis le bon protocole en répondant en anglais sur le bon canal.

Nous allons examiner notre capacité à ventiler cette observation par province et par secteur industriel. Souvent, dans notre analyse, nous prenons les résultats à l'échelle nationale comme un signal ou une indication de ce qui se passe sur le marché du travail au sens large. Il n'est pas toujours possible, en raison de la taille des échantillons, de ventiler ces types d'observations en groupes plus petits, mais nous ferons de notre mieux et fournirons au Comité le plus de détails possible.

• (1145)

[Français]

Mme Louise Chabot: Si je peux me permettre, ma question portait sur les diplômés d'études secondaires et moindres qui occupaient des emplois demandant une formation universitaire.

Est-ce que vous savez dans quel secteur particulier on retrouve cela?

[Traduction]

M. Vincent Dale: Je suis désolé, je n'ai pas ces renseignements à portée de la main. Il faudrait que nous y retournions et que nous l'examinions.

[Français]

Mme Louise Chabot: Je comprends. Vous dites que c'est d'obtenir ces renseignements. Est-ce bien cela?

[Traduction]

M. Vincent Dale: La seule chose qui nous empêche de vous donner ces renseignements est la taille de l'échantillon, le nombre d'observations que nous avons. En dehors de ça, nous vous donnerons avec plaisir autant de détails que possible.

[Français]

Mme Louise Chabot: D'accord.

J'ai une dernière question, monsieur le président.

En ce qui concerne la proportion plus élevée de Noirs et de Philippins parmi le personnel de soins à autrui, est-ce possible d'avoir des informations ventilées?

Quand vous parlez d'assistance en soins, nous voudrions bien savoir de quoi vous parlez exactement, parce qu'il existe plusieurs appellations. Au Québec, par exemple, on parle de préposés aux bénéficiaires, qui ont une formation qualifiée. Est-ce que cela veut dire qu'il y a des emplois occupés par des Noirs ou des Philippins qui seraient des emplois sans formation qualifiée? Peut-on avoir plus d'informations par écrit sur ces questions?

[Traduction]

Le président: Nous demandons au témoin de fournir cette information au Comité par écrit. Comme il s'agit d'une question détaillée, pourriez-vous fournir une réponse détaillée au Comité?

Nous passons maintenant à Mme Zarrillo pour six minutes.

Mme Bonita Zarrillo (Port Moody—Coquitlam, NPD): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'aujourd'hui. Je veux m'adresser à Mme Lightman au sujet de sa recherche qui expose vraiment l'exploitation et la discrimination dont sont victimes les préposés aux services de soutien à la personne dans les établissements de soins de longue durée. J'aimerais poser quelques questions supplémentaires ou en savoir plus sur les défis auxquels ces travailleurs sont confrontés.

Vous avez mentionné que beaucoup d'entre eux ont des titres de compétences, mais qu'ils ne sont pas en mesure de trouver un emploi qui accepte ces titres. Pourrais-je avoir un peu plus de renseignements sur les difficultés à faire reconnaître les titres de compétences et les limitations qui les maintiennent dans ces emplois précaires?

Mme Naomi Lightman: Comme on l'a dit, nous savons qu'il y a une vaste surreprésentation des immigrantes qui travaillent comme préposées aux services de soutien à la personne dans les établissements de soins de longue durée. On estime que jusqu'à 44 % des aides-soignantes ont travaillé comme infirmières avant d'émigrer au Canada et, selon un rapport de Statistique Canada, 67 % des diplômées en soins infirmiers des Philippines sont considérées comme étant surqualifiées pour leur emploi actuel.

Si l'on en juge d'après les recherches que j'ai effectuées pour tenter de comprendre cette inadéquation du marché du travail, le processus de transfert des titres de compétences doit être accéléré. Il doit être plus rapide, plus facile et plus abordable. Un grand nombre de ces femmes envoient de l'argent dans leur pays d'origine, ont plusieurs emplois à temps partiel pour joindre les deux bouts et subviennent aux besoins de leur famille, et le processus actuel ne leur laisse ni le temps ni les moyens financiers d'améliorer leurs compétences. Cela entraîne une mobilité vers le bas quantifiable sur le marché du travail par rapport aux autres travailleurs, ainsi que des conditions de travail précaires.

Je crois qu'il y a beaucoup de travail à faire pour réduire les obstacles que rencontrent ces femmes dans la recherche d'emplois pour lesquels elles ont été formées dans leur pays d'origine.

Mme Bonita Zarrillo: Merci, madame Lightman.

J'aimerais également aborder les points que vous avez soulevés concernant l'exclusion systématique du processus décisionnel et le manque de soutien sur le plan de la santé mentale. Je veux vraiment comprendre s'il existe des types de soutien pour ces femmes et ces travailleurs qui ont un statut d'immigration précaire également. Elles sont liées à ces emplois, mais ont-elles la possibilité de s'exprimer ou y a-t-il des répercussions? Craignent-elles des répercussions en raison de la nature précaire de leur emploi, et même en raison de l'absence de soutien en santé mentale ou de soutien familial, craignent-elles de perdre leur statut ou leur travail si elles parlent?

• (1150)

Mme Sarah Watts-Rynard: Absolument.

Je pense que la combinaison de travail précaire et de statut d'immigration précaire conduit à des conditions de travail très vulnérables pour ces femmes. La pandémie a vraiment exacerbé les défis de santé physique et mentale de ces emplois.

Les femmes à qui j'ai parlé ont mentionné le travail supplémentaire causé par la pandémie, une intensité de stress accrue liée à la peur d'être elles-mêmes infectées par le virus ou d'infecter leur famille et leurs enfants, et un sentiment écrasant de perte et d'impuissance face au nombre de résidents des établissements de soins de longue durée que la COVID-19 a décimé.

Bon nombre des emplois qu'elles occupent n'offrent pas d'assurance-maladie complémentaire, ce qui signifie qu'elles doivent souvent payer de leur poche tout soutien en santé physique ou mentale dont elles ont besoin au-delà des services de base. Surtout pour ces emplois qui, nous le savons, sont en première ligne et que nous considérons comme des services essentiels et que nous valorisons en quelque sorte dans le langage que nous utilisons, un soutien plus structurel en matière de santé physique et mentale s'impose. Ce sont aussi des emplois très exigeants sur le plan physique.

Pour répondre à la deuxième partie de votre question... Je suis désolée, pouvez-vous me la rappeler? Vous avez parlé de santé mentale. Quel était l'autre élément?

Mme Bonita Zarrillo: C'est simplement qu'elles ne pouvaient pas s'exprimer parce que leur statut d'immigrant est lié à un emploi, et que si elles s'exprimaient, elles perdraient leur emploi et leur statut.

Mme Sarah Watts-Rynard: C'est certainement vrai pour celles qui attendent la résidence permanente dans le cadre du Programme des aides familiaux résidents, mais même pour celles qui sont déjà résidentes permanentes, il existe une structure décisionnelle forte-

ment descendante dans de nombreux établissements de soins de santé.

Selon ma recherche, les préposées de services de soutien à la personne et les aides-soignantes ne se sentent pas à l'aise pour dire ce qui, à leur avis, pourrait améliorer le fonctionnement du système. Il est certain que celles qui travaillent dans des environnements financés par l'État et syndiqués se sentent plus libres de s'exprimer, mais la tendance dominante que j'ai observée est celle de travailleuses qui ont le sentiment que, même si elles sont témoins de la mauvaise gestion des établissements, du manque d'EPI et du très faible rapport personnel/résidents, elles ont très peu la possibilité de s'exprimer.

Je crois qu'il s'agit là d'une possibilité d'inclusion de leur voix dans les processus décisionnels futurs, tandis que nous redéfinissons nos établissements de soins de longue durée à la lumière des effets de la pandémie de COVID-19.

Le président: Une courte question et une courte réponse, madame Zarrillo.

Mme Bonita Zarrillo: Je vous remercie.

C'est une question pour Statistique Canada.

Selon un dicton, on ne peut pas améliorer ce que l'on ne mesure pas, et je note que Mme Nord de la Chambre de commerce a dit dans son témoignage:

Je peux vous décrire la ventilation par âge de la main-d'œuvre de la construction. Je peux vous dire combien de femmes, d'autochtones et de nouveaux Canadiens travaillent dans ce métier. Je peux même ventiler ces chiffres par région.

On ne peut pas en dire autant de l'économie des soins. Pourquoi ne saisissons-nous pas ce travail à surreprésentation féminine? Existe-t-il des plans pour commencer à mesurer davantage l'économie des soins et de façon plus détaillée?

Le président: Merci, madame Zarrillo.

Si vous pouviez fournir la réponse par écrit au Comité, nous vous en serions reconnaissants. Le temps est largement dépassé.

Mme Josée Bégin: Nous pouvons le faire. Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Ruff, vous avez cinq minutes.

M. Alex Ruff (Bruce—Grey—Owen Sound, PCC): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins de leur présence.

En guise de préambule, je précise que je représente une circonscription très rurale, dont la population est probablement la deuxième plus âgée de l'Ontario, alors essayez d'en tenir compte dans vos réponses, si vous voulez bien.

Ma première question s'adresse à Polytechnics Canada. Elle porte sur le tableau de bord que vous avez mentionné. D'après vous, qui est responsable de ce tableau de bord à l'échelon fédéral?

M. Matthew Henderson: Je pense que plusieurs organisations seraient bien placées, Statistique Canada étant l'une d'entre elles. Autrement dit, le Conseil de l'information sur le marché du travail, Statistique Canada, le Centre des compétences futures, les associations industrielles, les conseils sectoriels et d'autres font tous un excellent travail de collecte de données sur l'offre et la demande.

Il faut peut-être simplement un certain alignement pour prendre des systèmes autrement fragmentés et les rassembler et harmoniser la méthodologie afin que nous puissions faire ces comparaisons sur un horizon temporel plus long. Il est certain que l'un des organismes nationaux qui supervisent certains de ces travaux serait bien placé pour diriger cet effort.

Je vous remercie.

• (1155)

M. Alex Ruff: Pour approfondir un peu la question, l'un des défis que doit relever une grande partie du Canada rural est le manque d'accès à Internet. Nous devenons de plus en plus numériques; compte tenu des difficultés que rencontrent les gens pour accéder à Internet, pouvez-vous nous en dire un peu plus sur l'importance de l'accès à Internet dans tout le pays?

