



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

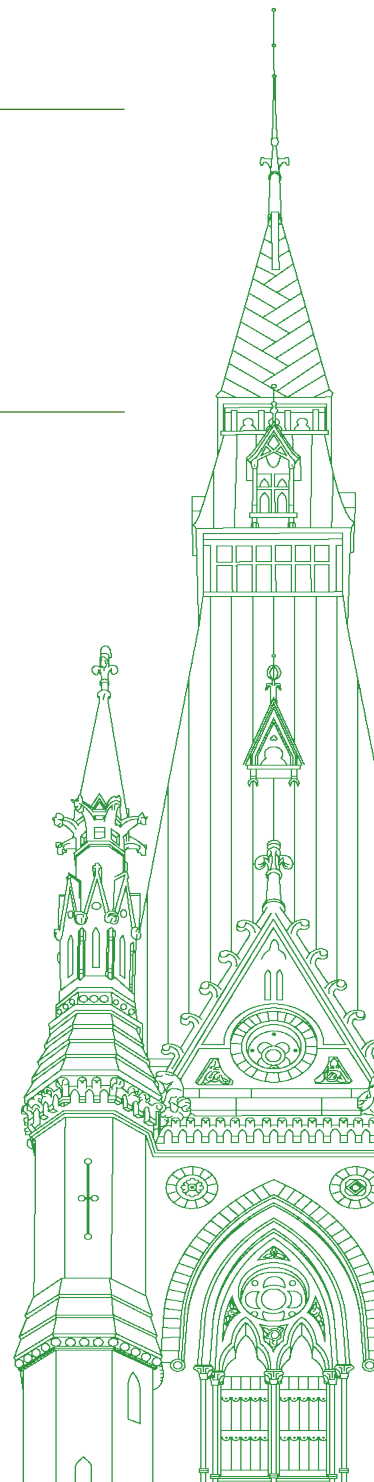
Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 011

Le jeudi 6 novembre 2025

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le jeudi 6 novembre 2025

• (1105)

[Traduction]

Le vice-président (Dan Mazier (Mont-Riding, PCC)): Bonjour à tous. Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la 11^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément au Règlement que nous connaissons tous bien, la réunion d'aujourd'hui se déroulera sous forme hybride.

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

Avant d'accueillir nos témoins, j'ai quelques points d'ordre administratif à régler.

Une motion a été distribuée au sujet de l'accès des membres associés aux cartables numériques au nom de tous les parlementaires, et je sollicite un consentement unanime. Les membres associés n'ont pas accès à ces classeurs numériques pour le moment. Tous les autres comités le leur donnent.

Je demande simplement le consentement unanime pour cette motion. Elle a été distribuée il y a quelques semaines.

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

Le vice-président (Dan Mazier): Nous avons le consentement unanime. Très bien. Merci.

Sur ce... oui?

Burton Bailey (Red Deer, PCC): Je voudrais parler d'un courriel envoyé par un député libéral avant la réunion d'aujourd'hui.

Le vice-président (Dan Mazier): Souhaitez-vous prendre la parole, monsieur Bailey?

Burton Bailey: Oui, je souhaite prendre la parole, monsieur le président.

Le vice-président (Dan Mazier): Très bien. Merci.

Burton Bailey: Je souhaite parler d'un courriel qu'un député libéral a envoyé avant la réunion d'aujourd'hui selon lequel une de nos organisations témoins serait impliquée dans une sorte de complot concernant la liberté de religion des Canadiens.

J'aimerais citer le courriel du député libéral de Winnipeg-Ouest:

Je viens de prendre conscience d'un piège que les conservateurs pourraient tendre avec l'organisation catholique. Ils se décrivent comme ayant des « valeurs catholiques ». Ils prétendent que le gouvernement libéral prévoit de retirer le statut d'organisme de bienfaisance aux organisations religieuses. Il en a été question pendant la campagne électorale et ils soumettent régulièrement des pétitions à ce sujet.

J'aimerais savoir ce que le député entend par « les conservateurs se décrivent comme ayant des valeurs catholiques ». Que sont les valeurs catholiques pour le député? Qu'y a-t-il de mal à avoir des valeurs catholiques? Je trouve répréhensible que le député libéral utilise le terme « valeurs catholiques » de manière négative, surtout en présentant un de nos témoins aujourd'hui, une organisation communautaire qui fait du bon travail depuis plus de 40 ans en matière de programmes, d'éducation et d'intégration sociale des nouveaux arrivants, comme faisant partie d'un plus vaste complot.

Nous sommes ici pour recueillir les points de vue de différentes organisations et personnes sur l'impact de l'immigration sur les soins de santé au Canada. Les libéraux dénigrent la liberté de religion des Canadiens, ce qui est tout à fait caractéristique de leur comportement et prouve une fois de plus que les opinions de notre société... n'ont aucune valeur et qu'ils veulent détruire notre société et nos valeurs.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci, monsieur Bailey. Était-ce simplement une déclaration?

Burton Bailey: Oui.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Monsieur le président, puis-je répondre?

Le vice-président (Dan Mazier): Non. Nous sommes en plein milieu d'une étude.

Doug Eyolfson: Quelque chose a été dit au sujet de ce que j'ai envoyé. Si vous l'avez laissé s'exprimer, j'insiste pour avoir la possibilité de répondre.

Le vice-président (Dan Mazier): Tout d'abord, je lui ai donné la parole. Je ne vous ai pas donné la parole. J'ai dit que nous allions poursuivre l'étude. Nous allons donc poursuivre l'étude et continuer d'avancer.

