



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

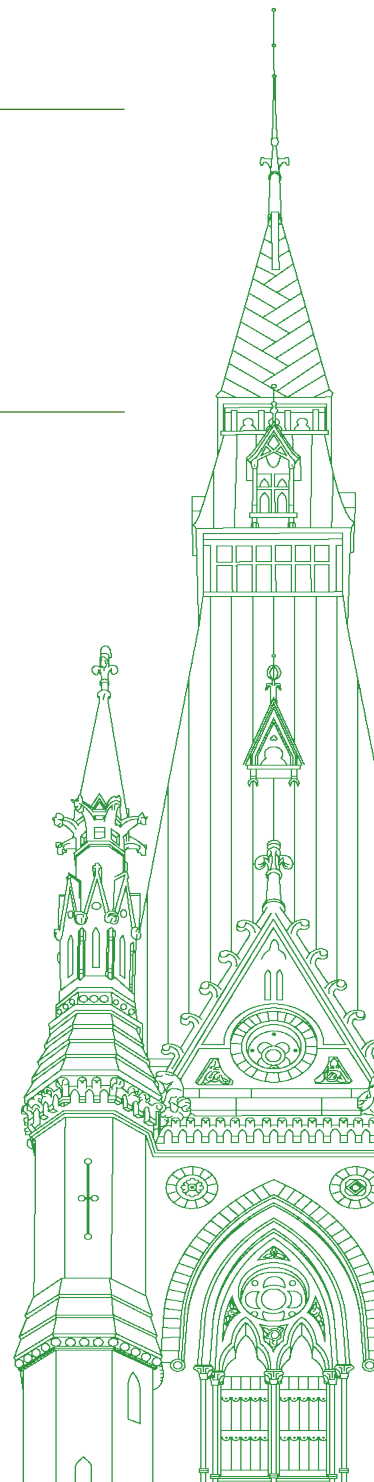
Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 010

Le mardi 4 novembre 2025

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le mardi 4 novembre 2025

● (1100)

[Traduction]

La présidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)):
La séance est ouverte.

[Français]

Bienvenue à la 10^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Nous reconnaissons que nous nous réunissons sur le territoire traditionnel non cédé de la nation anishinabe algonquaine.

[Traduction]

La réunion d'aujourd'hui se déroulera sous forme hybride, conformément au Règlement.

Je tiens à rappeler aux participants les consignes habituelles. Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Je prie les personnes qui participent par vidéoconférence de mettre leur micro en sourdine lorsqu'elles ne parlent pas. Si vous cliquez sur l'icône du microphone, vous pouvez activer l'interprétation et choisir le son du parquet ou l'interprétation en français ou en anglais. Vous verrez cette icône sur votre écran.

Toutes les observations doivent être adressées à la présidence. Je prie les députés présents dans la salle de lever la main lorsqu'ils souhaitent prendre la parole. La greffière et moi-même ferons de notre mieux pour vous voir rapidement et vous donner la parole dans l'ordre. Je vais gérer l'ordre des interventions.

Je vous informe également que je vous donnerai un premier avertissement une minute avant la fin de votre intervention, puis un deuxième avertissement 30 secondes avant la fin de votre intervention pour vous inviter à conclure vos propos.

Conformément à la motion adoptée le mardi 23 septembre 2025, le Comité reprend son étude sur les effets de la politique d'immigration sur les soins de santé et les défis d'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger.

Dan Mazier (Mont-Riding, PCC): Madame la présidente?

La présidente: Oui, allez-y, monsieur Mazier.

Dan Mazier: J'ai une question. En fait, il s'agit d'une précision.

Je voudrais présenter la motion suivante à la demande de la greffière...

La présidente: Puis-je terminer le début de la séance?

Dan Mazier: Non, j'ai la parole. C'est une brève motion.

Je propose:

Que, au plus tard le 31 octobre 2025, la greffière distribue aux membres les listes de témoins soumises par chaque parti après en avoir supprimé les informa-

tions personnelles, ainsi que le plan de travail correspondant pour l'étude sur la santé des femmes menée par le comité au cours de la 44^e législature.

Il s'agit d'une motion qui a été demandée par la greffière à titre de précision. Nous avons déjà adopté cette motion à l'unanimité au Comité, mais cela n'avait pas été consigné par écrit. Il s'agit simplement d'une clarification pour la greffière.

Je demande le consentement unanime, si possible.

La présidente: Est-ce que tout le monde est d'accord?

(La motion est adoptée.)

La présidente: Il y a consentement unanime. Nous pouvons donc poursuivre.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons M. Martin Johansen, maire de la Ville d'Oliver; et Mme Jodi Hall, première directrice générale de l'Association canadienne des soins de longue durée, qui se joint à nous virtuellement.

Vous disposez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire.

Nous entendrons d'abord le maire Johansen.

Monsieur le maire, je vous avertirai une première fois une minute avant la fin de la période de cinq minutes, puis une deuxième fois 30 secondes avant la fin de cette période pour que vous puissiez conclure. Si vous ne parvenez pas à dire tout ce que vous voulez dire pendant votre déclaration préliminaire, je suis certaine que vous pourrez le faire en répondant aux questions des membres du Comité.

Veuillez commencer, monsieur Johansen. Vous disposez de cinq minutes.

Martin Johansen (maire, Ville de Oliver): Bonjour, madame la présidente. Bonjour aux membres du Comité. Je suis ravi d'être ici aujourd'hui.

Je m'appelle Martin Johansen. Je suis maire de la Ville de Oliver. Je suis également président du district hospitalier régional d'Okanagan-Similkameen, ainsi que vice-président de la SOS Health Care Society — « SOS » signifie South Okanagan Similkameen, ou Okanagan-Sud-Similkameen. Je suis membre du conseil d'administration du comité de direction du SOS PCN, le réseau de santé primaire de SOS.

Mon travail dans le secteur de la santé a commencé lorsque j'ai été élu maire en 2018 et il a évolué au fil du temps. En effet, mon rôle s'est accru en raison des fermetures fréquentes de l'hôpital général d'Okanagan-Sud — 30 fermetures jusqu'à maintenant cette année. Compte tenu du nombre de patients qui n'ont pas de médecin, que l'on estime à 4 500 dans l'Okanagan-Sud — c'est-à-dire la région d'Oliver et d'Osoyoos —, notre population a toujours de la difficulté à consulter un médecin en temps opportun et à accéder aux services de santé essentiels.

Les collectivités rurales de l'Okanagan-Sud, notamment celles de Princeton, d'Osoyoos, de Keremeos et d'Oliver, ont de plus en plus de difficulté à recruter des médecins de famille et à les inciter à rester. Malgré une forte collaboration à l'échelle locale, la prestation de soins primaires à long terme est limitée par des lacunes au chapitre de la formation, des suppléants et des infrastructures communautaires, comme le logement et les services de garde d'enfants, qui sont nécessaires pour attirer des prestataires de soins et les inciter à rester.

La charge de travail associée à la pratique en milieu rural complique encore davantage le maintien en poste et le recrutement de prestataires de soins de santé. Dans les petites villes, un seul médecin peut être amené à s'occuper des urgences, des soins maternels, des soins de longue durée et des patients des cliniques, en ne bénéficiant que d'un soutien limité. Pour gérer la charge de travail excessive, le manque d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et les problèmes de santé mentale liés à l'épuisement professionnel, les prestataires réduisent leur niveau de service, par exemple en renonçant à leurs droits hospitaliers ou en partant vers des collectivités urbaines.

Malheureusement, la fermeture de services d'urgence devient la norme dans les collectivités rurales. Plus tôt cette année, la fermeture d'un service des urgences à Delta a suscité un tollé. Une intervention immédiate du gouvernement provincial a été réclamée. Cependant, les quelques centaines de fermetures de services d'urgence qui surviennent dans les collectivités rurales au cours de l'année ne font même plus les manchettes.

Existe-t-il une solution? Il n'y a certes pas de solution miracle qui permettra de résoudre les problèmes de recrutement et de maintien en poste de prestataires du jour au lendemain. Cependant, il devient de plus en plus évident que l'on peut pallier le manque de ressources en soins de santé en faisant appel à des résidents, à des médecins diplômés à l'étranger, à des Canadiens qui étudient à l'étranger et à des professionnels de la santé formés à l'étranger qui vivent au Canada, mais qui n'exercent pas leur profession. Ces professionnels souhaitent exercer leur profession au Canada et sont prêts et disposés à s'installer dans des collectivités rurales, où l'on a désespérément besoin d'eux.

Voici des priorités à examiner: accroître les ressources pour évaluer les candidats en temps utile, enrichir les programmes de formation et simplifier le processus de reconnaissance des titres de compétence. En outre, je pense que la solution doit consister en partie à faire en sorte que les professionnels en question s'installent dans les collectivités où les besoins sont les plus importants.

Le système de santé est soumis à de fortes pressions et je pense que les collectivités rurales sont confrontées à certaines des plus grandes difficultés que connaît le pays. Le vieillissement de la population et la complexité croissante des problèmes médicaux, la charge administrative qui pèse sur les médecins et la difficulté d'obtenir des soins en temps opportun font que l'état de santé de certains

habitants s'aggrave et que leurs maladies évoluent à un stade avancé.

Je vous remercie de m'avoir invité à témoigner aujourd'hui. Je répondrai volontiers aux questions des membres du Comité.

• (1105)

La présidente: Merci.

Ma foi, il vous reste encore une minute et 44 secondes. C'était du travail efficace. Merci, monsieur Johansen.

C'est maintenant au tour de Mme Jodi Hall.

Madame Hall, je vous souhaite la bienvenue. Vous disposez de cinq minutes.

Jodi Hall (première directrice générale, Association canadienne des soins de longue durée): Merci, madame la présidente. Merci aux membres du Comité.

Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui pour discuter du secteur des soins de longue durée au Canada et, plus particulièrement, des difficultés auxquelles il est confronté en raison de la pénurie de main-d'œuvre et des possibilités que nous voyons dans le cadre de la politique d'immigration.

L'Association canadienne des soins de longue durée agit en tant que porte-parole du secteur des soins de longue durée au Canada. Elle a pour vision un système durable qui offre des soins de longue durée de qualité à tous et qui permet aux résidents de vivre et de vieillir dans la dignité.

Je voudrais prendre un moment pour remercier sincèrement le personnel de première ligne et les responsables des soins de longue durée qui continuent d'offrir chaque jour des soins et un soutien attentionnés aux résidents et à leurs familles, malgré les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Aujourd'hui, j'aimerais vous parler de la situation actuelle des soins de longue durée et souligner les possibilités d'amélioration particulières qu'offre l'immigration.

À l'heure actuelle, on estime que le nombre de places en établissement de soins de longue durée devra presque doubler d'ici 2035 et que la population canadienne âgée de 85 ans et plus devrait doubler d'ici 2040. Les listes d'attente pour obtenir une place dans un établissement de soins de longue durée atteignent des niveaux records et de nombreuses personnes attendent dans des lits d'hôpital. Cette situation a des conséquences directes sur l'ensemble du système de santé, car la capacité des hôpitaux est limitée, ce qui entraîne souvent l'annulation d'opérations chirurgicales et des retards dans les soins en raison du manque de lits disponibles.

Selon Statistique Canada, près de 25 000 postes étaient vacants dans le secteur des soins de longue durée au troisième trimestre de l'année dernière. Des efforts sont actuellement déployés à l'échelle nationale pour améliorer la collecte de données sur les effectifs dans le secteur des soins de longue durée, ce qui facilitera la planification à long terme et la mise en place de solutions nationales. Cependant, nous avons besoin de main-d'œuvre dès maintenant.

Actuellement, de nombreux fournisseurs de soins de santé formés à l'étranger commencent leur carrière au Canada en tant que préposés aux bénéficiaires dans des établissements de soins de longue durée, tout en suivant les processus de reconnaissance des titres de compétences étrangers. Souvent, des fournisseurs de soins de longue durée offrent un soutien important à ces personnes qui s'installent au Canada, notamment en les aidant à trouver un logement, un moyen de transport et des services de garde d'enfants et en les accompagnant dans le processus de reconnaissance des titres de compétences, en grande partie avec leurs propres ressources.

Le programme du Projet pilote sur la voie d'accès à la mobilité économique suscite un grand intérêt. Il permet d'accueillir au Canada des réfugiés qualifiés pour travailler dans des établissements de soins de longue durée. Toutefois, les délais de traitement sont importants et les coûts rendent la tâche difficile pour de nombreux employeurs du secteur.

Des programmes comme celui des travailleurs étrangers temporaires jouent un rôle déterminant pour résoudre une grande partie des pénuries de main-d'œuvre. Cependant, de récentes modifications qui ont été apportées au Programme des travailleurs étrangers temporaires, notamment les nouvelles exigences en matière d'étude d'impact sur le marché du travail, ont créé des fardeaux administratif et financier importants pour les employeurs, qui doivent suivre le même processus pour chaque travailleur étranger temporaire tous les 12 mois. Pourtant, l'étude d'impact sur le marché du travail vise à évaluer l'impact sur le marché du travail et la pénurie dans le secteur des soins de longue durée est déjà évidente et bien connue à l'échelle nationale.