M. Matthew Henderson: C'est un excellent point. C'est pour quoi, au fur et à mesure des progrès dans la navigation vers l'apprentissage continu, ceux-ci doivent s'allier à un engagement égal envers la large bande dans tout le pays. Il s'agit de s'assurer qu'en développant les services numériques, on n'exacerbe pas les inégalités existantes et que, en augmentant la navigation vers l'apprentissage continu, on veille à ce que toutes les personnes, d'un bout à l'autre du Canada, soient également en mesure d'y accéder.

Le fait est que cela doit s'accompagner de gains dans l'accès à Internet dans tout le pays, afin que les gens puissent accéder à une telle plateforme, comme nous le proposons.

M. Alex Ruff: Ma prochaine question est un peu un changement de direction. L'année dernière, l'Ontario — je sais que nous nous examinons un domaine de compétence provinciale — a relancé un programme de formation en soins infirmiers qui, à mon avis, sera crucial pour aider à combler certaines des pénuries de préposés aux services de soutien à la personne dans les foyers de soins de longue durée et pour former plus de gens plus facilement. Et surtout, cela aidera à les garder dans les régions où sont situés les collègues.

Pourriez-vous nous dire s'il s'agit d'un type de programme dans lequel davantage de provinces et le gouvernement fédéral pourraient jouer un rôle en fournissant des conseils et un soutien?

M. Matthew Henderson: Certainement. Sans entrer dans les détails du fédéralisme et de la nature fédéraliste du pays, ils sont tous à la recherche de pratiques exemplaires, et certains des programmes provinciaux qui ont été mis en place tout au long de la pandémie pour accélérer la transition vers l'emploi contribueraient à atténuer certaines des pénuries de main-d'œuvre.

En ce qui concerne votre deuxième point, comme l'a indiqué notre directrice générale, Sara Watts-Rynard, dans ses remarques, l'infrastructure postsecondaire est un élément important pour veiller à fournir une éducation et une formation qui sont très proches de l'industrie et à ce que les étudiants apprennent avec l'équipement utilisé en milieu de travail. Il s'agit notamment d'accroître la capacité de simulation de la formation scolaire, ce qui augmenterait l'accès à...

Par exemple, le Conestoga College de Kitchener, en Ontario, dispose d'un emplacement centralisé où il est en mesure de diriger la formation des personnes qui travaillent dans les collectivités rurales, au moyen de vidéoconférences et d'autres logiciels. Au fur et à mesure que l'accès à la large bande augmente dans tout le pays, la capacité d'utiliser l'apprentissage simulé pour élargir l'accès à l'éducation et à la formation est une autre étape importante.

M. Alex Ruff: Cela nous ramène à ce que j'ai dit plus tôt au sujet du Canada rural et de l'importance pour le gouvernement fédéral d'axer son attention encore plus sur le Canada rural. On ne peut pas avancer sur certaines de ces questions sans cela.

Une dernière question rapide s'adresse à Statistique Canada. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les taux de chômage dans les emplois à temps partiel par rapport aux emplois à temps plein? Y a-t-il une différence entre les régions rurales et urbaines?

Merci.

M. Vincent Dale: Je peux répondre à cette question.

Nous serions heureux de vous fournir ces données. Je n'ai pas les détails sous la main, mais nous pouvons facilement fournir cette information.

Le président: Merci, monsieur Ruff.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Collins pour cinq minutes, afin de clore le premier groupe de témoins.

M. Chad Collins (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.): Merci, monsieur le président.

Mes questions, pour commencer, s'adresseront à Statistique Canada.

Comme cela a été mentionné dans les déclarations préliminaires, nous continuons de constater une forte croissance économique à l'échelle du pays, dans toutes les provinces et tous les territoires. Selon la récente Enquête sur la population active, il y a eu 337 000 emplois de plus, ce qui a fait baisser notre taux de chômage à 5,5 %. Comme Mme Bégin l'a noté dans son exposé, je crois, c'est beaucoup moins que les chiffres de 2020, avant la pandémie, quand le taux était de 5,7 %.

Pouvez-vous confirmer les chiffres en ce qui concerne le taux de chômage? Pouvez-vous nous donner un aperçu global des gains réalisés, et dans quels secteurs? Comment nos chiffres se comparent-ils à ceux de nos voisins du Sud?

Mme Josée Bégin: Statistique Canada pourrait fournir par écrit d'autres données sur les industries en fonction des provinces. Nous faisons aussi, à l'occasion, des analyses de comparaison avec les États-Unis. Nous serions heureux de fournir cette information.

M. Chad Collins: D'accord.

Avez-vous ce matin les renseignements en ce qui concerne les secteurs et les domaines dans lesquels nous avons fait les gains les plus importants, et en ce qui concerne la croissance de l'emploi?

• (1200)

Mme Josée Bégin: Je n'ai pas ces renseignements avec moi. Je peux demander à mon collègue, M. Dale, s'il a d'autres renseignements à ce sujet.

M. Vincent Dale: Pour répondre partiellement à votre question, il y a certains secteurs, par exemple les services professionnels, scientifiques et techniques, la catégorie d'industrie qui comprend le secteur technologique, qui ont accusé une augmentation marquée de l'emploi par rapport à avant la pandémie. Il y en a quelques autres, mais j'aimerais les vérifier. Le nombre d'emplois dans le secteur des soins de santé est en hausse, par rapport à avant la COVID-19. Ce n'est pas surprenant. Dans des secteurs comme l'hébergement, la restauration et les loisirs, qui sont très touchés par les mesures de santé publique, l'emploi n'est pas encore revenu aux niveaux précédant la pandémie.

Nous pouvons examiner les données et vous faire suivre une réponse complète, mais en général, il est vrai de dire que certaines industries ont connu une croissance marquée par rapport aux niveaux précédant la pandémie, et que d'autres ne se sont pas encore rétablies.

M. Chad Collins: Merci, monsieur Dale.

J'ai été agréablement surpris de constater les fortes hausses dans le secteur de la construction. Comme vous le savez, monsieur le président, notre gouvernement attend avec impatience une augmentation de l'offre et la construction de logements pour aider à régler le problème de l'abordabilité.

J'ai lu dans le rapport que les hausses ont été encourageantes dans le secteur de la construction. Est-ce que les variations saisonnières sont normales dans ce secteur? Dans l'affirmative, est-ce que les hausses sont comparables à celles qui étaient observées avant la pandémie?

M. Vincent Dale: Je peux répondre à cette question.

Les données de l'enquête mensuelle sur la population active sont ce que nous appelons « désaisonnalisées ». Autrement dit, les distorsions des variations saisonnières sont supprimées. Quand il est indiqué que l'emploi est en hausse dans ce secteur par rapport aux niveaux pré-pandémie, il faut comprendre que les effets saisonniers ont été pris en compte.

Je dois souligner que le secteur de la construction est intéressant si on considère que l'emploi a dépassé les niveaux pré-pandémiques, mais que c'est aussi un des secteurs où les postes vacants ont le plus augmenté. Cela signifie que la demande de main-d'œuvre totale, tant satisfaite qu'insatisfaite, est considérablement plus élevée qu'avant la COVID. Des facteurs comme les investissements dans les infrastructures ont contribué à la croissance des activités dans le secteur de la construction et, partant, à la hausse de la demande de main-d'œuvre globale.

M. Chad Collins: D'accord. Merci, monsieur Dale.

Vous avez indiqué que 37 000 emplois ont été créés, un chiffre que vous tirez de votre suivi des permis de construction. Je sais, parce que j'ai travaillé dans l'administration municipale, que la valeur des permis constitue un indicateur important pour l'établissement de ces statistiques. Tenez-vous compte du nombre de permis? Est-ce que vous faites une ventilation du nombre de permis entre les secteurs commercial, résidentiel, industriel et institutionnel, comme le font les municipalités?

M. Vincent Dale: Je n'ai pas cette information ici. D'autres collègues de Statistique Canada s'occupent des données sur les permis de construction, mais nous serons heureux de retracer cette information et de vous la transmettre.

M. Chad Collins: D'accord.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Collins.

C'est ce qui conclut la discussion avec notre premier groupe de témoins.

Je vous remercie d'avoir participé à nos travaux. J'aimerais demander à tous les témoins... Comme les questions qui vous ont été posées ce matin étaient assez techniques, vous serait-il possible de transmettre au Comité les compléments d'information qui vous ont été demandés? Ce serait merveilleux. Je sais qu'il peut être assez

difficile de donner des réponses complètes à des questions aussi pointues en moins de six minutes.

Merci de vous être présentés devant le Comité, et merci à l'avance de nous fournir par écrit tous les compléments d'information que vous jugerez pertinents. Nous vous en serions reconnaissants.

Nous allons suspendre la séance pendant deux minutes pour permettre aux témoins suivants de s'installer.

Merci.

• (1204)

(Pause)

• (1208)

• (1205)

Le président: Nous allons poursuivre avec le second groupe de témoins.

Représentant le Centre canadien d'excellence pour les aidants, nous accueillons M. James Janeiro, et représentant l'Association médicale canadienne, nous accueillons Mme Katharine Smart. Notre troisième témoin sera M. Michael Villeneuve, le directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Nous entendrons tout d'abord le témoin du Centre canadien d'excellence pour les aidants, pour cinq minutes.

J'invite les témoins à s'en tenir aux cinq minutes allouées pour la présentation de remarques liminaires. Les membres du Comité ont beaucoup de questions à vous poser.

Monsieur Villeneuve, nous vous écoutons.

M. James Janeiro (conseiller politique, Centre canadien d'excellence pour les aidants): Merveilleux. Merci de me donner l'occasion de me présenter devant vous.

Je m'appelle James Janeiro et je représente le Centre canadien d'excellence pour les aidants.

Il s'agit d'un nouvel organisme soutenu par la Fondation Azrieli. Nous lancerons nos activités en mai.

Nous sommes convaincus que la prestation des soins représente la prochaine frontière à franchir en matière de politiques publiques au Canada, et nous nous sommes donné comme mission d'appuyer les aidants et les fournisseurs de soins, de leur donner plus de moyens, d'améliorer les connaissances et la capacité dans le domaine des soins, et de militer pour des politiques sociales plus efficaces et plus avant-gardistes, et tout cela d'un point de vue tenant compte des personnes handicapées.

Comme dans bon nombre des secteurs de l'économie, la profession d'aidant rémunéré était aux prises avec toutes sortes de problèmes systémiques avant la pandémie, mais celle-ci les a exposés au grand jour. Il est apparu très évident que, dans bien des domaines de l'économie des soins, les salaires sont trop faibles, les modalités de travail instables, les horaires imprévisibles et la formation insuffisante. Les femmes y sont en majorité et, dans bien des cas, elles sont racisées et nouvellement arrivées. Nous avons beaucoup entendu parler des conditions de travail et des pénuries de personnel dans le secteur des soins de longue durée, de même que des répercussions de ces problèmes pour les personnes âgées partout au pays.