Doug Eyolfson: Objection. J'ai une question de privilège, monsieur le président.

Le vice-président (Dan Mazier): Oui.

Doug Eyolfson: Vous avez dit que nous poursuivions l'étude. Vous avez donné la parole à l'autre député. On m'accuse de quelque chose, et j'insiste pour avoir la possibilité de répondre et de clarifier les choses, car je pense que mes propos ont été déformés. J'insiste pour avoir la possibilité de répondre à cela.

Le vice-président (Dan Mazier): Monsieur Eyolfson, nous avons ici des témoins venus de tout le pays. Nous avons ici des députés. Je suis désolé...

Doug Eyolfson: Alors pourquoi avez-vous donné la parole à M. Bailey pour cela?

Le vice-président (Dan Mazier): Parce qu'il l'a demandée.

Doug Eyolfson: Oui, et je demande également la parole.

Le vice-président (Dan Mazier): Je ne vous l'ai toutefois pas donnée.

Doug Eyolfson: Non.

Le vice-président (Dan Mazier): Vous venez de commencer à parler.

Doug Eyolfson: J'ai demandé la parole. M. Bailey a demandé la parole.

Le vice-président (Dan Mazier): Si vous souhaitez y revenir après que les témoins aient terminé...

Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Sur la question de privilège, je pense qu'il a raison. Vous avez donné la parole à l'un des conservateurs, qui n'était pas un témoin. Nous devrions bénéficier du même droit de parole dans cette affaire. Sinon, cela donnerait l'impression que le président, qui est censé être impartial, fait preuve de partialité.

Le vice-président (Dan Mazier): D'accord. Comme d'habitude, monsieur Powlowski, vous m'avez convaincu.

Très bien.

Doug Eyolfson: Merci.

J'aimerais clarifier...

Le vice-président (Dan Mazier): Mais, je vous en prie, ne faites pas... Nous avons des témoins et nous devons continuer.

Doug Eyolfson: Je comprends. J'insiste simplement pour répondre. Je serai bref.

Tout d'abord, mes excuses pour avoir envoyé un « répondre à tous ». La référence que j'ai faite ne visait pas à dénigrer les valeurs catholiques. Si j'ai soulevé cette question, c'est parce qu'il y a eu une déclaration... Il n'y a pas de dénigrement de l'organisation, mais j'ai entendu, à la Chambre, plusieurs pétitions présentées par le Parti conservateur au sujet d'une allégation selon laquelle notre parti entend supprimer le statut d'organisme de bienfaisance pour les organisations religieuses, ce qui est faux et qui est inclus dans le texte. C'est pourquoi j'ai soulevé cette question.

Il n'y a aucun dénigrement de cette organisation. Il n'y a aucun dénigrement des personnes de foi catholique. Il s'agit simplement de demander aux députés de se préparer à ce que ce point particulier soit soulevé et d'apporter des éclaircissements à ce sujet.

C'est tout ce que j'avais à dire.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci, et merci d'avoir été bref.

Merci aux témoins de participer à l'étude d'aujourd'hui.

Nous avons trois parties devant nous. Nous recevons Krissy Bell, de l'Association canadienne de physiothérapie; Shamira Madhany, de World Education Services; ainsi que le Dr Ali Amiri et la Dre Antanina Hulko, des Catholic Community Services of York Region.

Nous commencerons par Krissy Bell.

Vous disposez de cinq minutes pour vos observations préliminaires, après quoi les membres du Comité vous poseront des questions.

Krissy Bell (cheffe de la direction, Association canadienne de physiothérapie): Je vous remercie, monsieur le président, mes-

dames et messieurs les membres du Comité, de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui au nom de l'Association canadienne de physiothérapie, l'ACP, qui représente plus de 30 000 physiothérapeutes agréés.

Les physiothérapeutes sont des professionnels de la santé des soins primaires de premier recours. Ce sont des praticiens réglementés qui s'appuient sur des données probantes pour aider les Canadiens à se remettre d'une blessure ou d'une maladie, à gérer des affections chroniques et à conserver leur mobilité et leur autonomie. Notre profession joue un rôle clé pour ce qui est d'alléger la pression sur le système de santé, en évitant aux gens de se rendre aux urgences, en raccourcissant les séjours hospitaliers et en favorisant un rétablissement plus rapide après une opération et un retour au travail plus rapide après une blessure. Rien que dans la prise en charge et le traitement des maux de dos, de l'arthrose et des maladies coronariennes, la physiothérapie réduit le fardeau financier du système de santé de 232 millions de dollars par an.

Au cours de la dernière décennie, le nombre de physiothérapeutes formés à l'étranger, les PFE, n'a cessé d'augmenter. En 2014, ils représentaient environ 14 % de l'effectif. Aujourd'hui, ils représentent près d'un quart, ou 25 %, des physiothérapeutes qui exercent au Canada. Ils sont plus de 7 600, et leur nombre continue d'augmenter.

Grâce aux PFE, les Canadiens continuent d'avoir accès à des services de physiothérapie en des temps de pénuries croissantes. Les PFE aident à répondre à la demande des patients, notamment tandis que la population vieillit et que les maladies chroniques augmentent. Ils ne se contentent pas de pourvoir des postes, ils renforcent l'excellence professionnelle.

Pourtant, malgré ce succès, beaucoup de demandeurs formés à l'étranger ont encore des parcours longs, complexes et coûteux à franchir pour exercer au Canada. Il leur faut attendre jusqu'à deux ans pour obtenir un permis d'exercice et acquitter des frais de près de 2 000 \$. Ce montant ne couvre que l'évaluation clinique et pas les programmes de transition ou de langue qu'ils peuvent suivre pour garantir leur réussite.