Cela dit, il existe des possibilités de renforcer la main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée grâce à des politiques d'immigration ciblées. Nous demandons que les voies d'accès à l'immigration soient élargies et simplifiées, par exemple par la création d'un projet pilote axé sur les soins de santé pour les soins de longue durée. Le projet pourrait s'appuyer sur les points forts du Programme pilote d'immigration des aides de soins à domicile et du Programme d'immigration au Canada atlantique et sur les enseignants qui en ont été tirés.

Par ailleurs, nous demandons la création d'un permis de travail propre au secteur des soins de santé pour lequel une étude d'impact sur le marché du travail ne serait pas nécessaire. À titre d'exemple, le permis de travail pour le programme Mobilité francophone est un modèle qui a fait ses preuves et qui répond au grand intérêt du Canada pour le soutien aux communautés de langue officielle en situation minoritaire. Le même cadre réglementaire pourrait s'appliquer aux soins de santé, un autre secteur d'intérêt national.

Il faut prioriser le traitement des dossiers d'immigration dans tous les programmes pour les personnes qui travaillent déjà dans le secteur des soins de longue durée, ou qui s'engagent à y travailler, tout en réduisant le fardeau administratif pour les employeurs du secteur.

En conclusion, nous comprenons que l'on doit trouver un équilibre entre de nombreuses priorités dans le système d'immigration canadien. Cependant, il est essentiel que nous préservions et renforçons ce qui fonctionne, en particulier dans les programmes qui permettent aux établissements de soins de longue durée de recruter des travailleurs essentiels et de les maintenir en poste.

Pour illustrer mon propos, je vais vous donner un exemple de ce qui se passe actuellement sur le terrain. Une fournisseuse de soins

de longue durée formée à l'étranger qui a acquis six années d'expérience aux Philippines a commencé à travailler dans un établissement de soins de longue durée à l'Île-du-Prince-Édouard en novembre 2024 grâce à un permis de travail ouvert. Son permis a expiré en juillet 2025, tandis que sa demande dans le cadre du Programme d'immigration au Canada atlantique était toujours en cours de traitement. Malheureusement, son permis de travail ouvert n'a pas été renouvelé et elle se prépare maintenant à retourner aux Philippines, bien qu'un poste à temps plein soit offert.

C'est précisément le genre de situation que nous devons éviter. Si nous voulons un système de soins de longue durée qui soit viable, nous devons veiller à ce que la politique d'immigration aide les établissements de soins de longue durée à combler leurs besoins de main-d'œuvre — plutôt que de les en empêcher.

Je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

• (1110)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant aux questions. Les interventions de la première série de questions sont de six minutes. Comme elles comprennent à la fois les questions et les réponses, je vous demande à tous d'être aussi concis que possible afin que nous puissions poser le plus grand nombre de questions que nous le pouvons. Merci.

Je donne d'abord la parole à Mme Konanz, du Parti conservateur.

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

Monsieur le maire, je tiens à vous remercier d'être présent aujourd'hui en votre qualité de président du district hospitalier régional d'Okanagan-Similkameen. Je pense qu'il est important que les études parlementaires comme celle que nous menons présentement incluent les points de vue des différentes régions du pays et des régions rurales.

En ce qui concerne le cas particulier de l'hôpital général d'Okanagan-Sud, nous savons tous les deux que les résidents et les médias ont signalé à maintes reprises la fermeture soudaine des services de la salle d'urgence. Combien de fermetures y a-t-il eu au cours de la dernière année, approximativement?

Martin Johansen: Il y a eu exactement 30 fermetures au cours de la dernière année, entre le 30 septembre et le 1^{er} octobre.

Helena Konanz: Oui, en comptant depuis septembre dernier, j'en ai dénombré 37, mais il y en a beaucoup.

C'est plutôt grave, la fermeture d'une urgence. Combien de temps à l'avance vous prévient-on, vous ou les habitants d'Okanagan-Sud, de ces fermetures qui surviennent très régulièrement?

Martin Johansen: Nous avons au maximum une à deux heures lorsque nous apprenons que l'hôpital va fermer.

Helena Konanz: Une à deux heures avant la fermeture, la municipalité l'apprend, puis les médias sont mis au courant.

• (1115)

Martin Johansen: Je dois préciser qu'il ne s'agit pas d'une à deux heures avant la fermeture. Nous sommes informés une à deux heures d'avance et généralement, la fermeture survient... Selon la journée, il peut arriver que nous soyons avisés en fin d'après-midi que l'hôpital fermera ses portes le lendemain matin. C'est ce genre de choses. Toutefois, cela ne nous donne pas beaucoup de temps. Le délai est trop court pour nous assurer que les gens sont au courant, qu'ils savent que s'ils ne peuvent plus aller à l'hôpital général d'Okanagan-Sud, ils peuvent se rendre à Penticton.

Helena Konanz: Comment informez-vous les habitants de la région que les portes sont fermées et verrouillées et que si leur enfant tombe et se casse le bras ou se cogne la tête, ils ne peuvent pas se rendre à l'hôpital local à ce moment-là?

Martin Johansen: Le seul avis se fait par l'intermédiaire des médias, de Castanet News, avec un message d'intérêt public de la part d'Interior Health.

Helena Konanz: Il me semble que de telles fermetures de dernière minute sont très dangereuses.

Avez-vous été témoin de situations graves où des personnes se sont présentées et avaient besoin d'aide immédiatement, mais que personne ne pouvait les aider à l'hôpital?

Martin Johansen: Bien sûr, j'ai reçu des appels de résidents qui m'ont raconté des tragédies qui ont failli se produire lorsqu'ils se sont rendus à l'hôpital, qui était fermé, et qu'ils ont dû se rendre à Penticton.

Bien entendu, les ambulanciers sont au courant de la situation et assurent également le transport, mais il faut compter au moins une demi-heure pour ce trajet.

C'est à peu près tout ce que je peux dire à ce sujet.

Helena Konanz: Combien de temps faudrait-il à une ambulance, si elle était appelée soudainement, pour se rendre à l'hôpital si quelqu'un se présentait? Penticton est, selon la circulation, à 45 minutes ou une heure de route.

Martin Johansen: Penticton se trouve à 35 à 45 minutes de route et, bien sûr, les ambulances sont disponibles dès qu'elles sont disponibles. Si elles répondent à des appels dans la région, elles peuvent également être retardées.

J'espère que toute personne atteinte d'une maladie grave appellera une ambulance à son domicile, plutôt que de se présenter à l'hôpital et d'appeler ensuite une ambulance.

Helena Konanz: Pourquoi ces fermetures surviennent-elles? En tant que président du district hospitalier régional et maire de la collectivité locale, pouvez-vous expliquer pourquoi ces fermetures ont lieu.

Martin Johansen: C'est essentiellement parce que l'on manque de médecins. Il y a suffisamment d'infirmières pour l'hôpital avec le programme d'infirmières volantes, mais on manque de médecins.

Environ 40 % des ressources nécessaires pour garder notre hôpital ouvert viennent de l'extérieur de la ville d'Oliver. La véritable cause du problème, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de médecins dans notre collectivité qui peuvent travailler à l'hôpital dans le cadre de leur pratique dans la région, de sorte que les médecins doivent venir de l'extérieur.

Helena Konanz: L'Interior Health de la Colombie-Britannique a récemment signalé la perte de sept obstétriciens et gynécologues et

de quatre psychiatres. Nous savons que Kelowna, qui se trouve à plus d'une heure de route, a fermé temporairement son service de pédiatrie, le service de pédiatrie de la région.

Pensez-vous que notre région perd des médecins à un rythme supérieur au taux de remplacement?

Martin Johansen: Je pense que oui. On nous a déjà mis en garde au sujet des départs à la retraite à venir. L'un des défis qui se posent, c'est que beaucoup de médecins qui fournissent des services depuis 50 ans s'occupent d'un plus grand nombre de patients. Ils ont la charge de plus de personnes. La population et la demande augmentent. Lorsqu'un de ces médecins prend sa retraite, il n'est pas remplacé par un seul médecin. Il est probablement remplacé par deux ou peut-être trois médecins, parce que les nouveaux travailleurs de la santé cherchent un meilleur équilibre entre le travail et leur vie personnelle.

La présidente: Merci, madame Konanz. Je pense que votre temps est écoulé. Il vous reste une seconde.

Helena Konanz: Rapidement, avez-vous, en tant que collectivité, tenté de faire venir des médecins de l'extérieur, oui ou non? La ville d'Oliver ou le conseil ont-ils essayé d'attirer de nouveaux médecins?

La présidente: Répondez par oui ou par non, s'il vous plaît. Nous avons dépassé le temps imparti.

Martin Johansen: Oui, nous l'avons fait.

Helena Konanz: Merci.

La présidente: Je donne maintenant la parole au deuxième intervenant. C'est au tour des libéraux. Monsieur Eyolfson, vous avez six minutes.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Merci, madame la présidente.

Monsieur Johansen, merci beaucoup d'être venu. Je me rends souvent dans cette région de la Colombie-Britannique. Je l'adore.

Je suis urgentologue au Manitoba. Je suis au courant des problèmes de fermetures en zones rurales. Je travaille dans un hôpital communautaire de Winnipeg. Nous recevons souvent des patients d'autres régions parce que les hôpitaux y sont fermés. Les ambulances arrivent directement chez nous. C'est quelque chose que je connais très bien.

Y a-t-il eu une réponse provinciale qui indique la façon dont la province de la Colombie-Britannique va réagir à la situation?

• (1120)

Martin Johansen: Un certain nombre de maires de collectivités rurales ont formé un groupe, et nous travaillons avec la ministre de la Santé, Josie Osborne. Nous cherchons des solutions pour différentes collectivités. Une chose que vous constaterez dans les collectivités rurales, c'est qu'une solution qui fonctionne à un endroit ne fonctionne pas nécessairement ailleurs, ce qui rend les choses plus difficiles. Certaines collectivités sont beaucoup plus éloignées qu'Oliver, et elles ont donc du mal à attirer des médecins. Nous avons des défis à relever dans notre communauté. Dans les collectivités rurales, on ne trouve pas nécessairement toutes les commodités que les gens recherchent. Ils veulent aller à Penticton, pour ainsi dire.

Une chose que nous avons pu faire à Oliver récemment, c'est mettre en place un modèle de paiement contractuel pour les médecins qui viennent à notre hôpital, ce qui crée l'équité salariale. Avant, ils étaient attirés par Penticton; maintenant, c'est le même salaire, que vous alliez à Penticton ou à Oliver.

Doug Eyolfson: Merci.

L'une de mes frustrations est la suivante: j'ai un permis de pratique au Manitoba; j'ai également eu un permis de pratique en Ontario pendant quelques années. Il faut passer à travers tout le processus de demande de permis et payer des frais. Aujourd'hui, ce permis coûte 2 500 \$ par année. Je pourrais passer de Winnipeg, au Manitoba, à Kenora, en Ontario, où il y a souvent des pénuries. Je pourrais traverser la frontière pendant quelques jours et faire des quarts de travail, mais il faudrait que je conserve un permis de l'Ontario. Si je voulais venir pratiquer quelques jours à Oliver, tout d'abord, je devrais demander un permis de la Colombie-Britannique, puis payer des frais annuels.

Est-ce qu'un système pancanadien de permis d'exercice, ou un système quelconque où mes titres de compétence seraient reconnus dans une autre province, même si c'était sur une base saisonnière, aiderait les collectivités comme la vôtre?

Martin Johansen: Absolument. Un plus grand bassin où nous pourrions puiser pour attirer des médecins nous aiderait certainement à résoudre les problèmes que nous avons. Une autre chose que nous faisons à Oliver, c'est de construire des logements réservés aux travailleurs de la santé, de sorte que lorsque les médecins ou les infirmières viendront, ils auront un endroit où rester. Nous essayons de faire en sorte qu'il soit plus facile pour les gens de venir aider notre communauté. Le processus d'accréditation est certainement important; il serait formidable pour un médecin de pouvoir simplement se rendre dans la collectivité et travailler à l'hôpital.

Doug Eyolfson: Merci.

Madame Hall, merci beaucoup d'être venue.

Dans le cadre de mon travail aux urgences, je constate également les problèmes liés au manque de place en soins de longue durée. Nous avons beaucoup de patients qui se retrouvent à l'urgence parce qu'ils ne peuvent tout simplement plus demeurer à la maison. Ils ne souffrent pas d'une maladie aiguë, alors l'hôpital ne les admettra pas, parce qu'ils ne sont pas malades, mais nous devons leur trouver un endroit où aller. Ils passent souvent plus d'une semaine sur une civière dans un couloir, à l'urgence, jusqu'à ce que nous puissions leur trouver un lit. Nous avons aussi fait face à des difficultés, car notre gouvernement provincial a fermé trois hôpitaux à Winnipeg il y a quelques années et a également annulé une expansion de 6 milliards de dollars dans les soins de longue durée, et nous en ressentons encore les effets aujourd'hui.