Dans le secteur des services de soutien au développement des enfants et des adultes ayant des déficiences intellectuelles, une bonne partie du personnel doit avoir plusieurs employeurs pour gagner un revenu suffisant, ou travailler à la demande pour compléter les salaires, alors que des postes à temps plein ou à temps partiel restent vacants pendant des mois.

C'est la même chose dans le secteur des soins à domicile, dont les travailleurs prodiguent des services vitaux à des personnes vulnérables qui vivent chez elles.

Il faut faire davantage pour appuyer les aidants rémunérés dans leur travail. C'est essentiel pour rendre la profession d'aidant plus attrayante et pour remédier aux pénuries de main-d'œuvre de longue date dans tous les secteurs de l'économie. La prestation rémunérée de soins est un travail, et les travailleurs méritent un salaire convenable. Malheureusement, les salaires trop faibles rendent cette profession peu attrayante et ne permettent pas de retenir les travailleurs.

On trouve un bon exemple de pénurie de main-d'œuvre due à des investissements insuffisants dans les salaires dans le secteur ontarien de la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire. Le personnel de première ligne y est le moins bien payé par rapport au reste du secteur de la santé en Ontario.

Depuis une dizaine d'années, les budgets provinciaux ont accru la capacité mais, parallèlement, il y a eu un gel des budgets de base. Résultat: le financement de nombreux fournisseurs de services n'a pas suivi la hausse des coûts de fonctionnement. Ils peinent de plus en plus à attirer et à retenir du personnel, ce qui fait que la qualité de vie des clients qui vivent chez eux s'en ressent et que la pression ne cesse d'augmenter sur notre système de santé.

Actuellement, le gouvernement fédéral fait face au double défi des pénuries de main-d'œuvre dans le domaine des soins et des pressions exercées sur le système de santé. Une des solutions qui s'offrent à lui serait de verser une aide financière visant à accroître à la fois la capacité et les salaires de base dans le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire dans l'ensemble du pays. À notre avis, la hausse des salaires facilitera le recrutement et le maintien en poste du personnel, ce qui contribuera à améliorer la qualité des soins et, en fin de compte, à désengorger les urgences des hôpitaux.

En cette période de reprise économique, nous vous recommandons de tenir compte de l'ensemble du secteur des soins dans votre étude. Les pénuries de main-d'œuvre qui touchent tous les secteurs de la prestation des soins entraînent d'autres pénuries dans tous les autres secteurs de l'économie.

En 2018, un quart des Canadiens ont prodigué des soins à une personne qui en avait besoin. Selon une étude publiée en 2013, plus de la moitié des Canadiens fourniront gratuitement des soins à un ami ou à un membre de leur famille à un moment ou un autre de leur vie. Ces soins sont prodigués dans une mesure disproportionnée par des femmes. Beaucoup d'aidants n'ont pas le choix de se retirer complètement ou partiellement du marché du travail pour prendre soin d'un être cher, et contribuent de ce fait à la pénurie de main-d'œuvre qui sévit au pays. En effet, en raison de l'insuffisance d'aidants rémunérés, des travailleurs doivent se recycler en aidants et cesser de travailler à temps plein. Il en résulte une réduction du bassin d'adultes en âge de travailler qui peuvent occuper un emploi. On a estimé que cette perte de productivité coûte quelque chose comme 1,3 milliard de dollars par année. Cette dynamique fait bais-

ser les revenus et accentue le fossé salarial entre les hommes et les femmes.

Nous vous enjoignons à inclure une analyse des nombreux effets négatifs du sous-financement et des faibles salaires dans le secteur de la prestation rémunérée des soins dans votre étude sur les pénuries de main-d'œuvre dans l'économie des soins. En réglant ce problème, vous allez améliorer la qualité de vie de millions de personnes vulnérables qui ont besoin de soins, y compris des personnes âgées qui pourront rester plus longtemps chez elles si elles ont accès aux soins de grande qualité des préposés aux services de soutien à la personne à domicile et en milieu communautaire.

De nouveaux emplois à l'abri de l'automatisation pourront être créés dans l'économie des soins, où le personnel est formé surtout de femmes racisées et nouvellement arrivées. Si les besoins de soins de leurs proches sont comblés, de nombreux aidants non rémunérés pourront réintégrer le marché du travail. Une carrière d'aidant peut être très enrichissante et permettre une belle qualité de vie si le soutien et la rémunération sont adéquats.

Je vous remercie de votre invitation. Je répondrai à vos questions avec plaisir.

• (1210)

Le président: Merci, monsieur Janeiro.

Madame Smart, vous avez la parole pour cinq minutes.

Dre Katharine Smart (présidente, Association médicale canadienne): Merci, monsieur le président, et merci, mesdames et messieurs les membres du Comité, de me donner la possibilité de participer à votre réunion.

Je m'appelle Katharine Smart, et je m'adresse à vous aujourd'hui depuis Ottawa, sur le territoire non cédé de la nation algonquine Anishinaabe. Je suis pédiatre et je travaille au Yukon.

À titre de présidente de l'Association médicale canadienne, je me sens très honorée de représenter les médecins et les étudiants en médecine de partout au pays. Nous avons tous ressenti le ressac d'un système de santé qui a atteint les limites de sa capacité. Pour les travailleurs de la santé, la pandémie a été impitoyable. Deux ans après le début, les organismes qui représentent les travailleurs de la santé à l'échelle du pays sonnent l'alarme. Le système de santé du Canada est en train de s'effondrer.

Notre organisme, à titre de représentant national des médecins, appelle aussi à l'action. Les médecins [*difficultés techniques*] vivent... Plus de la moitié des médecins et des étudiants en médecine déclarent un état de surmenage très grave, alors qu'ils étaient 30 % dans ce cas avant la pandémie. De plus, près de la moitié des médecins ont déclaré qu'ils réduiraient probablement leurs heures de travail en clinique. La pénurie de personnel médical capable de répondre aux demandes actuelles et futures frappe tout le pays.

Beaucoup de Canadiens ont l'impression que l'assouplissement des mesures sanitaires annonce un renouveau après la pandémie, mais ce n'est pas du tout le cas des travailleurs de la santé. Ils vivent actuellement une crise d'une ampleur jamais vue et, pour cette raison, le système de santé canadien est sous respirateur artificiel.

[*Difficultés techniques*] reconnaissant au gouvernement fédéral d'avoir joué un rôle aussi important dans la réponse à la pandémie, mais ce n'est pas terminé. Les travailleurs de la santé comptent sur son leadership pour tracer la voie en avant. En aidant les professionnels de la santé, vous aiderez tous les Canadiens, dans l'immédiat et dans le futur.

L'automne dernier, l'AMC et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont organisé conjointement un sommet d'urgence pour entendre le son de cloche d'une quarantaine d'organismes du secteur de la santé représentant du personnel infirmier, des médecins, des inhalothérapeutes, du personnel de soutien, des psychologues et des employés d'établissements d'enseignement. Nous savions que nous vivions une crise collective des ressources humaines en santé.

Récemment, une autre réunion d'une quarantaine d'organismes de travailleurs de la santé a eu lieu. Ce que nous y avons entendu est vraiment accablant. Les travailleurs de la santé sont épuisés et ils sont en détresse. Ils vivent du harcèlement et préfèrent souvent abandonner leur carrière et leur profession.

Les répercussions pourraient être dévastatrices dans un pays où plus de cinq millions d'habitants n'ont pas de fournisseur de soins attiré. Parmi Les Canadiens qui ont un médecin, 40 % seulement ont réussi à avoir un rendez-vous en moins de 48 heures, et 46 % des médecins envisagent de réduire leurs heures de travail en clinique dans les deux années à venir.

Ce que nous entendons est plus qu'alarmant. La situation pourrait devenir catastrophique. Le temps presse. Plus du quart des médecins praticiens déclarent que leur état de santé mentale global est chancelant. Selon des statistiques récentes, 20 % des travailleurs de la santé de première ligne ont eu des idées suicidaires, et ils sont même 6 % à avoir planifié un passage à l'acte. C'est affligeant.

Pire encore, les obstacles que nous avons érigés au fil du temps pour le personnel médical et infirmier qui exercent dans une nouvelle province ou un nouveau territoire ne contribuent aucunement à pourvoir les 118 000 postes vacants dans les secteurs de la santé et de l'aide sociale au Canada. Il est impératif d'établir un cadre réglementaire pancanadien pour la délivrance des permis d'exercice. Les professionnels de la santé pourraient ainsi travailler à l'endroit de leur choix et là où les besoins sont les plus importants. Il est vraiment temps d'éliminer les obstacles réglementaires inutiles.

Tous les Canadiens seront touchés. C'est la santé de tous et leur capacité d'avoir accès au système de santé qui seront à risque. La crise a pris une ampleur telle qu'aucune province et aucun territoire ne pourra la traverser sans aide. Nous sommes bien conscients que les premiers ministres veulent avant tout recevoir plus d'argent du fédéral sans avoir à rendre de comptes. Nous pensons en revanche que le fédéral devra investir de manière plus stratégique pour assurer la reconstruction de notre système de prestation de soins de santé au Canada.

Premièrement, nous avons besoin que le gouvernement fédéral exerce son leadership pour en arriver à une planification pancanadienne intégrée du système de santé et des ressources humaines. Nous avons besoin d'une approche intergouvernementale dirigée par le gouvernement fédéral.

Deuxièmement, le temps est venu de donner suite à la promesse d'améliorer l'accès à un médecin de famille et à des équipes de soins primaires en versant les 3,2 milliards de dollars annoncés.

L'AMC recommande qu'une partie de cet engagement, soit 1,2 milliard de dollars sur 4 ans, soit consacrée à un fonds d'accès aux soins primaires, et que les 2 autres milliards de dollars servent à réaliser une évaluation de la capacité de formation interprofessionnelle de médecins de famille [*difficultés techniques*]. Pour améliorer l'accès aux soins, il sera impératif d'accroître la prestation de soins interprofessionnels en collaboration.

Troisièmement, nous avons besoin d'un modèle pancanadien de délivrance des permis d'exercice. C'est essentiel pour accroître l'accès aux soins, notamment dans les communautés rurales et éloignées, pour favoriser la continuité des soins, y compris la prestation des soins virtuelle et transfrontalière, la mobilité des patients et des fournisseurs de soins et, de manière générale, pour simplifier le processus de délivrance des permis d'exercice.