En tant que partenaire, l'ACP soutient le travail continu de l'ACORP, l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. L'Alliance fait de réels progrès en doublant le nombre de sessions d'examens, en numérisant l'évaluation des titres de compétences et en lançant un nouveau parcours d'accréditation préapprouvée afin d'accélérer la reconnaissance des titres. Cependant, des goulots d'étranglement subsistent dans le système, et c'est là qu'un leadership fédéral peut faire bouger les choses.

Faciliter l'intégration des PFE par des programmes de transition plus rapides pour la reconnaissance des titres de compétences et des incitations ciblées produira des résultats immédiats et mesurables pour les patients comme pour le système de santé.

Nous avons au Canada 15 programmes de physiothérapie accrédités. Un autre en cours d'agrément et nous en sommes très heureux. En 2023, ces programmes accueillaient 1 166 étudiants. Environ 950 étudiants obtiennent leur diplôme par an, alors que 1 800 nouveaux postes sont à pourvoir parallèlement. Le nombre de diplômés qui entrent dans le système ne suit simplement pas la croissance démographique ou la demande de main-d'œuvre.

Les places dans les programmes de maîtrise canadiens sont très disputées. Certains programmes reçoivent plus de 1 000 candidatures pour 60 ou 70 places. Ce nombre important de candidats incite certains Canadiens à aller suivre une formation à l'étranger. En aidant ces Canadiens à revenir exercer au Canada, le pays peut augmenter sa main-d'œuvre rapidement et de façon économique.

Il faut au moins six ans pour devenir physiothérapeute, en suivant des études de premier et deuxième cycle. Quand ils obtiennent leur diplôme, les étudiants ont accumulé environ 40 000 \$ de dettes en moyenne, ce qui les décourage souvent d'exercer dans les régions rurales et éloignées, où les pénuries sont persistantes.

Nous avons été heureux de voir que le gouvernement libéral s'engageait à élargir aux physiothérapeutes le programme d'exonération de remboursement de prêts d'études canadiens. J'encourage vivement le Comité à demander à savoir où en est ce programme qui devait entrer en vigueur ce mois-ci. Des milliers d'étudiants attendent des nouvelles avec impatience.

Au cours des 10 prochaines années, 18 700 postes de physiothérapeutes devraient être créés, en grande partie pour faire face à la demande croissante de services et au vieillissement de la population.

Que peut faire le gouvernement fédéral? À court terme, financer les mesures que prend l'ACORP pour simplifier la reconnaissance des titres de compétences; fournir des subventions et des bourses aux Canadiens formés à l'étranger pour qu'ils reviennent exercer au Canada; financer des programmes de transition qui accélèrent l'obtention du permis d'exercice, en s'inspirant de modèles provinciaux qui ont fait leurs preuves, comme le programme de bourses de la Colombie-Britannique pour les physiothérapeutes formés à l'étranger; et encourager à exercer en milieu rural et éloigné, en élargissant aux physiothérapeutes le programme d'exonération de remboursement de prêts d'études et d'autres programmes de ce type.

À long terme, le gouvernement pourrait accroître la capacité de formation des programmes d'enseignement de la physiothérapie au Canada et renforcer les données sur la main-d'œuvre et les cadres de mobilité, afin de permettre aux physiothérapeutes de passer plus facilement d'une province et d'un territoire à l'autre.

En résumé, la physiothérapie est une des solutions les plus sous-utilisées au Canada pour relever les défis en matière de soins de santé. En investissant dans la formation, la reconnaissance et l'intégration, nous pouvons constituer un effectif résilient, améliorer l'accès aux soins et obtenir de meilleurs résultats pour les Canadiens à moindre coût.

• (1110)

Je vous remercie encore une fois de m'avoir invitée à comparaître devant vous aujourd'hui. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Le vice-président (Dan Mazier): Bravo. Vous avez respecté le temps imparti à la seconde près. C'est impressionnant.

World Education Services est le prochain intervenant, avec Shamira Madhany.

Shamira Madhany (directrice générale, Canada et directrice exécutive adjointe, World Education Services): Je vous remercie, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je m'appelle Shamira Madhany. Je suis directrice générale, Canada et directrice exécutive adjointe de World Education Services, ou WES.

Au nom de WES, je suis heureuse de participer à cette importante étude sur l'impact de la politique d'immigration sur les soins de santé et les obstacles qui empêchent les professionnels de la santé formés à l'étranger de contribuer pleinement au système de santé canadien.

WES est une entreprise sociale à but non lucratif qui s'attache depuis plus de 50 ans à favoriser l'inclusion éducative, économique et sociale des immigrants, des réfugiés et des étudiants étrangers. Depuis 2013, nous sommes l'une des cinq organisations désignées par IRCC pour évaluer les diplômes des candidats à la filière Entrée express, afin de faciliter la vérification des titres de compétences étrangers. Dans les soins de santé, nous travaillons en étroite collaboration avec les acteurs du système et les groupes représentant les professionnels de la médecine et des soins infirmiers formés à l'étranger, afin de lever les obstacles systémiques qui empêchent les professionnels immigrés qualifiés d'obtenir un permis d'exercice et de travailler dans leur profession.