Vous avez parlé de la reconnaissance des titres de compétence. Je vous pose la même question que j'ai posée à M. Johansen. Un système qui permettrait la libre circulation des travailleurs, qui leur permettrait de se déplacer d'une province à l'autre, plutôt que d'avoir à demander un permis dans chaque province...? Serait-il utile qu'il y ait un permis reconnu partout au Canada? Croyez-vous que cela réglerait vos problèmes de dotation?

Jodi Hall: Nous appuyons les initiatives visant à favoriser la mobilité de la main-d'œuvre, surtout en ce qui concerne la reconnaissance des titres de compétences étrangers. C'est un enjeu avec lequel de nombreux employeurs de foyers de soins de longue durée essaient souvent d'aider les nouveaux arrivants, qui travaillent fré-

quemment dans des établissements comme préposés aux services de soutien à la personne. Cela leur donnerait la possibilité de travailler également dans d'autres postes.

• (1125)

Doug Eyolfson: Merci.

Vous avez mentionné que vous comptiez beaucoup sur les travailleurs étrangers temporaires en ce moment et que les restrictions imposées vous causent des problèmes. J'entends certaines personnes affirmer que nous devrions nous débarrasser complètement du Programme des travailleurs étrangers temporaires. Quel effet cela aurait-il sur la dotation en personnel dans vos établissements de soins de longue durée?

Jodi Hall: Selon Statistique Canada, depuis 2019, 40 % des travailleurs étrangers temporaires sont employés dans des établissements de soins de longue durée. Il y aurait donc des conséquences importantes pour ce secteur.

Doug Eyolfson: Merci.

La présidente: Merci beaucoup. Le temps est écoulé.

Merci, monsieur Eyolfson.

Je donne maintenant la parole à M. Thériault pour six minutes, s'il vous plaît.

[Français]

Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, madame la présidente.

Il est assez décourageant d'entendre parler de la réalité que vivent chaque jour les provinces et le Québec ainsi que des défis qu'elles doivent relever.

On se pose des questions sur la capacité des provinces à répondre aux besoins, mais il faut aussi prendre en compte l'état actuel des choses, notamment en ce qui concerne le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre ainsi que le sous-financement chronique du secteur de la santé.

Le sous-financement dure depuis des années. Il n'a pas été corrigé lors du dernier front commun des provinces, qui demandaient au fédéral de faire passer sa contribution aux dépenses en santé à 35 % plutôt qu'à 21 %. Cela aiderait énormément, entre autres choses, à la rétention de la main-d'œuvre.

Madame Hall, je ne sais pas comment cela est vécu chez vous, mais, chez nous, il existe beaucoup de problèmes liés à la rétention de la main-d'œuvre, notamment de personnel infirmier.

On a vu apparaître le phénomène des agences privées. Elles doivent leur existence au fait que, dans le réseau public, les infirmières n'ont plus d'environnement de qualité au travail. Elles préfèrent donc perdre des avantages sociaux et du salaire afin de pouvoir exercer leur profession de façon décente.

Comment cela se passe-t-il chez vous?

[Traduction]

Jodi Hall: Lorsque nous regardons ce qui se passe à l'échelle du pays, je pense qu'il y a absolument un recours aux agences de soins infirmiers pour les soins de longue durée. Pour nous, c'est le symptôme d'un problème beaucoup plus vaste, à savoir l'énorme pénurie à laquelle nous sommes confrontés. Il y a plus de 25 000 postes vacants, selon les données de Statistique Canada du troisième trimestre de 2024. D'après ce que nous disent nos membres sur le terrain, il y a une concurrence énorme pour la même cohorte d'employés. C'est une situation extrêmement difficile, et elle a entraîné le recours à des infirmières d'agences partout au pays.

[Français]

Luc Thériault: Selon vous, à quoi est dû le recours à ces agences et cette concurrence?

[Traduction]

Jodi Hall: Je pense que le recours aux infirmières d'agences a été motivé par les pénuries. Il est incroyablement difficile de travailler sans personnel suffisant ou sans le nombre requis d'employés dans un établissement de soins de longue durée, et cela a une incidence directe sur les conditions de travail lorsqu'une équipe complète n'est pas en place.

Plutôt que de mettre le personnel et les résidents en danger, les établissements se tournent vers d'autres options, comme les soins infirmiers d'agence, tout en continuant à chercher des stratégies de recrutement.

[Français]

Luc Thériault: Au Québec, les agences ont fait notamment leur apparition dans le secteur des soins infirmiers. C'est beaucoup en lien avec l'obligation, ou l'intention, du gouvernement en matière de soins de santé. En tout cas, je ne pense pas qu'un gouvernement ou un premier ministre de quelque province que ce soit veuille créer des problèmes en santé. Habituellement, ils veulent les résoudre avec l'argent, les moyens et les ressources dont ils disposent.

On demandait aux infirmières et aux infirmiers de travailler des heures supplémentaires, sans pour autant leur donner la possibilité de refuser. Il s'agissait donc d'heures supplémentaires obligatoires.

Cela a créé un phénomène particulier au Québec. Les professionnels de la santé ont senti qu'ils mettaient la vie de la population en danger. Après avoir travaillé 18 heures consécutives, ils sentaient qu'ils pouvaient faire des erreurs et qu'ils ne pourraient plus assurer la sécurité des patients.

On a donc constaté que cela engendrait du stress. On a vu des infirmiers et des infirmières avoir de sérieux problèmes de santé mentale. Ils vivaient sous pression, ils sentaient qu'ils ne pouvaient pas donner les meilleurs soins possibles aux patients.

La seule chose qu'on avait à leur offrir, c'était de leur refuser de rentrer chez eux. On a alors vu apparaître le phénomène des agences. Elles sont apparues comme de petits champignons. Ces agences recrutaient du personnel et enlevaient au système public des ressources humaines pour les réinsérer dans le réseau de la santé dans des conditions très différentes.

Est-ce que je me trompe? Vivez-vous la même chose dans votre milieu?

• (1130)

[Traduction]

Jodi Hall: Lorsque nous parlons à nos membres dans tout le pays, nous entendons dire que ce qui a motivé le recours aux infirmières d'agences, ce sont les pénuries qu'ils connaissent, et c'est fait dans le but de soutenir la rétention du personnel, afin que celui-ci ne se trouve pas avec des conditions de travail qui rendent impossible...

[Français]

La présidente: Il vous reste trente secondes.

[Traduction]

Jodi Hall: ... de fournir les soins de qualité nécessaires pour assurer la qualité de vie des résidents, à cause de problèmes liés à la charge de travail. Les pénuries ont stimulé le recours aux infirmières d'agences et, bien sûr, cela s'accompagne de défis associés au coût et à une variété d'autres choses dont il faut tenir compte.

Il existe des exemples de pratiques exemplaires à cet égard. Les gouvernements provinciaux créent des directives ou des lignes directrices, et il est certain que nous encourageons les établissements faisant appel à des agences à adopter une approche axée sur les pratiques exemplaires en mettant en place un contrat standard afin que bon nombre des difficultés que nous constatons dans la prestation des soins soient évitées dès le départ.

La présidente: Merci, madame Hall.

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions. Il s'agit d'une série de questions de cinq minutes, en commençant par M. Bailey, du Parti conservateur.

Vous avez cinq minutes, monsieur Bailey.

Burton Bailey (Red Deer, PCC): Merci, madame la présidente.

Madame Hall, je vous remercie de vous joindre à nous virtuellement aujourd'hui.

Lors d'une séance d'information en février 2025, votre organisation a noté une pénurie de personnel dans les établissements de soins de longue durée. On y cite Statistique Canada qui parle d'environ 25 000 postes vacants dans le secteur des soins de longue durée. Vous recommandez notamment de « veiller à ce que la planification des ressources humaines en santé tienne spécifiquement compte des soins de longue durée et soit intégrée à la planification sectorielle de la main-d'œuvre de la santé ».

Dans cette optique, le ministère fédéral de l'Immigration a-t-il consulté l'Association canadienne des soins de longue durée au sujet du plan d'immigration fédéral de cette année, oui ou non?

Jodi Hall: Non, notre organisation n'a pas été consultée.

Burton Bailey: Merci.

Le ministère fédéral de l'Immigration a-t-il demandé des données sur la capacité actuelle du système de santé du Canada?

Jodi Hall: Non, mais nous avons fourni de l'information.

Burton Bailey: Vous aimeriez être consultés sur ces cibles.

Jodi Hall: Oui.

Burton Bailey: Diriez-vous qu'au cours des 10 dernières années, la demande de soins de longue durée a augmenté, et si oui, pourquoi?

Jodi Hall: Il y a absolument eu une augmentation. Je pense qu'il suffit de regarder le vieillissement de la population pour comprendre.

Burton Bailey: Selon Statistique Canada, au cours des cinq dernières années seulement, de 2020 à 2025, plus de 75 000 personnes âgées de 65 ans et plus ont immigré au Canada. Étant donné que ces personnes sont en âge de prendre leur retraite, il est probable que bon nombre d'entre elles seront ou sont déjà dans des établissements de soins de longue durée.

Pensez-vous que ce niveau d'admission de personnes à cet âge est plausible et qu'il nécessite plus de ressources dans votre secteur? Est-il soutenable?

Jodi Hall: Lorsque nous considérons l'avenir de la demande de soins de longue durée, nous utilisons les chiffres fournis par Statistique Canada pour la population canadienne. Je n'ai pas d'autres chiffres.

Burton Bailey: Votre organisation est-elle en faveur d'un permis d'exercice national normalisé pour les professionnels de la santé?

Jodi Hall: Oui, surtout en ce qui concerne la reconnaissance des titres de compétences étrangers. Nous pensons que cela pourrait être extrêmement utile.

• (1135)

Burton Bailey: Merci.

Croyez-vous que le Canada devrait intégrer les quelque 81 000 professionnels de la santé formés à l'étranger qui sont déjà au Canada avant de faire venir plus de personnes pour travailler dans notre système de santé?

Jodi Hall: Nous sommes tout à fait favorables à l'idée de tirer parti de toute main-d'œuvre disponible.

Burton Bailey: Mon collègue a parlé de bloqueurs de lit. En Alberta, 1 500 personnes dans des hôpitaux bloquaient l'accès à des lits alors qu'elles auraient dû se trouver dans des établissements de soins de longue durée. C'était dû au fait qu'elles n'avaient pas rempli leur déclaration de revenus.

Commencez-vous à informer les organisations de soins de longue durée que les personnes âgées doivent remplir leur déclaration de revenus pour avoir droit au financement provincial?

Jodi Hall: C'est lorsqu'une personne est admise dans un établissement de soins de longue durée que le rôle de l'établissement entre en jeu.

Oui, ils travaillent avec les familles ou agissent à titre de fiduciaires pour veiller à ce que les déclarations de revenus et les autres formulaires requis soient remplis.

Burton Bailey: Est-ce une pratique courante que d'aider les personnes qui ne sont pas en mesure de remplir leurs déclarations de revenus à recevoir des prestations provinciales, pour qu'elles ne tombent pas entre les mailles du filet?

Jodi Hall: Il s'agit d'une approche courante, même si, avec 13 systèmes de soins de longue durée différents au pays, il peut y avoir des variations. Souvent, du soutien est apporté aux résidents et aux familles.

Burton Bailey: J'ai entendu vos commentaires sur le Programme des travailleurs étrangers temporaires. Ce que je vois dans ma circonscription, c'est que l'on fait venir des travailleurs étrangers temporaires et on leur promet des postes en soins infirmiers, mais ils finissent par ne pas réussir les examens professionnels. Ils tra-

vaillent dans le domaine de l'entretien ménager et sont extrêmement insatisfaits.

Je crois comprendre qu'il y avait beaucoup de problèmes avec l'examen de langue qui venait des États-Unis. La situation a changé depuis, et nous avons maintenant un examen canadien.

Que pensez-vous du fait de promettre à ces gens des emplois qu'ils ne peuvent pas obtenir?

Jodi Hall: Tout d'abord, nous appuyons sans réserve le cadre éthique pour le recrutement d'infirmières et d'infirmiers formés à l'étranger et nous y adhérons. Beaucoup viennent travailler dans des foyers de soins de longue durée en tant que préposés aux services de soutien à la personne, et les foyers eux-mêmes leur fournissent un appui supplémentaire pour les aider à franchir les étapes du processus de reconnaissance des titres de compétences étrangers de leur province ou territoire. Si les établissements de soins de longue durée avaient accès à plus de fonds, je suis sûr qu'ils pourraient jouer un plus grand rôle.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant aux libéraux.

Monsieur Powlowski, vous avez la parole pour cinq minutes.

Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Madame Hall, les conservateurs ont laissé entendre qu'une partie du problème avec les soins de longue durée tient au fait que toutes ces personnes qui sont arrivées récemment au Canada en tant qu'immigrantes et réfugiées occupent des lits dans des foyers de soins de longue durée. Est-ce le cas?