• (1215)

Au cours des dernières décennies, la médecine a fait des progrès remarquables, mais nous continuons de dépendre des travailleurs de la santé.

Les professionnels de la médecine ont tenu le front aux premières lignes, mais le gouvernement fédéral doit aussi mettre la main à la pâte et assurer leur protection. Nous avons besoin de son aide pour la dernière ligne droite de ce long parcours du combattant.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, docteur Smart.

Nous passons maintenant à M. Villeneuve pour cinq minutes.

M. Michael Villeneuve (directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Bonjour. Merci, monsieur le président, et merci, mesdames et messieurs les membres du Comité, d'avoir invité l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'AIC, qui est la voix du personnel infirmier canadien à l'échelle nationale et internationale, à donner son point de vue.

Je m'appelle Mike Villeneuve et je m'adresse au Comité depuis les terres ancestrales du peuple algonquin Anishinaabe. Je suis le directeur général de l'AIC.

Monsieur le président, je travaille dans le secteur de la santé depuis 44 ans [*difficultés techniques*]. Je n'ai jamais vu une crise de cette ampleur [*difficultés techniques*]. L'AIC a prédit que le Canada serait à court de 60 000 infirmières et infirmiers en 2022. À peine le quart de l'année est écoulé et [*difficultés techniques*] la pénurie est plus grave que prévu.

Les quelque 450 000 infirmières et infirmiers que compte le Canada, dont 91 % sont des femmes, forment le rempart de nos systèmes de santé. Actuellement, ils sont au bout du rouleau et complètement démobilisés. Un nombre alarmant d'entre eux quittent leur emploi, sinon la profession.

Beaucoup d'infirmières et d'infirmiers ont été obligés de faire des quarts de travail de 16 heures sans pouvoir prendre de congé ou de pause. Ils n'ont pas été autorisés à prendre des vacances. Le manque de personnel chronique atteint des proportions dangereuses. Les taux d'épuisement professionnel grave ont presque doublé parmi les travailleurs de la santé. Vous avez entendu ce que la Dre Smart a dit concernant le nombre d'entre eux qui ont planifié un suicide ou fait une tentative. Leur proportion atteint 6 %. C'est très inquiétant.

Les postes vacants d'infirmières et d'infirmiers, notamment dans le domaine psychiatrique, ont augmenté de 85 %. C'est la profession pour laquelle la hausse est la plus forte. Les infirmières et les infirmiers avaient commencé à sonner l'alarme des dizaines d'années avant le début de la pandémie de COVID-19. Les problèmes ne sont pas nouveaux, mais la pandémie les a exacerbés.

Les facteurs qui favorisent le maintien en poste des infirmières et des infirmiers ont été abondamment discutés depuis 40 ans et ont fait l'objet d'une myriade d'études, de rapports et de recherches qui ont coûté des millions de dollars. Les infirmières et les infirmiers savent très bien ce qui cloche et ce qu'il faudrait faire pour remédier à la pénurie de main-d'œuvre au Canada.

Le grand défi est de mobiliser et de maintenir la volonté politique nécessaire à tous les échelons pour opérer les changements difficiles qui sont requis. Le fédéral doit octroyer un soutien financier ciblé pour aider les systèmes de santé à former, à retenir et à recruter des travailleurs de la santé, de même qu'à améliorer leur éducation et leurs conditions de travail. Le gouvernement fédéral a un important rôle de catalyseur et de coordonnateur à jouer. Il doit coopérer avec les provinces et les territoires pour mettre en place des stratégies à court et à long terme. Le maintien du statu quo est absolument hors de question.

À court terme, pour favoriser le maintien en poste du personnel infirmier et des travailleurs de la santé en général, il faudra penser à des mesures comme des primes, une remise de dette pour les étudiants ou des crédits d'impôt. Du financement supplémentaire est également requis pour optimiser la charge de travail des travailleurs de la santé, y compris en affectant plus de personnel à l'administration, à l'entretien et à d'autres postes de soutien pour que le personnel infirmier ait plus de temps à consacrer aux soins.

Pour ce qui est du long terme, l'AIC s'associe pleinement à l'appel lancé pour la création d'un organisme national sur les travailleurs de la santé qui sera chargé de recueillir des données de qualité à l'appui d'une stratégie pancanadienne rigoureuse et moderne sur les ressources humaines en santé qui englobera une planification provinciale, territoriale et nationale. L'AIC recommande aussi d'augmenter le nombre de places dans les écoles de sciences infirmières, ainsi que la capacité en matière de stages cliniques. Nous recommandons d'accélérer le processus de reconnaissance des titres de compétences du personnel infirmier formé à l'étranger et de financer des mesures de soutien en santé mentale des travailleurs de la santé.

Des interventions urgentes et permanentes sont nécessaires. On ne peut plus attendre. Il faut agir maintenant et mettre en œuvre une stratégie à volets multiples pour régler les problèmes complexes liés aux effectifs de la santé. Il faudra faire preuve d'audace et de créativité. Les stratégies de maintien en poste ne peuvent pas être les mêmes pour les infirmières et les infirmiers de 25 ans et pour ceux qui ont 65 ans. Les mesures qui convaincront une personne de rester en poste dans le domaine des soins à domicile peuvent être très différentes de celles qui en convaincront une autre de poursuivre sa carrière aux soins intensifs ou palliatifs. Nous devons être souples, recueillir les données nécessaires et concevoir des outils stratégiques qui pourront être adaptés aux différents milieux de soins et aux différentes étapes d'une carrière en soins infirmiers.

La proportion d'adultes âgés est en hausse au Canada, et nous aurons besoin d'une économie des soins forte et de travailleurs de la santé bien en selle pour accompagner cette population vieillissante.

Pour terminer, je tiens à exprimer notre reconnaissance au Comité d'avoir décidé de réaliser cette étude importante et opportune. Je serai heureux de répondre à vos questions.

Merci, monsieur le président.

• (1220)

Le président: Merci, monsieur Villeneuve.

Nous passons maintenant aux tours de questions, avec Mme Gladu pour commencer. Vous disposez de six minutes.

Allez-y.

Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être des nôtres aujourd'hui. Merci pour votre travail essentiel.

Je vais m'adresser à M. Villeneuve en premier.

Vous nous avez parlé des infirmières et des infirmiers. Ma fille est infirmière, et je suis donc assez au courant des problèmes qui affligent cette profession. Elle a été agressée. Elle a été obligée de faire des heures supplémentaires. Elle n'a pas pu prendre de vacances. Même si elle est seulement dans la vingtaine, elle fait partie des personnes qui songent à quitter la profession.

Pourquoi n'a-t-on rien fait pour régler ces problèmes? Ils sont bien connus depuis longtemps mais, apparemment, rien n'a bougé.

Est-ce une question d'argent ou de volonté politique? Où sont les lacunes, selon vous?

M. Michael Villeneuve: Je remercie la députée, monsieur le président, de soulever cette excellente question.

C'est un mystère. Nous réfléchissons à ces problèmes... Pour ma part, je participe à ce processus depuis l'année 2000. À l'époque, la conférence des sous-ministres avait enjoint au pays d'élaborer une stratégie pour les soins infirmiers au Canada afin de remédier aux pénuries et aux problèmes.

Je dois dire à la députée, monsieur le président, que j'ai consulté ce document de nouveau ce matin même. Il a été publié en 2000, si vous voulez y jeter un coup d'œil. La Stratégie pour les soins infirmiers au Canada était accompagnée de nombreuses recommandations. La première consistait à charger un comité consultatif sur les soins infirmiers au Canada d'examiner ces problèmes. J'ai eu l'honneur de diriger ce comité.

Comme je viens de le dire, j'ai relu les 51 recommandations. Je vous jure qu'on pourrait changer la date sur les deux rapports, parce que pratiquement tout ce que nous avons dit aujourd'hui avait déjà été dit à cette époque. C'est tout simplement la volonté d'opérer les changements nécessaires à l'échelle du système qui a fait défaut. C'est décourageant de constater qu'à certains endroits, on a fait ces changements de manière très, très efficace, alors que les choses sont restées dans l'état ailleurs. Que s'est-il passé? De nombreux hôpitaux du pays n'ont aucune difficulté à recruter du personnel et à les maintenir en poste. Il n'est donc pas nécessaire de réinventer la roue. Il suffit de reproduire ce qui s'est avéré efficace. Nous connaissons les solutions.

C'est extrêmement frustrant, monsieur le président, de constater l'absence de progrès. Sans vouloir m'aventurer sur le terrain glissant des inégalités entre les genres, je tiens à dire que je suis très, très préoccupé quand je vois que ce n'est pas du tout le cas dans les professions où les hommes sont en grande majorité. J'ai l'impression de regarder le même film depuis 45 ans.

• (1225)

Mme Marilyn Gladu: Merci beaucoup. Je suis tout à fait d'accord. Je suis de plus en plus préoccupée quand je pense au vieillissement de la population et à la hausse des cas de démence. C'est clair que si nous ne faisons rien, la situation n'ira pas en s'améliorant.

Monsieur Janeiro, savez-vous quelle proportion de préposés aux services de santé à la personne ne travaille pas à temps plein? Il est notoire que des personnes doivent cumuler deux ou trois emplois à temps partiel qui ne leur donnent pas droit à des avantages sociaux, et que cela semble un problème chronique. Connaissez-vous ces chiffres?

M. James Janeiro: C'est une excellente question. Je n'ai pas les chiffres en tête, mais je pourrai vous les fournir sans problème.

Cela dit, il y a eu des progrès intéressants durant la pandémie de COVID-19. Les choses ont commencé à bouger en Ontario plus particulièrement, mais d'autres provinces lui ont emboîté le pas. Quand on a compris la réalité de la COVID et que les membres du personnel qui avaient plusieurs employeurs étaient devenus des vecteurs de transmission, des organismes du secteur des services de santé à la personne, des services de développement et d'autres services de soins ont commencé à offrir des postes à temps plein à des personnes qui travaillaient jusque-là à temps partiel. Le fait de travailler à temps plein plutôt qu'à temps partiel a permis à ces travailleurs d'avoir des horaires prévisibles et souvent, d'avoir accès à des avantages sociaux comme un régime de retraite et ce genre de choses.

Je sais par exemple qu'en Ontario, les employés à temps partiel à qui on a offert cette possibilité ont manifesté un grand intérêt pour les postes à temps plein. Même quand les ordonnances à l'origine de ces changements ont commencé à être annulées en Ontario, les travailleurs se sont montrés beaucoup plus désireux de continuer à travailler à temps plein plutôt que de retourner à des postes à temps partiel. Je dirais que c'est le cas d'une vaste majorité.