Monsieur le président, mesdames et messieurs, dans tout le Canada, les systèmes de santé sont en crise et vont au-devant d'une pénurie prévue de plus de 117 000 infirmières d'ici 2030 et de plus de 20 000 médecins de famille d'ici 2031. Parallèlement, des milliers de professionnels de la santé formés à l'étranger, les PSFE, qui vivent au Canada, sont prêts et qualifiés pour apporter leur aide. Beaucoup sont citoyens canadiens ou résidents permanents. Cependant, malgré leurs qualifications, leur formation et leur expérience, près de la moitié d'entre eux ne travaillent pas dans leur profession.

Les obstacles systémiques qui empêchent les PSFE d'obtenir leur permis d'exercice sont bien connus. Leur sous-utilisation entraîne des coûts économiques et sociaux considérables. Cependant, plutôt que de me concentrer sur les obstacles, je me concentrerai sur les solutions.

Des solutions efficaces qui ont un impact positif sont mises en oeuvre dans tout le pays et dans toutes les professions de la santé. Cependant, ces initiatives ne sont pas harmonisées et elles contribuent à une mosaïque de processus d'agrément, de critères et de soutiens aux PSFE de plus en plus fragmentée. Les résultats en matière d'agrément peuvent donc dépendre de l'endroit où une personne cherche à obtenir son agrément.

Étant donné la complexité des systèmes et les parties concernées, des approches pancanadiennes, interministérielles et multisectorielles s'imposent. Un leadership fédéral doit guider les efforts visant à trouver des solutions et à les harmoniser, avec, à cet égard, une collaboration entre les ministères fédéraux et les différents ordres de gouvernement, ainsi qu'avec les organismes de réglementation, les systèmes d'éducation en matière de santé, les employeurs du secteur de la santé, les organisations représentant les PSFE eux-mêmes et des partenaires non gouvernementaux.

WES recommande pour y parvenir que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans l'élaboration d'une stratégie pan-canadienne et la création d'un organisme de coordination. Si les provinces réglementent les professions, le gouvernement fédéral a un rôle essentiel à jouer pour ce qui est de garantir la cohérence, l'uniformité et l'équité dans tout le pays. Le gouvernement fédéral devrait mettre en place un mécanisme permanent, interministériel et intergouvernemental pour guider la stratégie, la planification et l'harmonisation entre les portefeuilles de l'immigration, de la santé et du travail.

Cet organisme de coordination permettra d'atteindre trois résultats clés.

Premièrement, il simplifiera et harmonisera les voies d'accès au permis d'exercice pour les PSFE en définissant des normes nationales fondées sur des données probantes et des compétences.

Deuxièmement, il facilitera la mise en place de cadres fédéraux pour mettre en oeuvre et élargir des pratiques exemplaires éprouvées, notamment des processus d'inscription modernisés, des modèles d'expérience clinique et d'évaluation supervisées, et des aides à l'orientation professionnelle adaptées à des professions particulières. Il harmonisera également la sélection des immigrants et l'octroi des permis d'exercice, en veillant à offrir aux personnes invitées dans le cadre d'une sélection par catégorie dans les professions de la santé des voies viables pour obtenir un permis et exercer au Canada.

Troisièmement, il soutiendra la mise en oeuvre d'une stratégie globale en matière de données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, qui comprendra des renseignements sur les PSFE, ce qui permettra de planifier, de prendre des décisions et d'évaluer en se fondant sur des données probantes.

Notre mémoire contient des détails supplémentaires, dont je serais heureuse de parler pendant la période de questions.

• (1115)

En conclusion, les talents dont nous avons besoin pour régler bon nombre de nos problèmes en matière de soins de santé se trouvent déjà au Canada et sont prêts à apporter leur contribution. La question est de savoir si nous pouvons harmoniser nos systèmes pour les reconnaître et les mobiliser.

Merci.

• (1120)

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Notre dernier témoignage sera celui des Catholic Community Services of York Region.

Je crois que vous partagez votre temps de parole. Vous disposez chacun de deux minutes et demie.

Ali Amiri (médecin international, Catholic Community Services of York Region): Oui, c'est exact.

Le vice-président (Dan Mazier): Je vous en prie. Bienvenue.

Ali Amiri: Merci.

Monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer.

Je m'appelle Ali Amiri. Je suis né et j'ai grandi en Iran. Je suis arrivé 12^e sur 150 000 candidats à l'examen national d'admission à l'université de mon pays, j'ai suivi une formation de médecin et j'ai

travaillé pendant plus de quatre ans avant d'obtenir un doctorat clinique en Europe. Pour finir, je suis venu au Canada en tant que chercheur postdoctoral au Réseau universitaire de santé, où je travaille dans la recherche sur le cancer.

À mon arrivée, je me suis trouvé face à un système que je ne comprenais pas tout à fait. Le parcours d'un diplômé international en médecine, un DIM, est long, exigeant et incertain. Les Catholic Community Services of York Region, les CCSYR, m'ont aidé à y voir clair. Dans leurs groupes de soutien gratuits pour les DIM, j'ai pu me préparer à mes examens. Aujourd'hui, je fais du bénévolat pour aider les autres.

Les CCSYR sont un organisme d'aide à l'établissement et de counselling à but non lucratif qui sert les communautés de nouveaux arrivants dans la région de York depuis 1980. Depuis 2010, ils proposent aux professionnels de la santé formés à l'étranger des groupes d'études et de mentorat pour les aider à s'intégrer et à contribuer au système de santé canadien.

Comme beaucoup d'autres DIM, j'ai fait du Canada ma patrie et je suis profondément déterminé à servir sa population. Cependant, malgré leurs qualifications et leur dévouement, les DIM se heurtent toujours à des obstacles qui les empêchent de contribuer au système qui leur tient tellement à cœur.