Je n'ai certainement pas l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui sont arrivés de l'Inde, des Philippines ou de l'Afghanistan au cours des dernières années et qui... Nous n'acceptons pas beaucoup d'immigrants âgés. Pour ceux que nous accueillons, je suppose que leurs familles les ont fait venir pour qu'ils puissent être avec eux, et non pour les placer dans des foyers de soins de longue durée.

Sommes-nous surchargés par les nouveaux immigrants qui occupent des lits de soins de longue durée?

Jodi Hall: Les chiffres dont nous parlons sont produits par Statistique Canada et les gouvernements provinciaux. Aucune ventilation n'est disponible sur les nouveaux arrivants qui se trouvent dans des maisons de soins de longue durée ou qui attendent d'y entrer.

Marcus Powlowski: Vous qui travaillez dans le domaine des soins de longue durée, avez-vous l'impression qu'un grand nombre d'immigrants récents occupent des lits de malade chronique?

Jodi Hall: Pas à ma connaissance.

Marcus Powlowski: Toutefois — nous menons cette bataille —, en ce qui concerne les avantages et les inconvénients de l'immigration à l'égard du système de soins de santé, nous bénéficions énormément des immigrants qui y travaillent. Les préposés aux services de soutien à la personne, ou PSSP, en sont certainement un bel exemple.

Pouvez-vous me dire quel pourcentage des PSSP qui travaillent actuellement au Canada sont nés ici?

Jodi Hall: C'est un autre exemple de notre défi relatif aux don-nées. L'Institut canadien d'information sur la santé et Effectif de la santé Canada effectuent des travaux afin de mieux comprendre le personnel des soins de longue durée, y compris les PSSP. L'information est assez limitée pour cette cohorte, car il s'agit d'un groupe largement non réglementé de l'effectif des soins de longue durée.

Marcus Powlowski: Comme quiconque ayant des proches dans un établissement de soins de longue durée ou qui y ont séjourné récemment vous dirait, de nombreux travailleurs des soins pour maladie chronique, ou PSSP, ne sont pas nés au Canada. Je pense que vous pourriez l'affirmer sans connaître les chiffres exacts. Je sais que vous ne les avez pas.

• (1140)

Jodi Hall: Oui, il y a certainement des personnes nouvellement arrivées au Canada qui occupent ces postes.

Marcus Powlowski: Connaissez-vous le nombre de travailleurs étrangers temporaires, ou TET, qui œuvrent actuellement dans des établissements de soins de longue durée?

Vous avez mentionné que 40 % de tous les TET au Canada sont employés dans les soins de longue durée. Est-ce vrai?

Jodi Hall: Ce chiffre a été publié récemment dans un rapport de Statistique Canada. On y apprend aussi qu'entre 2010 et 2019, plus de la moitié des TET qui sont venus pour travailler dans le domaine de la santé y sont encore après cinq ans. Le programme est réussi.

Marcus Powlowski: Vous avez mentionné que les récents changements apportés à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada en ce qui concerne l'évaluation d'impact sur le marché du travail, ou EIMT, qui doit être faite chaque année, crée des problèmes importants dans les établissements de soins de longue durée. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? À l'heure actuelle, cela a-t-il une incidence négative sur les soins aux patients?

Mon collègue, Luc Thériault, a parlé de la pression que subissent les travailleurs de la santé en poste. Les changements qui ont été apportés, et en raison desquels il est plus difficile pour les gens de venir en tant que travailleurs étrangers temporaires, créent-ils un problème?

Jodi Hall: Je pense que le défi réside dans le fardeau administratif qui en découle. Souvent, les établissements doivent demander de l'aide pour remplir le formulaire lorsqu'ils ont un certain nombre de travailleurs étrangers temporaires dans leur installation. Bien sûr, un coût y est associé.

On signale un arriéré dans le traitement d'une grande partie de ces renseignements. Dans l'ensemble, la situation crée un défi.

Marcus Powlowski: Seriez-vous en faveur d'un renouvellement automatique de deux ans pour toute personne qui a actuellement un permis de travail et qui travaille comme PSSP dans des établissements de soins de longue durée? Le gouvernement pourrait le faire. Ce serait une façon assez rapide et efficace de s'assurer que les gens qui sont déjà ici et dont on a besoin dans le système restent dans le système.

Seriez-vous en faveur d'une telle mesure?

Jodi Hall: Oui.

Marcus Powlowski: Vous pourriez nous envoyer la réponse, car je suis sûr que nous allons manquer de temps. Vous avez parlé des problèmes liés à la voie d'accès à la mobilité économique. Brièvement, pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet? S'il y a ici des réfugiés qui pourraient travailler dans le système, voilà qui me semble certainement souhaitable. Si vous pouviez nous envoyer des renseignements à ce sujet, nous vous en serions reconnaissants. Je vous remercie.

Jodi Hall: Je le ferai certainement. Je vous remercie.

La présidente: Je donne maintenant la parole à M. Thériault.

[Français]

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

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Madame Hall, plusieurs témoins nous ont dit que, pour les professionnels formés à l'étranger, il y a un problème d'arrimage entre les exigences d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et les critères que l'on demande de satisfaire d'une profession à l'autre.

Pour régler ce problème, certains nous ont suggéré de mettre en place un processus d'accompagnement pour ce qu'ils appellent la navigation parmi les règles pour que ces personnes puissent exercer leur profession.

Ils ont aussi dit que les règles comportaient des incohérences.

Que proposeriez-vous pour régler ces problèmes?

[Traduction]

Jodi Hall: En ce qui concerne la mobilité de la main-d'œuvre à l'échelle du pays, il serait grandement bénéfique d'envisager la reconnaissance des titres de compétences étrangers. Je pense qu'il serait fort avantageux pour la main-d'œuvre d'uniformiser l'autorisation d'exercer et la reconnaissance des titres de compétence.

[Français]

Luc Thériault: Vous parlez d'harmonisation. Pourriez-vous nous en dire davantage là-dessus?

[Traduction]

Jodi Hall: À l'heure actuelle, chaque province et territoire au pays a sa propre façon d'accorder l'autorisation d'exercer. Beaucoup de travail a été fait pour essayer de simplifier ces processus. Or, nombreux sont ceux qui réclament encore d'autres améliorations, afin d'accroître la cohérence, surtout en ce qui concerne la reconnaissance des titres de compétences étrangers. Elle nous permettrait essentiellement d'avoir les mêmes exigences pour les nouveaux arrivants au Canada, peu importe la province ou le territoire.

[Français]

La présidente: Il vous reste 11 secondes.

• (1145)

Luc Thériault: En ce qui a trait à la faible capacité de rétention, quelles en sont les causes les plus fréquentes?

[Traduction]

Jodi Hall: Je pense qu'il y a un certain nombre de défis. Premièrement, notre population vieillit, tout comme notre main-d'œuvre, qui approche l'âge de la retraite. Les départs ont déjà commencé. Je crois que c'est un facteur en ce moment. Il y a également une concurrence importante pour le même groupe d'employés dans l'ensemble du secteur de la santé. Un certain nombre d'éléments entrent en jeu, comme les salaires et les conditions de travail, et les établissements de soins de longue durée s'efforcent d'être les plus concurrentiels possibles.

La présidente: Merci beaucoup. Je pense que nous avons dépassé le temps imparti.

J'aimerais maintenant donner la parole à Mme Konanz. Vous avez cinq minutes, je vous prie.

Helena Konanz: J'ai d'autres questions à poser au maire Johansen. Nous avons parlé un peu de la difficulté à retenir les médecins et le personnel infirmier. L'Hôpital général d'Okanagan-Sud n'est pas le seul au Canada à devoir composer avec de multiples fermetures soudaines. Nous ne savons même pas quelles en sont les répercussions — combien de personnes sont frappées d'incapacité, ou pourraient même mourir, parce que leur hôpital n'est pas ouvert.

Selon vous, dans quelle mesure est-il difficile de recruter des médecins, des infirmières et d'autres spécialistes pour travailler dans des hôpitaux ou des cliniques rurales comme l'Hôpital général d'Okanagan-Sud, et pourquoi?

Martin Johansen: Aimeriez-vous avoir une note sur une échelle de 1 à 10, par exemple?

Helena Konanz: Bien sûr.

Martin Johansen: Chose certaine, c'est probablement de l'ordre de sept ou huit.

On pourrait penser que nous sommes en mesure d'attirer des médecins à venir travailler dans notre région. L'un des problèmes là-bas, c'est que nous avons tellement de patients sans médecin de famille dans les environs que notre hôpital devient une clinique sans rendez-vous. Pendant un quart de travail à l'urgence, il y a un nombre incroyable de personnes qui se présentent pour des ennuis très mineurs, et aussi quelques-uns pour des problèmes graves. Les quarts de travail sont longs et difficiles. Souvent, les médecins viennent et disent qu'ils ne reviendront jamais.

Voilà les défis que nous devons relever. C'est parce qu'il n'y a pas assez de personnes qui ont un médecin de famille.

Helena Konanz: Oui. Je dois dire que c'est l'un des plus beaux endroits au Canada. L'Okanagan-Sud est une région très touristique.

L'hôpital est situé à moins de 30 minutes de la frontière. Nous avons récemment accueilli plusieurs diplômés de facultés internationales de médecine. Ce sont soit des Canadiens formés à l'étranger, soit des immigrants dont la demande d'immigration a été approuvée en raison de leur formation. Ils nous ont dit que s'il fallait déménager dans une région rurale du Canada pour exercer la médecine, ils le feraient, mais il y a des goulots d'étranglement et des lourdeurs administratives.

Compte tenu des difficultés que vous décrivez pour recruter des médecins dans des endroits comme l'Okanagan-Sud, êtes-vous frustré par le fait que, selon le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, il y a actuellement au Canada au moins 13 000 médecins formés à l'étranger, y compris de nombreux Canadiens, qui ne sont pas autorisés à travailler comme médecins?

Martin Johansen: Ce serait un objectif facilement réalisable. Dans le cas des personnes qui vivent déjà au Canada, nous n'avons pas à nous soucier du processus d'immigration; il suffit de vérifier leurs titres de compétences et de les faire travailler.

Je sais que la Colombie-Britannique a lancé une campagne de marketing de 5 millions de dollars qui vise également à attirer des médecins de l'étranger. Certains des problèmes là-bas... D'après les discussions que j'ai eues avec la ministre provinciale de la Santé, le plus grand obstacle au recrutement de médecins de l'autre côté de la frontière n'est pas l'attribution de licence, mais l'obtention d'un permis de travail et le processus d'immigration. Nous avons des médecins qui sont au pays, mais que nous ne pouvons pas faire travailler. Nous avons des médecins à l'étranger qui se heurtent également à

certains obstacles. On a déjà dit aujourd'hui que l'un des obstacles répétitifs et chronophages est l'évaluation d'impact sur le marché du travail, qui exige que les employeurs prouvent que le poste vacant doit être pourvu par un travailleur étranger.

Je sais que je me suis un peu éloigné du sujet en parlant des médecins qui viennent de l'extérieur de la province, mais il y a une solution simple, ou une occasion à saisir. Étant donné la crise qui frappe nos soins de santé, une exemption pourrait être accordée à ce secteur.

Helena Konanz: C'est une excellente perspective. Je sais que vous êtes sur le terrain et que vous avez une bonne idée de la façon de résoudre ce problème. C'est très compliqué. Or, selon Santé Canada, avec les infirmières et les spécialistes, il y a 80 000 professionnels de la santé qui vivent ici, mais qui ne peuvent pas travailler dans notre système de soins de santé.

● (1150)

La présidente: Il vous reste une minute.

Helena Konanz: Je sais que M. Bailey a une question à poser, alors je vais lui céder la dernière minute.

Merci.

Burton Bailey: Monsieur le maire Johansen, la Colombie-Britannique compte beaucoup sur les médecins suppléants en provenance d'autres provinces. Seriez-vous en faveur d'une autorisation d'exercer nationale pour faciliter les déplacements des médecins, en particulier des spécialistes? Nous avons entendu un témoin qui est titulaire de six permis et qui sillonne le Canada en tant que médecin suppléant pour éviter ces fermetures afin que les salles d'urgence puissent rester ouvertes.

Martin Johansen: Je suis tout à fait d'accord. Comme je l'ai déjà dit, environ 40 % des ressources qui permettent à notre hôpital de rester ouvert et qui travaillent dans notre collectivité viennent de l'extérieur. L'un des plus grands obstacles au maintien en poste est la charge de travail dans une collectivité rurale. Le soutien des médecins suppléants est une exigence et un besoin criant, mais qui nous fait cruellement défaut.

Burton Bailey: Madame Hall...

La présidente: Il vous reste huit secondes.

Burton Bailey: Je tiens à vous remercier de vous être joints à nous aujourd'hui et d'avoir répondu à mes questions.

La présidente: Merci, monsieur Burton.

Nous allons passer à M. Hanley, du Parti libéral, pour cinq minutes.

Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup à vous deux. C'est un plaisir d'écouter vos témoignages et d'avoir l'occasion de participer à cette étude. Je ne suis pas un membre régulier du Comité, mais j'ai un peu l'impression de rentrer à la maison parce que j'en faisais partie à la dernière session.