Mme Marilyn Gladu: C'est vers cela qu'il faut tendre, c'est clair.

Docteur Smart, nous avons entendu l'autre jour le témoignage de Linda Silas concernant le personnel infirmier. Elle nous a indiqué que 8 % environ des infirmières et des infirmiers ont perdu leur emploi parce qu'ils ne se sont pas fait vacciner. Ces départs n'ont fait qu'accentuer la pénurie.

La situation a-t-elle été semblable du côté des médecins? J'ai entendu toutes sortes d'histoires à mon bureau concernant des médecins qui auraient envisagé de fermer leur cabinet ou qui l'auraient fermé parce que leur liberté de conscience était menacée, et d'autres encore dont le permis d'exercice a été mis en péril.

Ce sont des choses qu'on m'a racontées au passage mais, si nous revenons à la pénurie de main-d'œuvre, la pandémie a-t-elle eu des répercussions sur le personnel médical?

Dre Katharine Smart: Non, je ne crois pas qu'il y a eu des répercussions très importantes pour ce qui est des médecins. Plus de 99 % des médecins sont pleinement vaccinés contre la COVID-19

au Canada. Oui, nous avons entendu parler de cas ici et là, mais je ne crois pas que les milieux de travail ont été très touchés.

Bien évidemment, nous avons observé d'autres répercussions de la pandémie. Beaucoup de membres de la communauté qui voulaient offrir des soins de première ligne ont eu très peu de temps pour s'organiser et offrir leurs services en ligne seulement. Ils essaient depuis deux ans de maintenir la capacité d'accès de leurs patients malgré les exigences fluctuantes de la santé publique. Tout cela a été très stressant. Selon notre enquête nationale sur la santé des médecins, cela a contribué au surmenage. La nécessité constante de s'adapter à de nouvelles attentes et à une charge de travail écrasante sur une période prolongée a été très éprouvante.

Mme Marilyn Gladu: Quels sont les principaux obstacles pour attirer plus de médecins au Canada, ce dont nous avons manifestement besoin? Est-ce la reconnaissance des titres de compétences? Est-ce que ce sont les contributions financières du gouvernement fédéral? Quel est l'obstacle?

Dre Katharine Smart: À mon avis, l'un de nos plus grands défis est que, faute d'un plan des ressources humaines en santé, nous n'avons jamais défini clairement le nombre de postes nécessaires pour servir les Canadiens à différents niveaux de pratique médicale. Par exemple, nous savons que nous avons besoin de personnes dans le domaine des soins primaires. Très bien, mais quel est le nombre exact? Nous savons que nous avons besoin de soins spécialisés. Quel est le nombre exact? Où les médecins devraient-ils être affectés?

Faute de ce plan pancanadien des ressources humaines en santé, il est alors difficile de tout reprendre du début. À la faculté de médecine, combien de personnes devrions-nous former? Combien de personnes devraient poursuivre leurs études postdoctorales? Combien de personnes devrions-nous ensuite former dans les différentes spécialités médicales, de quels types et à quels endroits? En ce moment, je pense que le problème tient au fait que rien de tout cela n'est intégré. C'est très difficile et cela fait en sorte que nous avons des pénuries.

L'autre élément, c'est que nous avons au Canada des diplômés en médecine formés à l'étranger qui n'ont pas pu accéder au système. Ils ne sont pas agréés et ne détiennent pas de permis d'exercice et ils n'ont donc pas été en mesure de participer aux systèmes qui existent pour exercer et soigner les Canadiens. Des mesures pourraient être prises ici pour amener plus de ces gens à bord et dans notre système.

• (1230)

Mme Marilyn Gladu: Très bien. Merci beaucoup.

Le président: Merci, madame Gladu.

Nous passons maintenant à M. Long pour six minutes.

M. Wayne Long (Saint John—Rothsay, Lib.): Merci, monsieur le président.

Bonjour à mes collègues.

Je remercie les témoins de leur témoignage.

Je suis député de la grande circonscription de Saint John—Rothsay. La semaine dernière, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec le Dr John Dornan, le PDG d'Horizon Health Network. Nous avons parlé d'idées très novatrices, mais aussi, évidemment, de nombreuses préoccupations sont ressorties de cette rencontre.

Encore une fois, je remercie la députée Zarrillo pour cette merveilleuse étude et nous sommes ici aujourd'hui parce que nous sommes certainement confrontés à une crise dans l'économie des soins communautaires — médecins, personnel infirmier, soignants — dans tous les secteurs. D'un point de vue fédéral, comme personne et comme député, comme politicien fédéral, comme gouvernement fédéral, je cherche des réponses à propos des mesures que nous pouvons prendre. Nous reconnaissons certainement que la compétence est un problème majeur lorsqu'il s'agit de notre participation dans le dossier des soins de santé.

Ma première question s'adresse à vous, docteur Smart.

Vous avez fait allusion à la demande de 28 milliards de dollars des provinces pour les soins de santé, mais vous avez aussi mentionné, et loin de moi l'intention de vous faire dire ce que vous n'avez pas dit, qu'il serait peut-être préférable de les cibler. Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par des investissements ciblés?

Dre Katharine Smart: Je pense que nous constatons que certains secteurs du réseau de la santé sont particulièrement en crise. Nous estimons que des investissements ciblés pour garantir que les fonds servent à soutenir ces secteurs ont plus de chance d'engendrer une responsabilisation au sein du système et des résultats pour les Canadiens que d'importantes sommes absorbées dans un budget général. Par exemple, en ce qui concerne les arriérés en chirurgie pour ce qui est de l'imagerie diagnostique, nous savons que des centaines de milliers de Canadiens attendent ces procédures, donc un financement ciblé pour cela, réservé aux hôpitaux pour garantir la prestation de ces services, profiterait directement à ces Canadiens.

Nous savons qu'il existe d'importants problèmes de santé mentale qui se sont aggravés pour les Canadiens tout au long de la pandémie. Encore une fois, des fonds qui peuvent être affectés à cette fin assureront aux Canadiens un meilleur accès à des services de santé mentale plus holistiques et étendus.

Nous parlons de soins primaires. Encore une fois, il s'agit d'une crise énorme. Plus de cinq millions de Canadiens n'ont pas accès à un fournisseur de soins primaires. C'est la porte d'entrée de notre réseau de la santé, alors quand vous avez des Canadiens qui n'ont pas accès à ce type de soins, c'est un grave problème. Cela augmente les coûts à long terme, car de nombreuses maladies chroniques ne sont pas gérées et les patients sont ballottés d'un type provisoire de soins à un autre.

Je le répète, nous pensons que des investissements ciblés visant à accroître les soins intégrés et en équipe peuvent contribuer à améliorer les résultats pour les Canadiens. Voilà pourquoi nous recommandons que le gouvernement fédéral, en accord avec les parties prenantes, définisse ces priorités et veille à ce que les fonds soient affectés pour réaliser ces objectifs.

M. Wayne Long: Merci de cette réponse.

J'ai aussi rencontré le Dr Michael Barry, un ancien président de l'AMC.

À votre avis, quelle est l'ampleur des pénuries en matière d'infrastructure ou des problèmes liés à l'infrastructure? Il a certainement parlé de l'équipement d'imagerie diagnostique. À quel niveau se situe votre inquiétude en ce qui concerne la vétusté de l'infrastructure?

Dre Katharine Smart: Les choses qui doivent être remplacées varient à la grandeur du pays et d'une communauté à une autre, c'est certain. Nous le constatons pour les équipements d'imagerie diag-

nostique, les équipements chirurgicaux et, en réalité, les équipements hospitaliers. Je pense que vous constaterez que différentes administrations sont confrontées à différents défis.

Je pense que notre autre grand problème lié à l'infrastructure touche l'infrastructure destinée à la prestation des soins primaires. Dans notre modèle traditionnel de médecine à l'acte, cette infrastructure est fournie et financée en grande partie par les médecins. Cela devient de plus en plus difficile avec l'augmentation des coûts de la main-d'oeuvre et des loyers et beaucoup de médecins ont du mal à ouvrir et à maintenir des cliniques de soins primaires en raison des coûts connexes ainsi que la capacité de doter en personnel ces formes particulières d'infrastructure.

Je pense qu'il y a de nombreux défis dans ce domaine, c'est sans équivoque.

● (1235)

M. Wayne Long: D'accord, je vous remercie de cette réponse.

Monsieur Villeneuve, merci de votre témoignage.

Encore une fois, en reconnaissant le partage des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces, comment pensez-vous que le gouvernement fédéral peut aider les provinces et les territoires en ce qui concerne les pénuries de personnel?

Évidemment, malheureusement, nous ne trouverons pas une seule infirmière, qu'il s'agisse de la fille de la députée Gladu ou de n'importe quelle infirmière à qui je parle, qui ne soit pas gravement surmenée. La crise de la santé mentale dans notre secteur infirmier est très préoccupante.

Monsieur Villeneuve, que pouvons-nous faire en tant que gouvernement fédéral?

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

Une des réalités à travers le pays... Si nous prenons seulement le secteur des soins infirmiers, il y a environ 450 000 infirmiers et infirmières. Nous avons une terrible pénurie de soins infirmiers. Je ne suis jamais sûr que nous ayons une pénurie de personnel infirmier. Dans bien des endroits, la moitié de ces personnes travaillent à temps partiel. Quels genres de mesures pouvez-vous prendre, même si vous prenez une partie de ce personnel et le faites passer à un horaire à temps plein?

De nombreuses personnes diplômées à l'étranger n'entrent pas aussi rapidement dans le système qu'elles le pourraient.

Que faites-vous pour les faire entrer et les retenir?

Les personnes qui sont dans le système nous disent que la raison de leur départ n'est pas l'argent ou les primes de rétention. C'est une question de dotation en personnel. Si le gouvernement fédéral pouvait faire un effort... Nous avons suggéré une enveloppe de 300 millions de dollars à l'appui d'une meilleure dotation en personnel.

Le gouvernement pourrait employer certaines mesures incitatives, comme une remise d'impôt, par exemple. Si j'ai 25 ans et que vous me dites que si je reste cinq ans, vous effacerez ma dette d'études, cela retiendra mon attention, ou si j'ai 65 ans et que vous me dites de rester deux ans de plus et que vous ne tiendrez pas compte des premiers 25 % de mon revenu. Le gouvernement fédéral pourrait actionner des leviers créatifs qui attireraient l'attention des gens.