Sur près de 4 000 postes de résidence sur l'ensemble du Canada, seuls 180 environ sont ouverts aux DIM au premier tour cette année. Aujourd'hui, 6,5 millions de Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille. Nos salles d'urgence sont surchargées parce que les gens n'ont pas rapidement accès à des soins primaires. Cela met à rude épreuve les hôpitaux, les prestataires et les patients. Or, nous pourrions remédier en partie à cette situation en délivrant des permis d'exercice à plus de DIM.

En conclusion, je prie respectueusement le Comité de reconnaître la valeur qu'apportent les DIM, de promouvoir l'équité et la transparence dans les politiques et d'élargir les possibilités de formation supervisée et de résidence dans tout le Canada. Tout ce que je dis, c'est que nous ne sommes pas des étrangers: nous sommes Canadiens par choix.

Je vous remercie de votre attention.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Antanina Hulko (médecin international, Catholic Community Services of York Region): Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je suis la docteure Antanina Hulko. Avant de venir au Canada, j'ai travaillé comme chirurgienne généraliste à l'hôpital régional de Minsk, où j'ai opéré des centaines de patients et formé de jeunes médecins. Pour moi, la chirurgie n'a jamais été seulement une question de compétences. Il s'agit de sauver des vies dans les moments les plus fragiles.

En 2020, je suis arrivée à Toronto avec le rêve de poursuivre ma carrière médicale et de redonner à ce pays qui m'a accueillie. Lorsque la pandémie s'est abattue sur nous, j'ai frappé à toutes les portes possibles pour offrir mon aide. Aujourd'hui, cinq ans plus tard, je continue de servir les Ontariens, à présent au centre de soins de longue durée de Downsview, où je m'occupe des résidents avec dévouement et compassion, mais bien sûr pas comme médecin.

Depuis le début, j'ai travaillé sans relâche pour répondre à toutes les normes médicales canadiennes, en passant la partie 1 de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, l'EACMC, et l'examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation, la CNE, et en obtenant de titre de Licencié du Conseil médical du Canada, ou LCMC. Je me préparais à postuler à une résidence en Ontario lorsque, il y a quelques semaines à peine, la province a annoncé une nouvelle politique limitant l'admissibilité des médecins formés à l'étranger qui n'ont pas fait leurs études secondaires en Ontario au premier tour du Service canadien de jumelage des résidents, le CaRMS, de 2025. Cette décision place nombre d'entre nous dans une situation impossible.

Bien que je sois citoyenne canadienne, que je vive, travaille et paie des impôts ici depuis cinq ans, je ne peux plus postuler pour une résidence dans ma propre province. Les règles ont changé en cours de route, après des années d'effort, d'investissement et d'espoir. Au-delà de la perte personnelle, cette politique limite également la capacité du Canada de répondre à la pénurie croissante de soins de santé. Il y a déjà ici des centaines de médecins qualifiés, prêts à exercer, si seulement on leur en donne la possibilité.

Je me présente devant vous non seulement en tant que chirurgienne, mais aussi en tant que Néo-Canadienne qui croit profondément aux valeurs d'équité, de chance donnée et de service de ce pays. Mon parcours, des salles d'opération de Biélorussie aux établissements de soins de longue durée de Toronto, reflète à la fois ma gratitude et ma détermination à donner en retour.

Nous, médecins formés à l'étranger, ne demandons pas de traitement spécial, mais seulement une chance équitable d'apporter notre contribution, de retourner dans les salles d'opération, de soigner les patients qui ont besoin de nous et de renforcer le système de santé qui est devenu le nôtre.

Le Canada m'a donné un foyer. Je suis prête à lui offrir mes mains, mes compétences et mon cœur.

Je vous remercie.

• (1125)

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Nous allons entamer notre première série de questions.

Nous donnons la parole à M. Strauss, du Parti conservateur, pour six minutes.

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

Merci, mesdames et messieurs les témoins.

Mes questions s'adressent aujourd'hui au Dr Amiri et à la Dre Hulko. Vos témoignages étaient très émouvants.

Il me semble que vous dispensiez tous deux des soins spécialisés dans votre pays d'origine, ou des formations spécialisées.

Ali Amiri: J'étais médecin généraliste.

Matt Strauss: Oh, je vois. D'accord, de toute façon, je crois comprendre que vous avez l'un et l'autre passé l'EACMC.

Ali Amiri: Oui.

Matt Strauss: C'est le cas, et cela vous surprendra peut-être, mais le président de la Fédération des ordres des médecins du Canada est venu nous parler et nous a dit que, si un DIM a obtenu le titre de FRCPC du Collège royal, pour les spécialistes, ou si le

CMFC — j'ai toujours du mal avec cet acronyme — le Collège des médecins de famille du Canada leur a délivré des titres de compétences, il n'aura aucun problème à obtenir son permis d'exercice provincial.

Êtes-vous tous les deux autorisés à passer ces examens à l'heure actuelle?

Ali Amiri: Je ne pense pas. À ma connaissance, nous n'y sommes pas autorisés.

Je passe par le CaRMS pour postuler à une résidence, car je n'étais pas spécialisé dans mon pays d'origine.

Matt Strauss: Je vois.

Ali Amiri: Je postule par l'intermédiaire du CaRMS, et je pense que le processus du CaRMS est complètement différent.