Madame Hall, il y a 25 000 postes vacants, et vous avez parlé de l'importance des travailleurs étrangers temporaires pour les pourvoir, mais aussi du fait qu'il faut rivaliser avec de nombreux autres secteurs.

En général, dans quelle mesure diriez-vous que ce travail est attrayant? Vous parlez d'un point de vue national, mais quels sont les incitatifs du travail qui maintiennent les gens en poste?

Jodi Hall: Sur le plan personnel, c'est un domaine de travail extrêmement attrayant. Je trouve que c'est très concret et réfléchi. Je pense que le secteur attire une certaine cohorte de fournisseurs de soins de santé qui souhaitent établir une relation à long terme avec les résidents des foyers.

Cela dit, d'autres défis se présentent lorsqu'il faut travailler en situation de pénurie. Les établissements font tout ce qu'ils peuvent pour les éviter, car il peut être incroyablement difficile de répondre aux besoins des résidents lorsqu'il manque de personnel. Comme je l'ai dit plus tôt, c'est souvent là que nous voyons le recours aux solutions à court terme des agences. Nous consacrons beaucoup d'énergie à gérer la concurrence et à fournir le meilleur milieu de travail possible, avec un soutien en santé mentale pour assurer le maintien en poste. Nous dialoguons avec le personnel de première ligne pour qu'il se sente soutenu et ait l'impression que son travail compte vraiment. Ce sont des décisions stratégiques qui sont prises et des efforts qui sont déployés.

En ce qui concerne les possibilités d'immigration, les employeurs du secteur des soins de longue durée jouent un rôle important en accueillant de nombreux nouveaux arrivants sur le marché du travail d'une manière qui les aide à se sentir connectés et soutenus et, en fin de compte, à conserver leur emploi dans l'établissement.

Brendan Hanley: Merci.

Monsieur le maire Johansen, je vous remercie d'être ici.

Il me reste quelques minutes.

Depuis combien de temps êtes-vous maire d'Oliver?

Martin Johansen: Je suis maire depuis 2018.

Brendan Hanley: Lorsque vous êtes devenu maire, vous attendiez-vous à jouer un rôle dans le recrutement des professionnels de la santé dans le cadre de vos fonctions?

Martin Johansen: Il y avait un petit rôle à jouer, principalement d'assurer la liaison avec Interior Health. Il n'y avait pas de fermetures. Puis la COVID-19 est arrivée et tout a changé. Le monde n'était plus le même après la pandémie, et il continue d'évoluer. Les enjeux de santé mentale et l'épuisement professionnel sont vraiment à l'origine de certains des problèmes que nous observons ici.

Brendan Hanley: De plus, la pandémie a certainement semblé aggraver un phénomène qui se produisait déjà alors que nous plongeons dans une crise des effectifs en santé. Nous avons abordé cet enjeu à ce comité et avons soumis de nombreuses recommandations en 2022 et en 2023 dans une réponse détaillée du gouvernement.

C'est aujourd'hui le jour du budget, celui de 2025. Nous savons que l'un des postes déjà annoncés est un montant de 97 millions de dollars destinés à un plan d'action pour la reconnaissance des titres de compétences étrangers, en collaboration avec les provinces et les territoires, afin d'améliorer l'équité, la transparence et la rapidité de ce processus. Pensez-vous que c'est un pas dans la bonne direction?

• (1155)

Martin Johansen: Oui, tout à fait. Le processus pour entrer au Canada — ou, si vous vivez au Canada, pour faire vérifier vos titres de compétences — est incroyablement complexe et compliqué. Je pense qu'il sera avantageux à long terme d'y consacrer plus de ressources, pour mettre en place un processus et peut-être avoir des personnes qui peuvent guider les gens.

Brendan Hanley: Oliver est en quelque sorte une localité de retraités. Les gens déménagent encore là-bas, ou du moins y restent à

la retraite. Est-ce exact? Serait-ce un facteur qui pourrait contribuer aux besoins en santé de votre communauté?

Martin Johansen: Oui, c'est une communauté de retraités. Bien sûr, les besoins en soins de santé des personnes vieillissantes sont plus complexes. Le patient a beaucoup plus souvent besoin de voir son médecin de famille. Oui, il est tout à fait vrai que les besoins en soins de santé de notre communauté sont probablement plus élevés que ceux d'une communauté plus jeune.

Brendan Hanley: Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

C'est ce qui conclut cette heure.

Je vais suspendre la séance pour que nous puissions nous installer pour la prochaine heure.

• (1155)

(Pause)

• (1205)

La présidente: Reprenons.

Avant de présenter les témoins, je tiens à vous rappeler quelques détails d'ordre administratif.

Comme vous le savez, la deuxième étude que nous allons mener porte sur les problèmes liés aux antimicrobiens, proposée par M. Thériault. Nous devons soumettre les listes de témoins pour cette étude au plus tard le jeudi 6 novembre, à 16 heures. Ensuite, l'étude suivante serait celle de Mme Chi, le jeudi 13 novembre, sur la souveraineté pharmaceutique. Nous avons besoin des listes de témoins d'ici le 13 novembre, qui est la semaine de congé, au plus tard à 16 heures.

Je vous prie de préparer ces listes, chers collègues, afin que nous puissions avancer sans perdre de temps.

Oui, allez-y, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Pouvons-nous prolonger d'une semaine la comparaison des témoins pour l'étude sur les antimicrobiens?

La présidente: Je ne pense pas. Nous ne serons pas en mesure de convoquer suffisamment de gens à la première réunion. Si nous n'obtenons pas une liste à temps pour qu'on puisse appeler les gens et leur demander de témoigner, nous n'aurons pas de témoins, de sorte que nous n'aurons pas de réunion.

Dan Mazier: Si nous n'avons pas assez de témoins, pouvons-nous les soumettre plus tard, ou s'agit-il de la liste définitive?

La présidente: Comme vous le savez, monsieur Mazier, vous devez soumettre vos listes. Si, plus tard, vous avez quelques noms à ajouter, vous pourrez le faire.

Dan Mazier: D'accord, merci.

La présidente: C'est bien. C'était une question d'ordre administratif.

Je veux poursuivre notre réunion avec les prochains témoins.

Nous accueillons Mme Deidre Lake, directrice exécutive de l'Alberta International Medical Graduates Association.

Je suis désolée, mais je vais devoir suspendre la séance. Nous avons des problèmes avec le micro.

Merci.

• (1205) _____ (Pause) _____

• (1210)

La présidente: Nous reprenons nos travaux.

J'aimerais présenter les témoins pour cette heure-ci.

Oui, je vous écoute, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Madame la présidente, j'aimerais obtenir une précision. En regardant le calendrier et compte tenu de notre dernière discussion sur les témoins en date du 18, où en est l'étude sur les opioïdes? Y a-t-il du nouveau à ce sujet?

La greffière du Comité (Catherine Ngando Edimo): Le 20 novembre, il y aura un rapport provisoire.

Dan Mazier: Oui. Où en sommes-nous à cet égard?

La greffière: Il s'agit du rapport provisoire. Ce sera à vous de décider ce que vous voudrez faire par la suite.

Dan Mazier: Je suppose, pour revenir à notre demande initiale de délai pour la liste des témoins, que nous ne pourrions pas entreprendre cette étude avant la fin novembre, alors...

La greffière: C'est au Comité de décider. Ce n'est qu'une ébauche. Vous pouvez demander des changements.

Dan Mazier: Oui, mais ce sera une réunion...

La présidente: Monsieur Mazier, nous ne savons pas si le rapport sur les opioïdes sera prêt, car il est encore en cours de traduction. Peut-être que oui, peut-être que non.

Dan Mazier: On nous dit qu'il sera prêt.

La présidente: Sera-t-il prêt? Très bien.

Dan Mazier: Je suppose donc que la possibilité d'un délai quant aux listes de témoins pour l'étude sur les antimicrobiens...

La présidente: J'aimerais que l'on maintienne la date fixée, et vous pourrez toujours proposer d'autres témoins par la suite. Merci.

D'accord, je vais donc maintenant présenter nos témoins pour aujourd'hui.

De l'Alberta International Medical Graduate Association, nous recevons Deidre Lake, directrice générale. À titre personnel, nous accueillons la Dre Shazeen Suleman, professeure agrégée de clinique à l'Université Stanford. De la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, nous accueillons Linda Silas, présidente, et Baljinder Singh, membre, Comité consultatif des infirmières et infirmiers formés à l'étranger.

Nous allons commencer. Voici comment nous allons fonctionner. Chaque groupe disposera de cinq minutes — pas chaque personne, mais chaque groupe. Je vous indiquerai lorsqu'il vous restera une minute, puis 30 secondes, pour que vous puissiez conclure. Nous passerons ensuite aux questions des membres du Comité.

Je vais d'abord donner la parole à Mme Lake. Vous avez droit à un maximum de cinq minutes.

Deidre Lake (directrice exécutive, Alberta International Medical Graduate Association): Merci.

Je suis la directrice générale de l'Alberta International Medical Graduate Association. Nous sommes au service des médecins formés à l'étranger partout au Canada en leur offrant de l'orientation ainsi que des programmes et des services pour leur intégration réussie au sein du personnel de la santé. Nous sommes pour ainsi dire

un guichet unique pour chaque étape du processus d'obtention d'un permis d'exercice par toutes les voies d'accès au Canada.

Il est primordial que les candidats aient accès aux bonnes mesures de soutien au moment où ils en ont besoin. Notre travail est rendu possible grâce au financement des gouvernements du Canada et de l'Alberta. Nous avons actuellement un bassin de 3 800 membres actifs qui cherchent à obtenir un permis d'exercice ou à faire carrière dans le domaine de la santé. Nous croyons que chaque médecin formé à l'étranger mérite une évaluation juste de ses compétences et de ses connaissances. Je suis convaincue qu'il est possible de mettre en place un processus national permettant d'effectuer rapidement l'arrimage entre les compétences de ces médecins et les besoins en main-d'œuvre.

Une approche éprouvée, utilisée par certaines provinces, est celle de l'évaluation de la capacité à exercer. Dans le cadre de cette voie d'accès, les médecins formés à l'étranger font l'objet d'une évaluation clinique, tout en travaillant en vertu d'un permis provisoire, en vue de déterminer s'ils sont capables d'exercer leur profession de manière indépendante. Les médecins formés à l'étranger qui ne satisfont pas aux critères d'admissibilité ou qui y satisfont, mais ont cessé d'exercer leur profession pendant trois ans ou plus, n'ont pour seules options que de retourner dans leur pays d'origine pour pratiquer de façon indépendante et acquérir une nouvelle expérience récente ou de se livrer concurrence pour le nombre limité de places en résidence dans le cadre du Service canadien de jumelage des résidents.

L'an dernier, 95 % des diplômés en médecine formés au Canada ont bénéficié d'un jumelage en résidence et ont pu s'inscrire à n'importe quel programme de leur choix. En revanche, les médecins formés à l'étranger n'ont pas la possibilité de choisir. Ainsi, en raison du manque de places en résidence, seulement 48 % des médecins formés à l'étranger ont eu droit à un jumelage. En Alberta, les médecins formés à l'étranger doivent faire la preuve d'une présence physique pendant une période donnée. L'Ontario a récemment limité ses places en résidence aux médecins formés à l'étranger qui ont fréquenté l'école secondaire pendant deux ans ou plus dans la province.

Ces restrictions empêchent les médecins formés à l'étranger de soutenir la concurrence à armes égales. Si nous sommes en quête d'excellence, pourquoi ne laissons-nous pas tous les médecins formés à l'étranger admissibles se livrer concurrence pour l'ensemble des places en résidence qui sont offertes? Pourquoi imposer d'autres limites à un groupe qui a déjà des possibilités restreintes au départ, alors même que nous avons besoin de médecins?

Après 20 années de travail avec des médecins formés à l'étranger, je pourrais vous raconter bien des histoires sur la façon dont les coûts liés au permis d'exercice, les évaluations redondantes et répétitives, et les obstacles administratifs aussi inutiles que rigides ont fait en sorte que de nombreux médecins expérimentés n'ont même pas pu se présenter pour une évaluation.

L'un de mes plus récents chauffeurs Uber était un médecin réfugié en provenance de l'Afghanistan. Il ne cherche pas à obtenir un permis d'exercice, mais il se demande bien pourquoi il est jugé dangereux qu'il administre des vaccins. Un médecin de l'Inde, qui a travaillé pendant plusieurs années en Afrique du Sud, a été embauché par la municipalité de Vegreville, en Alberta, mais il a connu des difficultés techniques lors de son examen à distance sur la prise de décisions concernant le traitement. Une interruption du service Internet et la règle « un examen par année civile » ont fait en sorte qu'il ne pouvait reprendre l'examen qu'un an plus tard. Non seulement a-t-il perdu son emploi, mais les patients de Vegreville n'ont pas eu accès à un médecin jusqu'à ce qu'on lui trouve un remplaçant.