Le personnel infirmier nous dit, par exemple en fin de carrière, qu'il gagne plutôt bien sa vie. L'ajout de 5 000 \$ n'incite pas quelqu'un qui gagne entre 80 000 et 100 000 \$ à rester dans des conditions de travail épouvantables.

Que faites-vous pour garder autant de personnes que possible dans le système?

Nous pensons que le soutien financier solide du gouvernement fédéral ainsi que l'établissement d'une certaine planification — le gouvernement fédéral est doué en la matière — contribueraient grandement à renforcer les ressources dans le secteur des soins infirmiers.

M. Wayne Long: Merci beaucoup.

[Français]

Le président: Madame Chabot, vous avez la parole.

Mme Louise Chabot: Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins.

J'aimerais parler de la situation que décrivent les représentants de l'Association médicale canadienne et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

On constate l'existence de problèmes de pénurie de main-d'œuvre partout sur le territoire. Ces problèmes sont différents d'une province à l'autre et ils ont des causes différentes, mais il y a un problème global d'épuisement professionnel, ainsi que d'attraction et de rétention du personnel. Comme vous l'avez dit, il ne faut pas employer la même stratégie d'un secteur d'activité à l'autre.

Ma difficulté ne se trouve pas dans ce que vous énoncez, car je crois que vous dressez un portrait général de la situation. Cependant, vous savez très bien que les solutions concrètes appartiennent à chacune des provinces. Je vais donner l'exemple du Québec. Je suis infirmière de profession et j'ai été représentante syndicale pour les infirmières pendant longtemps. Comme dans chaque province, les grands syndicats d'infirmières, la Fédération de médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération de médecins spécialistes du Québec négocient l'organisation des soins et les conditions d'exercice dans les domaines qui les touchent. On ne peut donc pas employer la même approche pour pourvoir les postes vacants à temps complet. Le fédéral ne peut pas employer une approche unilatérale, car ce n'est pas son champ d'expertise, mais bien celui des provinces.

Toutefois, je suis d'accord avec vous pour dire qu'il faut absolument que le fédéral investisse de façon importante dans nos soins publics de santé et nos services sociaux. En vertu de la loi canadienne, on doit offrir des soins publics universels et gratuits et on doit se doter des outils nécessaires pour corriger la situation malheureuse que vous décrivez. Ces investissements ne peuvent pas être assortis de conditions.

Le Québec et les provinces ont des revendications en ce sens. La part du fédéral dans les dépenses de soins de santé des provinces est actuellement de 22 %. Si rien n'est fait, elle sera de 18 % dans cinq ans. Il est impératif de rétablir cet équilibre entre la part du fédéral et celle des provinces dans les dépenses de soins de santé, car on voit que celle du fédéral diminue. Alors que cette part du financement était jadis de 50 %, elle est maintenant de 22 %. De plus, le fédéral ne prend aucun engagement. Actuellement, le fédéral s'engage à donner des sommes ponctuelles pour combler des besoins

précis, mais ce ne sont pas des sommes d'argent récurrentes ou prévisibles.

Êtes-vous d'accord avec moi que la meilleure solution est de financer les soins de santé à hauteur d'au moins 35 %, et ce, sans conditions? Cela permettrait de soutenir les travailleuses et les travailleurs.

• (1240)

[Traduction]

M. Michael Villeneuve: Veuillez m'excuser, monsieur le président, cette question s'adresse-t-elle à moi ou à la Dre Smart?

[Français]

Mme Louise Chabot: Cette question s'adresse à qui veut bien y répondre.

[Traduction]

Le président: C'est vrai, elle ne l'a pas adressée à l'un de vous en particulier.

Monsieur Villeneuve, puis la Dre Smart.

M. Michael Villeneuve: Monsieur le président, oui, je ne ferai qu'un très bref commentaire.

Bien que l'AIC n'ait pas de position officielle sur le partage fédéral-provincial, je pense qu'on peut dire sans risque de se tromper que nous sommes pour un retour à un meilleur équilibre pour les provinces et les territoires, mais je pense que nous dirions aussi que ce retour à un pourcentage plus élevé payé par le fédéral, au sens inconditionnel, pourrait aussi être accompagné, comme cela a été le cas dans le passé dans les accords... Et je sais que les accords FPT en santé glacent le sang de certaines personnes, mais ils ont fonctionné dans certains endroits pour apporter des changements.

Je ne pense donc pas qu'il faille choisir l'un ou l'autre, mais ne pourrions-nous pas avoir plutôt les deux?

Merci, monsieur le président.

Dre Katharine Smart: Je peux aussi faire un commentaire.

Nous sommes certainement favorables et nous reconnaissons qu'il est nécessaire d'augmenter les fonds du Transfert canadien en santé et que la prévisibilité et la stabilité du financement sont importantes. Cependant, nous sommes aussi favorables à l'idée d'un financement ciblé pour les raisons que j'ai citées plus tôt, c'est-à-dire afin d'améliorer la collaboration fédérale-provinciale pour nous permettre d'étendre à d'autres régions du pays les mesures qui fonctionnent ailleurs au pays et pour créer une obligation de rendre des comptes de l'utilisation de ces fonds afin de garantir qu'ils permettent d'obtenir les résultats que les Canadiens souhaitent voir dans le système.

M. James Janeiro: Monsieur le président, si vous le permettez, j'ajouterais que le Centre canadien d'excellence pour les aidants ne s'est pas encore prononcé sur cette question précise, mais je dirai que, comme M. Villeneuve l'a dit à propos du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral qui permet d'acheter des changements dans le système, nous pensons que le problème fondamental en matière de prestation de soins rémunérés est le salaire. Il est difficile de s'attaquer au problème des salaires sans que le gouvernement fédéral impose certaines conditions, certains critères, ou toute autre expression que vous voudrez employer, lors du transfert de ces fonds pour garantir que ce problème précis est réglé, ce qui a des répercussions sur la qualité globale du système.

Je vous remercie.

Le président: Il vous reste 20 secondes, madame Chabot.

[Français]

Mme Louise Chabot: Je pense que la question des salaires relève des provinces, qui ont leurs propres politiques en matière de main-d'œuvre et leurs propres lois et politiques sur le travail. Au Québec, la Loi sur l'équité salariale existe depuis 25 ans. Je ne pense donc pas que ces questions de rémunération relèvent du fédéral.

[Traduction]

Le président: Nous n'avons plus de temps.

Si quelqu'un souhaite répondre à cette question par écrit, vous êtes les bienvenus.

Nous passons maintenant à Mme Zarrillo pour six minutes.

Mme Bonita Zarrillo: Merci, monsieur le président.

Ce fut certainement merveilleux d'entendre les témoins aujourd'hui et au cours des dernières séances. À mon avis, ce qui est clair et c'est l'une des raisons pour lesquelles j'avais hâte de voir cette étude être réalisée, c'est qu'il y a une discrimination systématique et systématique entre les sexes ainsi qu'envers les femmes immigrantes, plus que pour les autres. C'est la source du problème.

Nous avons l'occasion de l'exposer dans notre étude et d'établir des conditions pour les personnes qui travaillent dans l'économie des soins ainsi que de mettre en évidence le fait qu'il s'agit d'une partie de l'économie qui sous-tend toutes les autres parties de l'économie. J'apprécie donc vraiment les commentaires d'aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à la Dre Smart et porte sur les demandes répétées qui ont été adressées au gouvernement fédéral et qu'il n'a pas nécessairement entendues. Avez-vous des idées ou des conversations sur les raisons pour lesquelles votre organisation pourrait avoir l'impression que le gouvernement fédéral n'a pas été à l'écoute?

• (1245)

Dre Katharine Smart: Je pense qu'en ce moment, nous avons l'impression que les gens nous écoutent et entendent nos préoccupations. Nous sommes certainement reconnaissants de l'occasion qui nous est offerte de comparaître devant vous et devant d'autres comités parlementaires, ainsi que dans d'autres contextes.

Je pense que la préoccupation et le défi que vous entendez de la part de chacun d'entre nous consistent à savoir comment passer de l'exposé de ces problèmes aux actes et aux solutions pour les résoudre.

Comme M. Villeneuve l'a dit, je pense que ces questions ne sont pas forcément nouvelles. Nous répétons les mêmes choses depuis longtemps déjà. Les mêmes problèmes reviennent toujours sur la table. En fait, je pense que la pandémie les a exacerbés. Elle a fait en sorte que le Canadien moyen, qui en entend parler tous les jours, y est plus sensible.

Je pense que le défi que nos organisations rencontrent consiste à savoir comment passer de l'écoute de nos préoccupations à la possibilité de communiquer ce que nous constatons et apprenons sur le terrain, [difficultés techniques] pour nous aider à résoudre ces problèmes. Je pense que nous en sommes aujourd'hui à l'étape de devoir vraiment passer à l'action.

Et ce qui nous préoccupe, je crois, c'est que si nous maintenons le statu quo, nous sommes très près de voir des Canadiens ne pas pouvoir accéder du tout à des soins dans différents contextes. Je pense que c'est extrêmement inquiétant pour l'avenir.

Mme Bonita Zarrillo: Merci beaucoup.

Je suis d'accord. Pour en revenir aux actes et aux solutions, ma prochaine question s'adresse à M. Villeneuve et porte sur les études dont il a parlé et qui remontent aux débuts des années 2000.

Monsieur le président, je me demande si ces études pourraient nous être soumises et faire partie de l'information destinée aux analystes.

Toutefois, je voulais demander à M. Villeneuve comment nous pouvons traduire ces études, ces idées et ces données en mesures concrètes. Que faut-il faire?

M. Michael Villeneuve: Je pense que nous sommes en fait à un étrange tournant, monsieur le président, simplement à cause de la COVID-19.

Nous en parlons, comme je l'ai dit, depuis au moins 20 ans. Nous avons prédit une pénurie de 60 000 personnes cette année, et nous y sommes.

La COVID a toutefois accéléré ce qui aurait été une période plus longue de départs à la retraite d'infirmiers et d'infirmières plus âgés. Par exemple, je peux vous dire qu'à l'époque où j'étais gestionnaire des soins aux patients à Sunnybrook, à Toronto, dans les domaines des soins intensifs en neurologie et de la neurochirurgie, etc., on pouvait souvent trouver des moyens de rendre les conditions un peu plus faciles pour le personnel infirmier plus âgé en réduisant ses heures ou en lui confiant des tâches différentes, etc., pour le retenir plus longtemps. Nous avons vécu une compression de cette période et ce personnel dit maintenant qu'il ne va plus le faire.