Matt Strauss: Docteur Hulko, est-ce également votre cas, vous n'êtes pas autorisée non plus à passer l'examen d'associé en chirurgie générale au Canada?

Antanina Hulko: Pas vraiment. J'étais spécialiste dans mon pays. Je serais peut-être admissible à cet examen. Cependant, notre système d'enseignement de troisième cycle est, malheureusement, différent du système canadien, donc la résidence est également ma voie.

Matt Strauss: Je vois. Docteur Hulko, si vous étiez autorisée à passer l'examen du Collège royal pour les chirurgiens demain, saisseriez-vous cette occasion?

Antanina Hulko: Absolument.

Matt Strauss: Pensez-vous que vous réussiriez cet examen?

Antanina Hulko: Absolument.

Matt Strauss: Docteur Amiri, si vous étiez autorisé à passer l'examen du Collège des médecins de famille demain, saisseriez-vous cette occasion?

Ali Amiri: Oui, sans hésitation.

Matt Strauss: Et pensez-vous que vous le réussiriez?

Ali Amiri: Oui, sans aucun doute.

Matt Strauss: Il me semble qu'il y a un problème d'intégrité des examens. Si des personnes qui ont exercé la médecine à l'étranger, qui ont la citoyenneté canadienne et qui pensent pouvoir réussir l'examen ne sont pas autorisées à le passer, il y a une injustice à la base.

Êtes-vous aussi de cet avis?

Ali Amiri: Bien sûr. Selon moi, d'après ce que j'ai compris, le problème n'est pas de réussir aux examens. Nous avons beaucoup de médecins. Nous avons beaucoup de DIM qui satisfont à toutes les qualifications et exigences, mais qui n'ont toujours pas la possibilité d'apporter leur contribution.

Matt Strauss: Lorsque vous êtes arrivés au Canada, tous les deux, pensiez-vous pouvoir exercer la médecine?

Ali Amiri: C'est la raison pour laquelle je suis venu ici. Je suis venu ici pour être médecin.

Matt Strauss: Je vous en prie, docteur Hulko.

Antanina Hulko: C'était mon rêve. C'était mon objectif aussi. Cependant, je pense que je ne savais pas vraiment à quel point ce serait difficile, exigeant et coûteux, et combien de temps cela prendrait.

Matt Strauss: Il me semble que, d'une certaine manière, la main droite ne sait pas ce que fait la main gauche. Le ministère de la Santé fédéral dit que nous avons besoin de médecins, puis le ministère de l'Immigration dit qu'il en fera venir et, ensuite, les organismes directeurs des professions de la santé qui, comme nous l'avons compris, sont des organismes fédéraux chargés de la gestion de ces examens, disent que vous ne pouvez même pas passer les examens.

Conviendrez-vous avec moi qu'il semble y avoir une sorte de contradiction et que l'administration devrait intervenir?

Antanina Hulko: C'est certain, et c'est frustrant pour nous aussi. À un certain moment, c'est comme si les exigences étaient là d'un côté, mais de l'autre, nous faisons un pas, et le deuxième pas est si difficile et irréalisable. Cela prend beaucoup de temps et nous éloigne de la pratique. Il y a tellement d'obstacles, même lorsque les politiques changent en cours de route. Honnêtement, c'est injuste, frustrant et inattendu.

Matt Strauss: Nous avons reçu le président du Conseil médical du Canada, et il a dit que oui, on laisse les gens passer les examens. En général, les gens ne connaissent pas les examens à l'avance. Ces examens sont difficiles. Les examens ne prouvent peut-être pas tout à fait la maîtrise de l'anglais, mais il serait très difficile de les réussir sans une bonne maîtrise de l'anglais. Il a même dit que ce n'était pas le cas pour les examens du Collège royal et des médecins de famille.

Je réfléchis simplement à votre expérience avec le CMC. Diriez-vous que ces examens étaient bons, qu'ils étaient équitables, qu'ils étaient difficiles et qu'ils testaient votre capacité à exercer la médecine?

• (1130)

Antanina Hulko: D'après mon expérience, c'est un examen difficile, mais vous savez quoi? Disons que je suis spécialiste et que j'exerce depuis longtemps, mais cet examen, celui du CMC, est l'examen de base pour toute la médecine. Essentiellement, je dois me rappeler et répéter tout le programme universitaire, même si j'étais chirurgienne, une chirurgienne en exercice. Je ne pense pas que cela ait beaucoup de sens.

Matt Strauss: Je pense qu'il est juste de dire que des spécialistes au Canada aujourd'hui auraient du mal à repasser ces examens de médecine, mais vous l'avez fait tous les deux.

Le vice-président (Dan Mazier): Il vous reste 40 secondes.

Matt Strauss: Je vous dirais qu'il me semble que tous les témoins qui viennent ici décrivent ces examens nationaux du Collège royal et du Collège des médecins de famille du Canada comme un véritable obstacle. Il semble injuste qu'on ne soit même pas autorisés à les passer. Fixons un temps pour passer l'examen et voyons comment vous vous en sortez.

L'un de vous deux retourne-t-il dans son pays d'origine ou ailleurs pour exercer la médecine afin de maintenir ses compétences à jour?

Ali Amiri: C'est notre option de dernier recours. Nous préférons rester ici pour servir les Canadiens, si possible, mais en dernier recours, cela pourrait être une option.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci à vous deux.

Monsieur Powlowski, vous disposez de six minutes.

Marcus Powlowski: Docteur Hulko et docteur Amiri, aucun de vous deux n'exerce la médecine. Est-ce exact?