Cette année, une quarantaine de nos membres se sont vu refuser la possibilité de poser leur candidature pour une place en résidence en Alberta parce qu'aucune option n'est offerte pour reconsidérer les candidatures qui auraient dû être retenues au départ. Encore une fois, c'est le processus qui prime sur les personnes, et des candidats de qualité ne peuvent même pas concourir.

L'étude que vous menez est cruciale. Nous devons éliminer les obstacles systémiques, passer d'une approche d'exclusion à une démarche d'inclusion, et simplifier les processus afin de permettre aux médecins formés à l'étranger de faire plus rapidement la preuve de leurs compétences. Cela signifie qu'il faut évaluer les médecins formés à l'étranger avant leur arrivée au pays ou dès qu'ils arrivent, déterminer le champ de pratique qui correspond à leur formation et à leur expérience, et faire en sorte qu'ils puissent répondre à nos besoins en main-d'œuvre dans le domaine de la santé.

• (1215)

Nous devons mieux faire pour déterminer qui est en mesure d'accéder directement à la pratique indépendante et qui a besoin d'une formation en résidence partielle ou complète. Il faut augmenter le nombre de pays approuvés en fondant nos décisions sur des données probantes, éliminer la redondance pour ceux qui présentent une demande au Service canadien de jumelage des résidents et offrir des possibilités de transition pour veiller à ce que les médecins formés à l'étranger bénéficient du soutien nécessaire pour travailler à leur plein potentiel et pour que l'on puisse déployer des médecins là où on en a besoin, dans notre intérêt à tous.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, madame Lake.

Nous passons maintenant à la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, représentée par Linda Silas et Baljinder Singh.

Madame Silas, vous avez cinq minutes.

Linda Silas (présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers): Merci beaucoup.

[Français]

Bonjour, madame la présidente.

[Traduction]

Merci au Comité de nous permettre de comparaître aujourd'hui. Je suis désolée de ne pouvoir être présente sur place.

Comme on vous l'a indiqué, je m'appelle Linda Silas. Je suis infirmière autorisée, fière Néo-Brunswickoise et présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers.

Nous représentons plus de 250 000 infirmières et infirmiers de première ligne et étudiants et étudiantes en sciences infirmières.

Permettez-moi de commencer par deux vérités toutes simples. Tout d'abord, le recrutement d'infirmières et d'infirmiers formés à l'étranger doit toujours se faire de manière éthique, dans le respect des relations du Canada avec les pays concernés. Deuxièmement, il est clair que les infirmières et infirmiers formés à l'étranger sont confrontés à de sérieux défis au Canada. Seuls 42 % des immigrants travaillant au Canada et titulaires d'un diplôme en soins infirmiers occupent actuellement un poste d'infirmier ou d'infirmière.

Au début de l'année, notre syndicat a publié, en partenariat avec World Education Services, un rapport complet sur les expériences des infirmières et infirmiers formés à l'étranger. Je pense d'ailleurs que vous en avez tous reçu une copie. Ce rapport est le fruit d'ateliers organisés avec des infirmières et infirmiers formés à l'étranger de toutes les régions du pays et d'une analyse complète du milieu. Le rapport a permis de cerner les obstacles auxquels les infirmières et infirmiers formés à l'étranger sont confrontés depuis des années, soulignant notamment la fragmentation des systèmes de délivrance de permis, les frais élevés, les stages cliniques non rémunérés, le manque de mentorat, le manque de soutien en milieu de travail et la discrimination.

Alors même que l'on recense au Canada des dizaines de milliers de postes vacants en soins infirmiers, nous devons trouver un moyen de mieux soutenir l'intégration des infirmières et infirmiers formés à l'étranger. Notre rapport souscrit à cette volonté et formule de nombreuses recommandations en ce sens. J'en citerai trois.

Premièrement, il faut créer un organisme multipartite de collaboration pour contribuer à l'élaboration de stratégies, à la planification et à la coordination des efforts pour que les infirmières et infirmiers formés à l'étranger soient autorisés à pratiquer et intégrés au système en bénéficiant des mesures de soutien nécessaires. Nous pensons que cette tâche devrait être confiée à Santé Canada. Deuxièmement, il faudrait uniformiser le processus d'accréditation des infirmières et infirmiers formés à l'étranger dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Troisièmement, il convient de mettre en place des programmes de mentorat et de lutte contre les préjugés afin de garantir que, une fois leur permis obtenu, les infirmières et infirmiers soient bien accueillis et restent dans la profession.

Avant d'aller plus loin, j'aimerais vous présenter Baljinder Singh, membre de notre comité consultatif pour notre récent rapport, qui va nous faire part de son expérience.

• (1220)

La présidente: À vous la parole, monsieur Singh.

Baljinder Singh (membre, Comité consultatif pour les infirmières et infirmiers formés à l'étranger, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers): Madame la présidente et distingués membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invité à contribuer à cette importante discussion.

Je m'appelle Baljinder Singh. Je suis un infirmier autorisé formé à l'étranger, et je suis membre du Comité consultatif pour les infirmières et infirmiers formés à l'étranger de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, et ancien membre du Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse. Je travaille actuellement comme chargé de cours à l'École des sciences infirmières de l'Université Dalhousie, à Yarmouth, en Nouvelle-Écosse.

Je suis né en Inde et je suis arrivé au Canada en avril 2017 avec plusieurs années d'expérience en soins infirmiers cliniques et un profond désir de continuer à travailler dans le domaine des soins de santé. Cependant, le retour à ma profession au Canada a été loin d'être facile.

Comme beaucoup d'infirmières et d'infirmiers formés à l'étranger, j'ai dû faire face à des obstacles importants, y compris des exigences de pratique récente, de longs délais de traitement, un manque d'orientation claire et des difficultés financières. Pendant cette période, j'ai dû accepter divers emplois loin de ma profession d'infirmier pour subvenir aux besoins de ma famille. J'ai travaillé au PFK, sur des quais de chargement, comme chauffeur pour Uber, puis comme préposé aux bénéficiaires. Il m'a fallu sept ans pour être autorisé à travailler comme infirmier. J'ai dû obtenir un permis d'exercice aux États-Unis avant que l'on m'en délivre enfin un au Canada.

Malgré ces difficultés, je suis fier d'annoncer qu'avec le soutien de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, j'ai réussi à obtenir mon accréditation en tant qu'infirmier autorisé en avril 2023.

Merci beaucoup de m'avoir consacré du temps et permis de raconter mon histoire.

La présidente: Merci.

Il vous reste une minute, madame Silas.

Linda Silas: Je tiens à remercier M. Baljinder de l'expertise qu'il a apportée à notre comité et à souligner au bénéfice de tous à quel point il est honteux de voir ainsi un infirmier praticien d'un autre pays devoir patienter sept ans et obtenir un permis aux États-Unis avant de pouvoir exercer sa profession en Nouvelle-Écosse. Nous espérons que le Comité formulera des recommandations fermes à l'intention du gouvernement fédéral.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à la Dre Shazeen Suleman, professeure agrégée à Stanford, qui comparait à titre personnel.

Vous avez cinq minutes.

Shazeen Suleman (professeure agrégée de clinique, Stanford University, à titre personnel): Merci, madame la présidente.

Je suis heureuse d'être des vôtres et de pouvoir prendre la parole devant tous les membres du Comité. Les opinions que j'exprime aujourd'hui sont les miennes et ne représentent pas celles de l'Université Stanford ni de toute autre organisation.

Je vais prendre quelques secondes pour vous parler de mon parcours. Je suis pédiatre. Je viens de Cambridge, en Ontario, et mes parents sont venus au Canada à titre de réfugiés. Comme on vient de vous le dire, je suis professeure agrégée à Stanford, mais je suis également scientifique affilié au centre MAP pour des solutions de santé en milieu urbain de l'Hôpital St. Michael's de Toronto, où j'ai pratiqué et enseigné la médecine avant de déménager à Stanford il y a trois ans. C'est aussi là que j'ai mis sur pied la clinique Compass, qui s'occupe des enfants et des jeunes vivant en marge de la société, y compris les enfants handicapés et les enfants réfugiés, immigrants et autochtones. En tant que clinicienne-chercheuse, je dirige un laboratoire qui conçoit et met à l'essai des interventions auprès de ces enfants et de leurs familles afin de réduire les disparités en matière de santé.

Il y a trois points dont je souhaite vous faire part aujourd'hui. Premièrement, je vous demande de ne jamais oublier qu'aucun enfant ne choisit d'être un immigrant ou un réfugié. Ce sont des choix qui sont faits pour eux. En 2036, près de la moitié des enfants du Canada seront des immigrants de première ou de deuxième génération qui devront composer avec les conséquences de décisions prises par des adultes.

Deuxièmement, en tant que pédiatre canadienne, je dois, tout comme vous, travailler suivant les modalités établies par la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par le Canada en 1991. Cette convention reconnaît sans équivoque les droits de tous les enfants qui vivent au Canada, quel que soit leur lieu de résidence ou leur statut d'immigration, et surtout le fait qu'ils ont tous droit à des soins de santé. Pourtant, de nombreux enfants au Canada n'ont pas un accès fiable à de tels soins et aux programmes visant à les garder en santé. Il s'agit notamment d'enfants qui vivent en milieu rural ou éloigné, dont beaucoup sont autochtones, et qui peuvent devoir prendre plusieurs vols simplement pour se rendre à un établissement de santé. Il s'agit aussi d'enfants ayant des troubles du développement qui attendent des années pour accéder aux thérapies spécialisées dont ils ont besoin. Il y a également les enfants qui ne peuvent pas avoir accès à l'Allocation canadienne pour enfants ou qui sont séparés de leurs parents, même s'ils sont eux-mêmes citoyens de ce pays.

Il faut aussi souligner la situation des enfants réfugiés qui ne peuvent pas trouver de fournisseur de soins qui accepte des patients dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire. Lorsque nous avons sondé tous les pédiatres au Canada, moins du quart d'entre eux connaissaient ce programme, et seulement 16 % savaient comment l'utiliser. Par conséquent, de nombreuses personnes qui pourraient en bénéficier ne savent pas comment s'y prendre et attendent que leur état se détériore gravement avant d'obtenir des soins. Ces gens-là se retrouvent alors dans nos salles d'urgence au titre d'un problème de santé qui aurait pu être évité.

Cela m'amène à mon troisième et dernier point. En tant que signataire de la Convention des Nations unies, le Canada a l'obligation de veiller à ce que tous les enfants vivant sur son territoire profitent du même niveau d'accès à des soins de santé de qualité, indépendamment de l'endroit où ils résident ou du statut d'immigration de leurs parents. Nous pouvons tirer des leçons de la province de Québec, qui a étendu la couverture de l'assurance publique à tous les enfants qui y vivent, indépendamment du statut d'immigration de leurs parents, en vertu du projet de loi 83. Dans toutes les autres provinces, ces enfants n'ont pas accès à des soins.

Pour un pédiatre, il est aussi inacceptable que désolant de voir des enfants souffrir. Notre système défaillant est préjudiciable pour tous les enfants du Canada et, ce faisant, pour l'avenir de notre pays. Ayant exercé aux États-Unis et au Canada, en milieu urbain comme en secteur rural, je suis honteuse de devoir vous avouer que j'ai pu fournir de meilleurs soins aux enfants et aux jeunes immigrants aux États-Unis que je ne pourrai jamais le faire au Canada, et ce, grâce à un meilleur accès aux programmes publics d'assurance-maladie et à des processus plus faciles pour l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger.

Il ne fait aucun doute qu'il y a une pénurie de fournisseurs de soins primaires dans notre pays. Permettre aux cliniciens qualifiés formés à l'étranger, y compris aux Canadiens qui rentrent au pays, de pratiquer au Canada est certes une piste de solution intéressante à ce chapitre.

J'ai dit que j'avais trois points dont je voulais traiter, mais j'aimerais en ajouter un quatrième. Les enfants des réfugiés et des immigrants sont comme moi. Ils sont fiers d'être canadiens et déterminés à faire du Canada un pays encore meilleur pour tous ceux qui y vivent. Nous devons leur offrir l'occasion de le faire.

Je vous remercie de votre attention.

● (1225)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons passer à la période de questions avec un premier tour où chaque intervenant aura droit à six minutes, ce qui comprend également les réponses de nos témoins

Je vais commencer par les conservateurs et M. Mazier pour une période de six minutes.

Dan Mazier: Merci, monsieur le président.

Madame Lake, vous avez mentionné que les médecins formés à l'étranger pourraient subir un test de compétence avant leur arrivée au pays. C'est ce que nous ont dit certains de ces médecins qui ont l'impression d'être coincés dans un système défaillant lorsqu'ils arrivent au Canada.

Pouvez-vous nous expliquer comment l'évaluation des compétences avant l'arrivée pourrait contribuer à prévenir les goulots d'étranglement?

Deidre Lake: Nous offrons un soutien pour aider ces professionnels à s'y retrouver dans le système canadien. Entre autres, nous leur recommandons souvent, afin d'accélérer le processus, de voir s'il leur est possible de se prêter à certaines des évaluations requises avant même de venir au Canada. C'est certes un aspect à considérer.