Je dirais à la députée que j'ai l'impression, pour la première fois depuis longtemps, que les gens nous entendent. Je pense que la crise aux points de prestation des soins... Par exemple, dans un hôpital de la région du 905 de Toronto que je ne mentionnerai pas, l'affectation du personnel pour la semaine suivante était prévue. C'était il y a quelques mois. Je suis entré le lundi matin et 25 % du personnel infirmier était absent — 25 %. Ainsi, lorsque vous courez le risque substantiel de ne pas être en mesure de maintenir les activités d'une organisation, cela retient l'attention des gens.

Je ne donne pas une réponse très positive à la députée, mais j'espère que la nature urgente de la situation nous poussera à prendre des mesures concrètes, car les solutions ne sont pas nouvelles.

Je vous remercie.

Mme Bonita Zarrillo: Je vous remercie de cette réponse. Je conviens avec vous que le caractère critique de la situation nous oblige à réagir. J'espère que nous pourrions faire un peu plus de planification et combler les besoins essentiels...

Je veux revenir à la Dre Smart. J'ai entendu au fil des ans, et je parle d'au moins une dizaine d'années, que ce sont les organisations professionnelles provinciales qui limitent le nombre de médecins et de travailleurs de la santé qui peuvent entrer. Je me demande s'il y a du vrai là-dedans, que les organisations professionnelles de la santé limitent le nombre de places dans les universités pour que les gens obtiennent leurs diplômes et que ces titres de compétences étrangers soient reconnus.

Dre Katharine Smart: Je pense que dans le passé, certaines limites ont été imposées à l'échelle gouvernementale pour restreindre les numéros de facturation des médecins afin d'essayer d'orienter le personnel de la santé dans certains endroits. À ma connaissance, je ne crois pas que nous voyons du tout les associations médicales professionnelles et territoriales limiter le nombre de places de formation, que ce soit à la faculté de médecine ou au troisième cycle.

Nous avons toutefois un manque de coordination entre les résultats que nous essayons d'obtenir en ce qui concerne les médecins en exercice, dans les spécialités de soins primaires ainsi que dans d'autres domaines de spécialisation, et les possibilités de formation postdoctorales. Je le répète, cela renvoie aussi à la question de l'agrément et du permis d'exercer. C'est une autre raison pour laquelle nous estimons que le moment est tout à fait propice à un permis d'exercice pancanadien.

Si vous prenez les diplômés internationaux en médecine et vous examinez leur capacité à obtenir leurs titres de compétence, puis à être intégrés au système canadien, vous constatez que la situation est différente dans chaque province et territoire et que les coûts liés à cette situation sont importants. Il s'agit d'un obstacle évident à notre capacité à mobiliser ces médecins dans notre main-d'oeuvre.

Nous croyons que si nous commençons à parler de choses comme la réduction de ces obstacles réglementaires et à envisager des choses comme un permis national, cela nous permettrait d'éliminer une partie de ce fardeau administratif. Cela donnerait également au gouvernement fédéral la possibilité de financer et d'aider ces médecins pour qu'ils soient agréés, formés et intégrés dans notre système. À mon avis, ce sont là des exemples de solutions pour lesquels le gouvernement fédéral dispose de leviers qu'il peut actionner et qui pourraient donner de bons résultats.

Nous croyons aussi qu'en créant une stratégie pancanadienne des ressources humaines en santé, nous sommes en mesure de nous adresser à la faculté de médecine et au cycle postdoctoral et de nous assurer que ces éléments s'harmonisent pour produire les résultats en fait de nombres et de catégories de médecins dont le système a besoin.

• (1250)

Le président: Merci, docteur Smart et madame Zarrillo.

Nous donnons maintenant la parole à M. Liepert pour cinq minutes.

M. Ron Liepert (Calgary Signal Hill, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de leur présence.

Docteur Smart, j'ai apprécié tous vos commentaires tout au long de la pandémie. Comme beaucoup d'autres Canadiens, j'étais assis dans mon salon à regarder beaucoup trop la télévision, mais vos commentaires étaient bien exprimés pendant la pandémie.

Je veux faire d'abord mes commentaires, puis en venir à poser mes questions. Je vais probablement demander aux trois témoins de s'exprimer à la fin.

Pour situer le contexte, j'ai eu le privilège d'être ministre de la Santé en Alberta de 2008 à 2009. L'une de mes premières observations a été que les soins de santé comportaient plusieurs problèmes structurels. Nous consacrons déjà 50 % de notre budget provincial aux soins de santé et ce qui s'est produit depuis, comme vous l'avez décrit aujourd'hui, docteur Smart, s'apparente au maintien en vie

sous respirateur artificiel et à une crise. L'une des premières mesures que j'ai prises en tant que ministre de la Santé a été de congédier 12 conseils de la santé régionaux et trois autres conseils, puis de créer l'Alberta Health Services Board qui gère aujourd'hui avec beaucoup de succès l'ensemble du système de santé en Alberta.

Trop longtemps à mon avis, les politiciens se sont contentés de faire l'autruche et de dire qu'ils ne pouvaient pas envisager de modifier la façon dont les soins de santé sont assurés dans ce pays. Que faisons-nous en tant que politiciens? Eh bien, nous menons une autre étude, comme celle que nous menons aujourd'hui.

Je peux à peu près vous dire ce qui va ressortir de cette étude, avec tout le respect que je dois à tous les témoins qui ont comparu devant nous. Je sais que M. Long n'aime pas qu'on dise qu'il fait partie d'une « coalition », je parlerai donc du « mariage NPD-Libéral » qui a été célébré la semaine dernière. Je peux prédire à quoi ressemblera ce rapport lorsque nous le déposerons, il y aura un autre rapport...

Mme Bonita Zarrillo: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Le président: Sur un rappel au Règlement, Mme Zarrillo a la parole.

M. Ron Liepert: J'espère que cela ne va pas empiéter sur mon temps de parole.

Mme Bonita Zarrillo: Monsieur le président, c'est une question de langage parlementaire. Nous parlons d'une réalité très genrée et discriminatoire pour de nombreuses femmes au fil des ans et le député va utiliser un mot comme « mariage ».

Il n'est pas vraiment parlementaire d'essayer de déprécier les femmes et l'importance du travail qu'elles font en utilisant un terme ridicule comme « mariage » à propos du gouvernement.

Il s'agit d'une étude importante. Elle est importante pour les femmes et les personnes qui ont besoin de soins dans ce pays. C'est antiparlementaire.

Le président: Merci, madame Zarrillo.

Nous entrons maintenant dans un débat.

Monsieur Liepert, vous avez la parole.

M. Ron Liepert: Eh bien, pourquoi ne pas appeler cela une « coalition », ce qu'elle est en réalité de toute façon, si cela peut rendre notre députée néo-démocrate un peu plus heureuse?

À mon avis, nous avons un problème structurel dans le réseau de la santé. Tant que nous ne l'avons pas réglé, nous pourrions engager le double de l'argent que nous engageons aujourd'hui que cela ne changerait rien. Nous ne nous débarrasserons pas du respirateur artificiel et nous ne sortirons pas de la crise.

Voici quelques-uns des problèmes structurels. Docteur Smart, je vous serais reconnaissant de nous dire ce que vous en pensez.

Nous avons un modèle obsolète de rémunération des médecins. Nous avons des médecins qui font un travail que d'autres professionnels pourraient clairement faire, mais c'est ainsi qu'ils sont payés. Ce n'est pas la faute des médecins. Encore une fois, c'est la faute des élus.

Deuxièmement, nous avons des professions dans le réseau de la santé qui ne sont pas prêtes à modifier leur champ d'exercice. Beaucoup de soins de santé pourraient être prodigués à différents niveaux, mais les professions sont assez intraitables dans ce qu'elles défendent.

Enfin, nous avons des syndicats du secteur public qui exercent beaucoup trop de pouvoir dans le réseau des soins de santé publics.

J'aimerais entendre les commentaires de nos trois invités sur la question de savoir si l'argent est la solution ou si nous avons un problème structurel dans le réseau de la santé qui, si nous ne le réglons pas à l'échelle fédérale... Il ne s'agit pas de ne pas être capable de nous passer du respirateur artificiel; le réseau va s'effondrer soudainement.

• (1255)

Le président: D'accord, il l'a adressée aux trois.

Il vous reste une minute et 20 secondes pour répondre.

Dre Katharine Smart: Je peux commencer.

Merci, monsieur le président, pour cette question.

Je suis certainement d'accord, et l'Association médicale canadienne est d'accord, que nous avons ces deux problèmes à résoudre. Il ne fait aucun doute que de nombreux problèmes structurels se posent au sein du réseau de la santé, y compris des modèles de paiement désuets, des modèles structurels désuets et des façons désuètes d'essayer de fournir des soins primaires dans un modèle traditionnel, cloisonné, de rémunération à l'acte. Ces méthodes ne servent en aucun cas les Canadiens et n'attirent certainement pas les nouveaux médecins vers ce style de pratique.

Voilà pourquoi vous nous avez entendu plaider pour des soins intégrés, fondés sur le travail d'équipe et la création de groupes médicaux pour les patients où ils peuvent avoir accès à différents professionnels de la santé pour combler leurs besoins. Il est absolument vrai que nos systèmes actuels ne permettent pas forcément ce type de soins ou ne les favorisent pas. Cela conduit souvent à des consultations inutiles et à des éléments inutiles dans le système qui n'avantagent pas les patients.

Voilà aussi pourquoi vous nous avez entendus évoquer l'idée d'étendre les soins virtuels, car c'est un autre outil qui permettrait d'offrir un meilleur accès pour les patients. Cela faciliterait également une plus grande collaboration entre les professionnels de la santé afin que les patients voient la bonne personne au bon moment.

Nous convenons également que le simple fait de... en injectant plus d'argent dans le système qui fonctionne mal, nous n'obtiendrons pas le niveau de responsabilisation et les résultats que les Canadiens méritent. Cependant, il est aussi évident que les sommes consacrées aux soins de santé sont en baisse. Cela s'explique par le vieillissement de la population qui a des besoins plus complexes en matière de soins de santé.

Nous sommes certainement d'accord pour dire que nous devons repenser le système. Nous devons examiner en profondeur ces obstacles structurels, comprendre comment nous pouvons travailler dans un environnement plus intégré et fondé sur le travail d'équipe et comment nous pouvons faire en sorte que les gens travaillent dans leur champ d'exercice complet pour le bien des Canadiens. En même temps, nous devons augmenter ces investissements pour que le réseau de la santé soit durable.