Docteur Amiri, vous avez dit avoir réussi ce qui s'appelait autrefois l'examen du LCMC. Il porte désormais un autre nom. Il s'agit de l'examen pour obtenir le permis d'exercer auquel la Dre Hulko a fait référence. Je pense qu'elle l'a appelé le LCMC elle aussi.

Ali Amiri: Je pense que nous avons tous les deux réussi tous les examens et que nous postulons cette année au CaRMS.

Marcus Powlowski: Vous avez tous les deux exercé.

Ali Amiri: Nous n'exerçons pas.

Marcus Powlowski: Je suis désolé. Vous avez tous les deux obtenu votre permis.

Ali Amiri: Oui.

Marcus Powlowski: Docteur Hulko, vous avez dit qu'il vous fallait retourner étudier la psychiatrie, la pédiatrie, etc. L'avez-vous fait?

Antanina Hulko: Oui, je l'ai fait.

Marcus Powlowski: Vous avez réussi.

Antanina Hulko: J'ai tout réussi.

Marcus Powlowski: Félicitations. C'est très bien.

Antanina Hulko: Merci.

Marcus Powlowski: Avez-vous envisagé la possibilité de passer des évaluations de la capacité à exercer? En Ontario, je crois que le Collège des médecins et chirurgiens offre un certain nombre de postes. C'est pour la médecine générale.

Docteur Amiri, avez-vous examiné cette possibilité?

Ali Amiri: Je l'ai fait, mais mon objectif principal est de faire une résidence ici. L'exigence de pratique récente est un obstacle dans mon parcours, si je veux demander une évaluation de la capacité à exercer. Ce n'est pas seulement mon cas, mais celui de beaucoup de médecins formés à l'étranger qui viennent au Canada. Ils n'exercent pas dans une clinique. Nous ne pouvons pas remplir ici l'exigence de pratique récente. Nous n'en avons pas la possibilité. Nous devons retourner dans notre pays d'origine et...

Marcus Powlowski: Selon le Collège de l'Ontario, depuis combien de temps devez-vous avoir exercé pour pouvoir passer une évaluation de la capacité à exercer?

Ali Amiri: Pour être honnête, comme je me concentre sur la candidature au CaRMS, je ne suis pas entré dans les détails. Je préfère faire une résidence. Ce n'est pas seulement pour cette raison, mais aussi parce que nous aurons d'autres options dans le CaRMS.

Marcus Powlowski: Surtout si vous voulez faire une résidence, cela semble être la meilleure solution.

Je crois que certaines provinces ont mis en place des programmes de transition pour les personnes comme vous. J'ai entendu dire que c'était le cas en Colombie-Britannique. Je n'en suis pas sûr. Par exemple, je connais des personnes qui ont travaillé comme auxiliaires médicaux dans des cliniques afin de se familiariser avec la médecine canadienne.

Cela a-t-il déjà été une option pour vous?

Ali Amiri: C'est une très bonne question, en fait.

On trouve en Colombie-Britannique et en Alberta des postes de médecins associés en vue de l'obtention du permis d'exercer, mais leur nombre est très limité. Il est très difficile d'obtenir ces postes.

Marcus Powlowski: Excusez-moi, comment les appelle-t-on en Colombie-Britannique?

Ali Amiri: La Colombie-Britannique et l'Alberta ont des programmes menant à l'obtention du permis d'exercer pour des médecins associés.

Marcus Powlowski: Pouvez-vous m'en expliquer le fonctionnement?

Ali Amiri: Je crois que vous travaillez sous supervision dans des hôpitaux. Cela vous aide à acquérir une expérience récente, mais c'est très limité et, à ma connaissance, le programme n'existe que dans ces deux provinces.

Marcus Powlowski: Après, pouvez-vous exercer directement ou devez-vous passer une évaluation de la capacité à exercer?

Ali Amiri: Je pense que vous devez passer une évaluation de la capacité à exercer par la suite.

Marcus Powlowski: C'est en Colombie-Britannique et en Alberta. Merci. Je n'étais pas au courant.

Docteure Hulko, si je me souviens bien, le Collège royal des médecins et chirurgiens offre une possibilité. Il propose également plusieurs évaluations de la capacité à exercer. Avez-vous essayé cette option?

• (1135)

Antanina Hulko: J'aimerais beaucoup. Cependant, comme je l'ai dit, nous avons malheureusement un système d'éducation très différent en Biélorussie. Le nombre d'années de ma formation postdoctorale ne correspond pas au système canadien. Je n'y suis pas admissible.

Marcus Powlowski: Savez-vous s'il existe des programmes de transition comme celui de la Colombie-Britannique, où vous pouvez travailler avec un chirurgien comme assistante pour vous mettre à niveau?

Antanina Hulko: Il est très difficile d'obtenir un poste d'assistante clinique, mais pour la chirurgie, je ne pense pas qu'il y ait quoi que ce soit. Cela vous aide à combler le fossé pour remplir l'exigence de pratique récente, mais cela ne vous permet pas d'exercer la profession.

Marcus Powlowski: Ce type de postes d'assistant existe, mais une fois que vous les avez terminés, vous n'êtes pas autorisée à exercer.

Antanina Hulko: Exactement. Cela vous permet de rester dans le domaine de la santé, mais rien ne change. Cela vous aide à combler le fossé.