Il s'agit alors de déterminer quels outils sont nécessaires pour mesurer les compétences requises et harmoniser le tout avec nos besoins en matière de soins de santé.

Dan Mazier: Merci.

Madame Lake, croyez-vous que le Canada devrait instaurer un permis national pour les professionnels de la santé, de telle sorte que les médecins puissent exercer sans obstacle d'une province à l'autre?

Deidre Lake: Je pense que nous serions certes favorables à toute mesure permettant d'éliminer les obstacles, aussi bien pour les professionnels déjà sur place que pour ceux qui viennent s'installer au Canada.

Dan Mazier: Connaissez-vous personnellement des gens qui se sont heurtés à de tels obstacles, et pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Deidre Lake: J'en ai même parlé dans mes observations... Nous restreignons les possibilités offertes aux professionnels qui sont ici en établissant des exigences en matière de résidence au pays ou en limitant leur accès à des postes de résident. En outre, il y a un manque de programmes de transition ou d'intégration qui permettraient à ces gens-là de combler les besoins qui sont relevés. Ce manque de possibilités et les autres restrictions applicables sont assurément autant d'obstacles incitant un grand nombre de professionnels à déménager dans une autre province leur offrant de meilleures perspectives d'emploi.

Par exemple, en Alberta, nous avons créé des postes de médecins associés. Nous avons l'un des plus grands programmes d'évaluation de la capacité à exercer pour les spécialistes et les médecins de fa-

mille, et bien sûr, il y a des programmes de résidence partout au Canada, mais il faut vivre en Alberta pour pouvoir poser sa candidature.

Dan Mazier: Madame Lake, verriez-vous d'un bon œil la mise en place d'un système national et rationalisé pour l'évaluation des médecins formés à l'étranger?

● (1230)

Deidre Lake: Oui. Je crois que des démarches ont été entreprises pour donner davantage l'occasion à ces médecins de passer des évaluations de leurs compétences. Nous y sommes certainement favorables. Le problème, à l'heure actuelle, c'est qu'il y a une panoplie de tests et de contrôles que les gens doivent passer avant même qu'ils ne soient considérés. Il est possible qu'ils n'aient jamais la chance d'être évalués.

Il serait judicieux d'améliorer le système pour qu'on puisse évaluer les compétences de ces personnes de façon rationnelle. À partir de là, on saurait quelles fonctions elles peuvent assumer et quelles évaluations il leur reste à passer pour mettre à profit toutes leurs compétences.

Dan Mazier: Madame Lake, selon le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, on compte au pays plus de 13 000 médecins étrangers qui ne pratiquent pas la médecine.

Le gouvernement devrait-il s'employer à autoriser en priorité les médecins étrangers qui sont déjà au Canada, avant d'en rajouter à un système qui est déjà dysfonctionnel?

Deidre Lake: D'après moi, les changements qui ont été faits profitent à ceux qui arrivent maintenant. Il y a en effet beaucoup de médecins étrangers qui sont sous-utilisés ou sous-employés et dont les fonctions ne sont pas à la hauteur de leur potentiel. Je vois d'un bon œil toute mesure qui nous permettrait d'évaluer leurs compétences et de les intégrer au système de santé.

Dan Mazier: Madame Lake, croyez-vous qu'il y a un décalage entre la politique sur l'immigration et les besoins du système de santé?

Deidre Lake: Je ne suis pas une spécialiste des politiques d'immigration. Cela dit, il y a des gens très instruits et très compétents qui viennent s'établir au Canada. Ce serait utile de savoir où les besoins sont les plus grands pour qu'on puisse orienter les gens vers ces régions-là. Il serait positif, en effet, de mieux coordonner l'immigration et les besoins du système.

Dan Mazier: Merci. Ce serait tout à fait possible de faire cela.

Connaissez-vous des gens qui ont émigré au Canada et qui ne travaillent pas dans le système de santé, des gens qui profiteraient grandement des mesures dont on parle aujourd'hui? Ces mesures profiteraient également au système et nous permettraient de répondre aux besoins de nos concitoyens.

Deidre Lake: Les mesures dont on discute aujourd'hui aideraient des milliers de personnes. Pendant la pandémie, il y a beaucoup de monde qui voulait aider le personnel soignant, mais ils avaient les mains liées. Il y en a encore beaucoup qui sont à l'écart, comme le monsieur dont je vous ai parlé, qui est chauffeur pour Uber et qui travaillait en Afghanistan pour l'OMS. Il recherche simplement un emploi qui lui permettrait d'administrer des vaccins ou de renseigner la population générale.

Dan Mazier: Madame Lake, en quoi les évaluations de la capacité à exercer peuvent-elles aider les médecins étrangers à obtenir une autorisation de l'État et à exercer leur profession?

Deidre Lake: Je pense que cette méthode a fait ses preuves. Ce serait utile de créer plus de postes de médecins associés et de permettre à un plus grand nombre de médecins étrangers d'être évalués de cette façon.

Dan Mazier: Merci, madame Lake.

La présidente: Nous allons maintenant passer aux libéraux.

Madame Chi, vous disposez de six minutes.

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci, madame Lake, d'être venue en personne, et merci à tous les témoins d'avoir accepté notre invitation.

J'aurais une première question pour Mme Lake.

Vous avez parlé du processus d'évaluation des médecins formés à l'étranger. Qu'est-ce que nous pourrions faire pour le rationaliser et pour mieux s'aligner sur le Conseil médical du Canada et les ordres provinciaux?

Deidre Lake: C'est une bonne question.

Il a été question de moderniser le processus d'évaluation. On demande, par exemple, des évaluations davantage centrées sur les compétences. Prenons le cas d'un urologue. À l'heure actuelle, les spécialistes doivent passer la partie un de l'examen qualitatif, ce qui les oblige à réétudier tous les champs de la médecine, alors qu'ils ne sont peut-être pas habilités à exercer dans les domaines qui ne sont pas le leur. Pour ces médecins, cela ralentit le processus d'évaluation. On comprend donc l'importance de tenir compte de leurs compétences individuelles. Il convient en effet d'avoir les bons outils pour évaluer leurs compétences et leur formation et veiller à la sécurité des patients.

Il y a bien des choses qu'on pourrait changer au CaRMS aussi. Certains doivent y faire une demande tous les ans et produire chaque fois les mêmes documents. Ils doivent passer un examen d'anglais, par exemple, tous les deux ans, et un test de leurs caractéristiques personnelles chaque année. Ils doivent passer trois évaluations s'ils font une demande en médecine familiale, et ce, dans la mesure où il reste des places. Les contrôles se répètent donc d'une année à l'autre, ce qui n'allège pas le processus et décourage certains d'entre eux de continuer à faire des demandes.

• (1235)

Maggie Chi: Merci, madame Lake.

J'aimerais vous poser une autre question rapidement. À la lumière de votre témoignage, on dirait qu'il y a moyen pour les médecins étrangers d'obtenir un permis d'exercice, mais que certains aspects du système doivent être rationalisés. Diriez-vous que le système n'est pas dysfonctionnel, qu'il a simplement besoin d'être rationalisé et amélioré?

Deidre Lake: Il y a beaucoup de bonnes pratiques et de pratiques émergentes qui ont fait leurs preuves. Dans certaines provinces, par exemple, des infirmières formées à l'étranger peuvent travailler en milieu clinique tout en préparant leurs examens. Ce modèle s'est révélé efficace, et je serais ravie qu'on le mette en place pour les diplômés en médecine. Les membres de mon association aimeraient bien avoir la chance d'acquérir une expérience clinique tout en préparant leurs examens et en se familiarisant avec le système de santé canadien.

Maggie Chi: Merci pour ces observations.

J'aurais une dernière question pour Mme Silas.

Merci de nous avoir rejoints depuis la grande province du Nouveau-Brunswick. J'aimerais vous poser quelques questions rapidement.

Vous avez parlé du manque d'infirmières. Serait-ce le principal problème dans les centres de soins de longue durée et dans notre système de santé en général?

[Français]

Luc Thériault: Madame la présidente, pourriez-vous interrompre l'intervention quelques secondes?

[Traduction]

Maggie Chi: Peut-on arrêter le chrono s'il vous plaît?

[Français]

Luc Thériault: Les interprètes me disent que ma collègue est beaucoup trop loin du microphone et qu'elle parle beaucoup trop bas pour qu'ils soient capables de faire une interprétation correcte.

Ça fait au moins trois fois qu'on me le dit. Je voulais juste mentionner le fait qu'ils ne peuvent pas faire leur travail.

[Traduction]

Maggie Chi: Ah, je suis trop loin du microphone. D'accord.

La présidente: Veuillez parler directement dans le microphone. Les interprètes ne peuvent vous entendre.

Maggie Chi: D'accord.

Est-ce qu'on m'entend mieux?

La présidente: Oui, allez-y.

Maggie Chi: Linda, nous savons que les infirmières subissent des pressions au travail. Vous avez parlé de leur charge de travail et de la difficulté qu'on a à les fidéliser, alors même que la pandémie est en grande partie derrière nous.

J'aimerais savoir comment ces problèmes se manifestent dans les différentes provinces. Les systèmes de santé ne sont pas tous structurés de la même façon. Pourriez-vous nous éclairer, s'il vous plaît?

Linda Silas: Merci.

La crise des soins de santé ne s'arrête pas aux frontières. Une spécialiste des soins de longue durée, Jodi Hall, témoignait pendant la première partie de la réunion. La crise frappe les soins de longue durée, mais aussi les hôpitaux et les communautés.

La charge de travail et l'environnement de travail sont cruciaux. Il faut changer notre culture des soins de santé parce que les infirmières, les médecins et les autres professionnels de la santé quittent le navire. Ils s'en vont. Seulement en soins infirmiers, Statistique Canada rapporte 30 000 postes vacants. Certains quarts de travail sont vides en raison de cette pénurie. Il faudrait environ 60 000 nouvelles infirmières demain matin pour pourvoir les postes en question, et je suis certaine que des statistiques pourraient être invoquées pour les médecins et les autres professionnels des soins de santé.

À propos du personnel infirmier diplômé à l'étranger, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration liminaire, 42 % de ces titulaires de diplôme en soins infirmiers qui se trouvent au Canada ne travaillent pas. C'est complètement absurde. Je ne suis pas une experte de la réglementation, mais je connais très bien les problèmes du milieu de travail, et je sais que le milieu a besoin de ces infirmières. Il faut donc trouver des moyens de régulariser leur situation beaucoup plus vite et de les accueillir dans les communautés.

Maggie Chi: Merci.

Combien de temps me reste-t-il, madame la présidente?

La présidente: Il vous reste une minute et 10 secondes.

Maggie Chi: D'accord.

Je vais partager mon temps avec M. Hanley.

La présidente: Monsieur Hanley, vous avez une minute et neuf secondes.

Merci.

Brendan Hanley: Madame Silas, je suis ravi de vous revoir. Vous avez grandement contribué à l'étude du Comité sur la crise des effectifs du secteur de la santé, à laquelle vous avez aussi réagi. Les nombreuses recommandations formulées à la suite de cette étude ont donné lieu à une réponse détaillée du gouvernement.

Pendant la minute qu'il me reste, j'aimerais revenir à un point que j'ai soulevé dans la première portion de la réunion. J'ai mentionné le Fonds d'action pour la reconnaissance des titres de compétence étrangers prévu dans le budget. Comment cette mesure cadrera-t-elle avec votre deuxième recommandation sur la mise en place d'un processus d'inscription du personnel infirmier diplômé à l'étranger qui serait le même partout au Canada? Y voyez-vous une occasion de mettre en œuvre la recommandation?

• (1240)

Linda Silas: Nous avons bon espoir parce que tout le monde parle des professionnels des soins de santé formés à l'étranger et des préposés aux soins personnels. Nous pensons que le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires trouveront des solutions pour coordonner la réglementation et l'accès à la profession. La clé est là.

Nous sommes optimistes et nous sommes prêts à travailler avec tout le monde.

La présidente: Merci.

Nous passons à M. Thériault.

[Français]

Vous avez la parole pour six minutes.

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Monsieur Singh, je voudrais vous dire que je suis totalement ébloui par votre parcours. Votre détermination et votre persévérance témoignent assurément de votre excellence dans l'exercice de votre profession. On dit que cette profession est une vocation, et vous en êtes la preuve. Je suis ravi de voir qu'il y a des gens de votre qualité au sein de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

Cela étant dit, je vais maintenant m'adresser à Mme Silas.

Madame Silas, vous avez parlé un peu de l'importance du mentorat pour assurer un accueil dans les milieux. Selon Catherine Gail

Montgomery, qui est la directrice scientifique de l'équipe intitulée « Migration et ethnicité dans les interventions en santé et en services sociaux », la reconnaissance des diplômes et des acquis est certainement un défi. Elle dit aussi qu'il y a surtout un défi concernant l'intégration dans les milieux de vie une fois que cela est fait, parce qu'il y a des obstacles possiblement systémiques.

Quelles sont vos observations là-dessus?

Linda Silas: Merci, monsieur Thériault.