Le président: Merci, docteur Smart, vous terminez juste à temps.

Monsieur Liepert, merci de votre question.

Nous passons maintenant à Mme Ferrada pour cinq minutes.

[Français]

Mme Soraya Martinez Ferrada (Hochelaga, Lib.): Merci, monsieur le président.

J'aimerais vous aviser que je vais partager mon temps de parole avec mon collègue M. Coteau.

Je vais poser deux questions rapides. Ma première question s'adresse à M. Villeneuve.

Monsieur Villeneuve, il n'y a pas si longtemps, c'est-à-dire en janvier dernier, dans un communiqué de presse, votre association faisait la déclaration suivante: « Les gouvernements doivent collaborer comme une fédération en crise afin de négocier immédiatement des stratégies innovantes [...] ». Il s'agissait notamment des défis qu'apporte le manque de main-d'œuvre dans l'économie des soins. Ce communiqué était signé par deux associations dans le domaine des soins infirmiers.

Madame Smart, vous parliez tantôt d'une stratégie nationale pour intégration de la formation. Je veux vous entendre sur cette idée, à savoir comment nous pouvons aborder cela à l'échelle nationale.

Quelles seraient, selon vous, ces stratégies innovantes?

Vous en avez évoqué quelques-unes tout à l'heure.

J'aimerais vous entendre rapidement, monsieur Villeneuve et madame Smart, au sujet de ces stratégies innovantes.

[Traduction]

M. Michael Villeneuve: Ma communication a coupé brièvement, mais je pense avoir saisi l'essentiel de la question.

Nous avons présenté plusieurs suggestions dans notre mémoire prébudgétaire que je serai heureux de vous fournir. Les mesures qui ont tendance à fonctionner pour le personnel infirmier sont l'augmentation de la dotation en personnel, les encouragements fiscaux et la remise de prêts.

La nécessité de faire une certaine planification est la mesure qui s'applique un peu plus à long terme, mais que nous jugeons vraiment cruciale et qui rejoint un peu les autres questions posées. Sans vouloir manquer de respect à mon éminente collègue, Katharine Smart, une pédiatre réputée, vous pourriez trébucher sur des pédiatres dans ce pays en essayant de trouver quelqu'un pour s'occuper de vos parents âgés. C'est la même chose pour le personnel infirmier.

Nous ne fonctionnons pas en 13 compartiments. Nous sommes un pays fluide. Les gens sont formés à un endroit et exercent dans un autre. Nous pensons qu'un examen vraiment approfondi dans la planification ciblée changerait vraiment les choses.

Je ne veux pas prendre plus de votre temps.

Je vous remercie.

Dre Katharine Smart: Je vais également faire un commentaire.

De notre point de vue, en ce qui concerne les idées novatrices, nous en avons mentionné quelques-unes aujourd'hui, comme le permis d'exercer national et les possibilités de créer plus de mobilité au sein du personnel de la santé. Ces idées créent également beaucoup plus d'occasions d'étendre et d'envisager les soins virtuels et la façon dont ils peuvent servir à résoudre les problèmes d'accès, notamment en ce qui concerne l'accès des patients des régions rurales et éloignées à des soins spécialisés.

L'autre élément est l'élargissement des modèles intégrés, basés sur des équipes, au sein du système de soins primaires. Nos collègues de la médecine familiale ne cessent de nous répéter que l'ancien modèle cloisonné de rémunération à l'acte n'attire pas les nouveaux médecins. Ils veulent travailler en équipe. Ils veulent fournir des soins en collaboration à leurs patients.

Ces deux idées, si elles étaient mises en oeuvre, auraient des répercussions assez profondes sur l'accès et la durabilité.

Je vous remercie.

• (1300)

Le président: Il vous reste deux minutes.

M. Michael Coteau (Don Valley-Est, Lib.): Puis-je intervenir maintenant?

Le président: Allez-y, monsieur Coteau, vous disposez de deux minutes.

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

J'ai une question pour M. James Janeiro, mais je veux d'abord vous remercier, monsieur Villeneuve, de servir la communauté de Don Valley-Est. Vous avez évoqué Sunnybrook. Je tiens à vous remercier pour tout le travail que vous avez accompli. La retraite, ça n'existe pas, alors je suis sûr que nous nous reverrons dans un proche avenir.

Monsieur Janeiro, j'ai une brève question pour vous.

Nous voyons toujours des offres d'emploi dans le secteur du développement, et elles restent longtemps affichées. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les raisons pour lesquelles il est si difficile de trouver du personnel, en particulier dans ce domaine?

M. James Janeiro: De nombreux facteurs entrent en ligne de compte, mais le plus simple, dans sa plus simple expression, est malheureusement lié aux salaires. Les salaires dans ce domaine sont tout simplement trop bas, surtout pour le travail qu'il comporte. Comme vous pouvez l'imaginer, il s'agit d'aider des enfants et des adultes qui présentent des déficiences intellectuelles, souvent dans un environnement de soins collectifs comme un foyer de groupe, ce qui signifie qu'il faut s'occuper des besoins quotidiens. Il faut nourrir les clients, voir à leur toilette, les soulever et ce genre de choses. C'est un travail exigeant, difficile et les salaires, malheureusement, ne correspondent pas actuellement à la difficulté et à la nature du travail.

Cependant, je dirais aussi qu'une autre partie du problème tient à la structure du travail. J'ai fait allusion dans mes commentaires au rapport entre le travail à temps partiel et à temps plein, bien qu'avec le temps — c'est une leçon tirée de la pandémie — on se dirige vers le travail à temps plein, plutôt que vers des possibilités de travail à temps partiel. Par exemple, nous avons constaté que les emplois à temps plein ont tendance à partir beaucoup plus rapidement que les emplois à temps partiel, ce qui me semble être une attente raisonnable.

Le dernier point que j'aimerais souligner, c'est que le domaine des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, comme le domaine des préposés aux services de soutien à la personne et d'autres secteurs de prestation de soins, est souvent le premier emploi de nouveaux arrivants au Canada. L'une des réalités de la pandémie au cours des deux dernières années est que moins de nouveaux arrivants viennent au Canada et ont besoin de ce premier emploi. Nous avons ressenti ce resserrement à travers le réseau de soins, l'économie des soins, qui fait que nous voyons de moins en moins de nouveaux arrivants. Nous observons des retours, lorsqu'une personne travaillait dans le secteur, l'a quitté, puis revient maintenant pour une quelconque raison, mais nous voyons moins de nouveaux arrivants dans le secteur. Nous pensons que c'est dû en partie au fait que la filière des personnes venant de l'étranger intéressées par ces emplois a été réduite par la pandémie.

Il est à espérer que lorsque nous passerons à un stade postpandémique de la COVID, les nouveaux arrivants reviendront au Canada en grand nombre et que nous les accueillerons dans notre secteur dans un excellent premier emploi, et peut-être un deuxième et un troisième à mesure qu'ils s'acclimateront à la vie au Canada.

Le président: Merci, monsieur Janeiro.

Monsieur Coteau, votre temps est écoulé.

Nous avons commencé un peu en retard, alors pour être juste, je vais donner la parole à Mme Chabot, puis à Mme Zarrillo pour une brève question afin de terminer ce tour. Je ne vois aucune objection.

Madame Chabot, vous avez le temps de poser une brève question.

[Français]

Mme Louise Chabot: On sait que, dans le cadre de la pénurie de main-d'œuvre, on est porté à rappeler les personnes qui ont pris leur retraite, que ce soit les médecins ou les infirmières. C'est du moins le cas au Québec, où on a créé les conditions fiscales nécessaires pour que cela ne les pénalise pas.

Est-ce que le gouvernement fédéral pourrait trouver des solutions sur le plan fiscal afin d'encourager les travailleuses et les travailleurs à la retraite à retourner au travail?

[Traduction]

M. Michael Villeneuve: Monsieur le président, je me ferais un plaisir de répondre brièvement à cette question.

Je pense que c'est une solution raisonnable. Nous devons toutefois faire attention aux domaines dans lesquels nous avons des pénuries vraiment importantes. Par exemple, nous sommes très coincés dans le domaine des soins intensifs. Les personnes qui sortent de la retraite pourraient vouloir revenir et faire... Par exemple, nous en avons vu beaucoup travailler à des cliniques de vaccination et ainsi de suite, mais il n'est peut-être pas aussi facile pour elles de passer directement aux soins intensifs, aux soins aigus, aux salles d'opération et ainsi de suite, à moins qu'elles ne soient très, très à jour. Oui, la mesure attirera certaines personnes, mais je ne suis pas sûr que cela attire le calibre — je le dis dans le sens de la sécurité — du genre de personnes que nous voulons.

Nous devrions examiner cette possibilité.

• (1305)

Le président: Merci, madame Chabot.

Madame Zarrillo, une dernière question.

Mme Bonita Zarrillo: Merci.

Je vais adresser cette question à la Dre Smart.

Elle concerne les aspects de l'économie des soins liés à l'économie des secteurs auxiliaires. Nous avons beaucoup parlé de la prestation de soins comme telle. Je me demande simplement si la Dre Smart a des commentaires à faire sur les entreprises de services auxiliaires qui vont aussi se développer et dans lesquelles nous devons investir au Canada. Je pense aux EPI. Je pense à tout le reste, comme l'infrastructure, les lève-personnes et des choses comme ça.

J'aimerais entendre vos réflexions sur la façon dont tout cela va se répercuter sur d'autres secteurs de l'économie.

Dre Katharine Smart: Il y a sans aucun doute des possibilités pour le Canada de faire croître son économie en ce qui concerne des fournitures d'EPI, par exemple. De plus, je pense que la production de vaccins sera essentielle. Si nous tirons une leçon de la COVID, c'est que les règles du jeu ne cessent de changer. Il y a encore

beaucoup d'innovation dans le domaine des vaccins. Je pense que notre capacité à les produire et à les mettre à l'échelle dans le pays serait très importante.

L'autre domaine est la production pharmaceutique. Les pénuries de médicaments augmentent dans le monde entier. La capacité de produire et de fournir des produits pharmaceutiques au Canada serait aussi un avantage. Je pense qu'il y a de nombreux aspects potentiels de notre économie liés à la santé où nous pourrions produire des choses dont nous aurions besoin dans le secteur des soins de santé et qui représenteraient aussi un avantage économique pour les Canadiens.

Je vous remercie.

Le président: Je remercie les témoins de leur apport très précieux à cette étude et du témoignage qu'ils nous ont offert.

Sur ce, je lève la séance pour aujourd'hui.

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>