Vous avez touché juste. Quand on parle de mentorat, on parle automatiquement de mentorat clinique. Il s'agit d'aider les gens à s'adapter à leur milieu dans les hôpitaux et les foyers de soins. Cependant, notre personnel formé à l'étranger a aussi besoin d'un mentorat culturel.

Comme vous le savez, je viens d'une région très rurale du Nouveau-Brunswick, où il est très difficile pour quelqu'un qui a été formé à l'étranger de travailler dans un hôpital. Cela prend non seulement un mentorat clinique, mais aussi un mentorat culturel. C'est ce qui fait que les personnes restent.

Par exemple, il y a des usines de poisson, dans ma région, où il y a beaucoup d'immigrants du Mexique. On a donc bâti des restaurants et des épiceries qui offrent des spécialités mexicaines, et les personnes restent. On doit penser de la même manière dans toutes nos communautés et dans tous nos domaines de travail.

Luc Thériault: Ce défi lié à l'intégration, vous le percevez dans la pratique et dans les institutions.

Est-ce que je comprends bien?

Linda Silas: C'est bien cela.

Luc Thériault: D'accord.

Plusieurs témoins sont venus nous parler de la difficulté liée au recrutement de personnel infirmier. Cela fait 30 ans que j'entends parler de la question de la reconnaissance des diplômes. Des gens ont vécu des drames humains parce qu'on n'a pas été assez rapide pour les intégrer. Aujourd'hui, il y a une pénurie de main-d'œuvre, et on se décide finalement à agir. Là-dessus, je trouve qu'on a raté le coche.

Au sujet du recrutement dans le domaine des soins infirmiers, on entend dire qu'il est plus difficile de former des étudiantes et des étudiants. En tout cas, c'était le cas au Québec il y a à peine cinq ans.

Est-ce que cette tendance se poursuit?

Que faut-il faire pour retenir la main-d'œuvre? Les conditions de travail se sont tellement détériorées.

• (1245)

Linda Silas: Merci encore, monsieur Thériault.

Dans les écoles de soins infirmiers, nous n'entendons pas parler de difficultés quant au recrutement d'étudiants. Le problème, c'est qu'après la remise du diplôme, ils ne veulent pas travailler à temps plein. Ils acceptent des postes occasionnels ou à temps partiel, parce que la dotation en personnel est problématique et qu'il y a une surcharge de travail.

On assigne trop de patients aux infirmières et infirmiers. Ils ne peuvent pas faire un bon travail, alors ils partent. De plus, il n'y a aucune flexibilité.

C'est pour ça que nous encourageons les gouvernements à régler le nombre de patients par infirmière ou infirmier, au Québec et partout ailleurs au Canada. Les infirmières ou les infirmiers qui travaillent dans une spécialité vont alors savoir de combien de patients ils peuvent prendre soin de façon scientifiquement sécuritaire.

Luc Thériault: J'imagine que tous les ministres de la Santé veulent offrir les meilleurs soins possibles et répondre aux besoins de la population. La résistance quant à l'établissement de ratios appropriés qui correspondent aux critères de pratique scientifique est notamment liée au manque de ressources financières des ministres. Cela les préoccupe.

Le sous-financement chronique de la santé, n'est-ce pas l'éléphant dans la pièce dans les discussions que nous avons aujourd'hui?

Linda Silas: Oui, c'est certainement le cas.

Je viens juste de rencontrer tous les ministres de la Santé. Il est évident qu'ils doivent être à la table des finances pour s'assurer que nous finançons bien nos soins de santé, que ce soit à l'échelon fédéral, provincial ou territorial.

Luc Thériault: Merci.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Nous poursuivons avec une deuxième série de questions de cinq minutes. Je cède la parole à Mme Konanz, du côté des conservateurs.

Madame Konanz, vous avez cinq minutes.

Helena Konanz: Merci, madame la présidente.

Je vais d'abord m'adresser à Mme Lake. Merci d'être venue témoigner.

Comment l'Alberta a-t-elle intégré les diplômés en médecine formés à l'étranger dans le système de santé? En quoi ses processus sont-ils différents de ceux des autres provinces?

Deidre Lake: En Alberta, un de nos atouts est l'évaluation de la capacité à exercer. Ce programme en place depuis longtemps détermine l'admissibilité des généralistes, ou médecins de famille, et des spécialistes. Les possibilités offertes aux candidats en Alberta grâce à ce programme sont par conséquent plus grandes que dans les autres provinces.

Nous avons aussi une cohorte composée de 250 à 300 médecins formés à l'étranger qui travaillent dans des établissements de soins actifs à titre de médecins associés pourvus d'un permis temporaire. Une volonté existe en ce moment d'explorer les possibilités de faire travailler ces personnes comme médecins associés dans le milieu hospitalier entre autres. Nous sommes en faveur de ce projet. Cela ne s'est pas encore concrétisé, mais ce serait une solution pour les personnes qui démontrent des compétences en milieu clinique.

Helena Konanz: Pensez-vous que ce modèle pourrait être utilisé dans les autres provinces? Diriez-vous que cela fonctionne bien?

Deidre Lake: Ce programme établi depuis longtemps était déjà en place en 2004 lorsque j'ai commencé à travailler avec des médecins formés à l'étranger. Il offre une excellente occasion aux personnes qui répondent aux exigences de travailler en milieu clinique.

Je ferais une seule mise en garde au sujet de ce poste: l'exigence d'exercice récent au cours des trois dernières années. Certaines per-

sonnes ne sont pas au courant de ces possibilités, et d'autres ont peut-être interrompu trop longtemps leur exercice. L'exigence d'exercice récent, pour les candidats qui travaillent sous supervision, est comparable à ce qui est prévu dans l'évaluation de la capacité à exercer, au terme de laquelle les candidats travaillent en autonomie.

Helena Konanz: Sauf erreur, vous avez mentionné que 3 800 personnes en Alberta ont présenté une demande de permis d'exercice en soins de santé.

● (1250)

Deidre Lake: Nous comptons 3 800 membres à l'échelle du Canada.

Nous soutenons les personnes en les accompagnant dans le processus de demande de permis d'exercice dans n'importe quelle province.

Helena Konanz: Que pourrions-nous améliorer pour mieux intégrer dans la profession les personnes déjà au Canada qui veulent obtenir un permis d'exercice?

Deidre Lake: Il y aurait certainement les évaluations fondées sur les compétences, qui donneraient l'occasion aux candidats de démontrer leurs compétences, et aux instances concernées, de vérifier l'expérience de travail des candidats... Souvent, nous examinons la formation que la personne a reçue, mais nous ne tenons pas compte des années de formation.

Helena Konanz: Pensez-vous qu'il y a un décalage entre la politique d'immigration et la planification des soins de santé au Canada?

Deidre Lake: Il pourrait certainement y avoir davantage de collaboration et de coordination dans l'encadrement des personnes qui arrivent au pays et dans la prestation d'aide adéquate en temps voulu. Plus tôt, ces personnes reçoivent du soutien, plus grandes sont leurs chances de succès.

Helena Konanz: Merci.

Je vais céder le reste de mon temps à M. Mazier.

La présidente: Vous avez une minute et 26 secondes.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

J'aimerais proposer la motion suivante:

Que, compte tenu du souhait de la ministre de la Santé et de la ministre de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté de comparaître ensemble devant le comité chargé d'étudier l'impact de l'immigration sur les soins de santé, les ministres comparaissent ensemble pendant deux heures et qu'une réunion distincte soit prévue pour entendre les fonctionnaires de leur ministère respectif.

Puis-je procéder au débat?

La présidente: Oui. Vous avez la parole, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Les ministres ont décidé de ne pas donner suite aux recommandations contenues dans notre motion, qui proposait de consacrer une réunion complète à la ministre de la Santé et aux représentants de son ministère, et d'en consacrer une autre à la ministre et aux fonctionnaires d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté. Chaque ministre et ses fonctionnaires devaient se présenter à une réunion distincte.

Un compromis a été fait pour les ministres parce qu'elles souhaitent témoigner lors de la même réunion. Cet arrangement conviendrait au Comité et aux fonctionnaires. Les ministres auraient l'occasion de s'exprimer et de répondre aux questions du Comité, qui seraient toutes raisonnables. Les Canadiens ont assurément beaucoup de questions, particulièrement sur les soins de santé.

La présidente: Vous avez la parole, madame Konanz.

Helena Konanz: Au sujet de la motion, je pense que nous devons respecter le temps des ministres en leur donnant une heure complète, de même que le temps des personnes assises à la table. Rien ne sert de se précipiter. Nous devrions être en mesure de poser autant de questions que nous le voulons. En recevant les deux ministres dans la même heure... Ce n'est pas en nous dépêchant que nous aiderons à la rédaction du rapport.

La présidente: Je cède la parole à Mme DeRidder.

Kelly DeRidder (Kitchener-Centre, PCC): Il faut absolument que les ministres se présentent devant le Comité parce que six millions et demi de Canadiens n'ont pas de médecin en ce moment. Il faut dire aussi que la pression sur le système de santé a été accentuée par la décennie de mauvaises politiques d'immigration. Des médecins sont littéralement chauffeurs de taxi ou d'Uber. Ces faits ont été validés devant le Comité aujourd'hui. Il n'existe pas de processus de reconnaissance des titres de compétences étrangers.

Dans ces circonstances, il nous incombe de demander des comptes au gouvernement. Les Canadiens méritent de savoir ce que fait le gouvernement pour régler le problème. La ministre de la Santé et la ministre de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté doivent absolument venir témoigner.

Merci.

[Français]

La présidente: Monsieur Thériault, vous avez la parole.

Luc Thériault: Je suis d'accord sur la première partie de la motion. Même si j'ai déjà dit que je voulais entendre les ministres séparément, la proposition d'avoir une seule séance de deux heures pour les recevoir tous les deux est un compromis auquel je peux me rallier.

Par contre, j'ai aussi exprimé le fait que le témoignage des fonctionnaires m'intéressait très peu. Si nous les recevons lors d'une autre séance, j'aimerais que nous recevions également d'autres témoins. Si le proposeur est d'accord sur cela, je me rallierai à la motion.

• (1255)

[Traduction]

La présidente: En fait, vous proposez un amendement, monsieur Thériault.

[Français]

Luc Thériault: Nous pouvons le faire de façon formelle, ou le proposeur peut l'intégrer à sa motion.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Mazier, êtes-vous d'accord avec cet amendement?

Dan Mazier: Oui.

La présidente: Toutefois, les amendements ne sont jamais proposés par altruisme. Vous devriez le savoir.

Allez-y, madame Chi.

Maggie Chi: Je pense que M. Thériault a dit ce que je voulais dire. Je voulais m'assurer que les ministres allaient être accompagnés de fonctionnaires de leur ministère parce que le Comité pourrait avoir des questions à leur poser. Ce serait utile d'inviter des témoins en plus des ministres, si nous pouvons le faire.

La présidente: Merci.

Habituellement, les ministres qui viennent témoigner sont accompagnés de représentants de leur ministère. C'est la norme.

Monsieur Mazier, vous avez la parole.

Dan Mazier: Les fonctionnaires seront invités à témoigner à la deuxième réunion. Est-ce exact? Ils peuvent venir aux deux réunions, mais ils participeront assurément à la deuxième.

La présidente: Vous étiez d'accord avec M. Thériault lorsqu'il a proposé, si je ne m'abuse, d'inviter les fonctionnaires à témoigner à une réunion séparée, mais de recevoir également d'autres témoins à cette même réunion.

Dan Mazier: Alors, les ministres témoigneront pendant deux heures. Très bien.

La présidente: Monsieur Powlowski, voulez-vous intervenir dans le débat?

Marcus Powlowski: L'amendement propose-t-il de consacrer pendant la deuxième réunion une heure aux fonctionnaires et une heure aux autres témoins?

La présidente: Est-ce votre proposition, monsieur Thériault?

Il fait signe que c'est le cas.

Dan Mazier: Nous passerons deux heures avec les fonctionnaires et les témoins.

La présidente: Vous voulez deux heures complètes. C'est par fait. S'il n'en tenait qu'à moi, ce serait la norme.

Les fonctionnaires et les autres témoins viendraient comparaître dans le même groupe. Cela vous convient-il?

Marcus Powlowski: C'est un peu étrange. Allons-nous entendre dans le même groupe les fonctionnaires et les autres témoins?

La présidente: Oui. Il n'y a rien de mal à cela.

Marcus Powlowski: D'accord.

Dan Mazier: Les Canadiens ont beaucoup de choses à dire, monsieur Powlowski.

La présidente: Je vais demander le vote.

Dan Mazier: Je voudrais obtenir des précisions, madame la présidente.

La présidente: Allez-y, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Les ministres témoigneront-elles pendant les deux heures de la première réunion?

La présidente: Oui.

Dan Mazier: Très bien. Merci.

La présidente: Avons-nous un consensus?

(L'amendement est adopté.)

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

La présidente: Comme il est presque 13 heures, je remercie les témoins de nous avoir transmis leur expertise et leurs observations et de contribuer ainsi à nos travaux.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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