Marcus Powlowski: Dans vos deux cas, vous êtes des médecins formés à l'étranger. Vous avez tous deux reconnu que vous aviez peut-être besoin d'un peu plus de formation avant d'obtenir votre permis d'exercer. Les systèmes ne sont pas exactement les mêmes. La formation n'est pas exactement la même. Il semble qu'il devrait y avoir une option sur mesure. Docteur Amiri, vous feriez une résidence d'un an. Docteur Hulko, vous travailleriez avec un chirurgien pendant un an ou deux pour vous mettre à niveau. Il devrait y avoir une option qui vous permette d'atteindre le niveau requis.

Je suppose qu'il n'y a pas d'option facilement accessible pour vous permettre de le faire.

Ali Amiri: Je suis d'accord. Il n'y a pas d'option.

Marcus Powlowski: Docteure Hulko, n'y a-t-il vraiment rien de disponible?

Antanina Hulko: C'est presque impossible. Nous avons des postes d'assistants cliniques dans toutes les provinces, mais sans

permis d'exercer. En gros, vous travaillez, mais ce n'est pas reconnu, alors c'est comme si vous ne faisiez rien.

Marcus Powlowski: Vous venez tous les deux de pays où des raisons font peut-être que vous ne souhaitez pas y retourner pendant un an ou deux pour exercer. Est-ce réaliste? C'est l'un des éléments que nous avons entendus. Des gens n'ont pas exercé depuis un certain temps, alors ils retournent dans leur pays et font un peu de transition, mais dans votre cas à tous les deux, vous venez de pays où ce n'est peut-être pas une option.

Antanina Hulko: C'est exact. Ce n'est malheureusement pas une option dans mon pays, car il y a une guerre en Ukraine et mon pays est très impliqué, et ce n'est pas sûr pour moi. Ce n'est malheureusement pas une option.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci. C'est la fin de ce tour.

Je cède la parole à M. Thériault pour six minutes.

[Français]

Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue aux témoins. Je souhaite aussi la bienvenue à la témoin présente par vidéoconférence.

Je suis toujours un peu abasourdi d'entendre les témoignages de gens qui ont la vocation, qui font tous les efforts possibles, qui réussissent tous les tests et qui persistent, malgré les difficultés. Nous avons entendu des témoignages démontrant qu'il y a énormément de contraintes, et cela me dépasse un peu.

Je veux comprendre une chose, docteure Hulko.

Vous dites qu'à l'étape où vous en êtes, après avoir réussi tous les examens, une directive déclarerait votre candidature irrecevable, parce que vous n'auriez pas étudié au secondaire dans la même province. Est-ce bien cela?

Vous avez sûrement demandé pourquoi une telle mesure s'appliquerait. Pouvez-vous m'éclairer un peu là-dessus?

[Traduction]

Antanina Hulko: Cela m'a beaucoup choquée. C'est la nouvelle règle, et j'essaie de la comprendre. Je sais que le Canada doit établir des priorités, mais honnêtement, je trouve que ce n'est pas du tout raisonnable, car si vous recherchez des médecins compétents, vous ne voulez pas savoir où ils ont fait leur secondaire, vous voulez connaître leur compétence.

Tous ces examens médicaux ne me posent aucun problème. Je suis plus qu'heureuse de prouver que je suis compétente, mais les études secondaires dans la même province... C'était à mi-parcours, comme je l'ai dit, donc je n'ai pas envisagé d'autres provinces, et maintenant je suis hors de la première itération. Honnêtement, je me sens très frustrée et un peu perdue.

• (1140)

[Français]

Luc Thériault: Il n'y a rien qui explique rationnellement cette mesure dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de pénurie de médecins. Des professionnels de la santé, qui ont été formés à l'étranger et qui ont passé tous les tests et tous les examens, se font dire qu'ils ont franchi toutes les étapes, mais qu'ils n'ont pas étudié au secondaire dans la même province.

Qu'est-ce que ça signifie? Veut-on, par cette mesure, tout simplement privilégier les gens qui sont nés ici ou qui sont arrivés au pays alors qu'ils étaient en âge d'étudier au secondaire? Je ne comprends pas cette logique. Vous ne semblez pas la comprendre non plus. Je vais peut-être poser la question à des gens qui comprennent une logique comme celle-là. Cependant, c'est assez aberrant comme prise de position.

Ça fait 30 ans que le problème existe. On fait venir des gens de l'étranger. On leur dit qu'ils vont pouvoir s'épanouir dans la société d'accueil. Moi, j'ai vu des gens qualifiés devenir des chauffeurs de taxi. Ça, c'est une perte totale.

Qu'il y ait une pénurie de main-d'œuvre ou pas, on dit qu'on veut accueillir correctement les gens, mais on n'a pas la dignité de s'organiser pour qu'ils puissent nous faire profiter de leurs compétences. Je trouve ça assez aberrant. Bien qu'il n'y ait pas de sot métier, obliger ces gens, par moment, à devenir de la main-d'œuvre bon marché, c'est épouvantable.

Madame Madhany, vous êtes sûrement au courant que des programmes canadiens existent. En 2009, on a mis en place le Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger. En 2010, c'était le Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers. En 2022, dans le but de promouvoir ce dernier programme et qu'il prenne de l'expansion, le gouvernement a investi 115 millions de dollars sur cinq ans. Son objectif était d'aider 11 000 professionnels de la santé. Cette année, le gouvernement a encore prévu de l'argent à cette fin dans le budget.

Est-ce efficace? Comment se fait-il qu'on se retrouve dans cette situation? Aide-t-on ces 11 000 personnes ou non?

[Traduction]

Le vice-président (Dan Mazier): Il vous reste 45 secondes.

[Français]

Luc Thériault: Ma question s'adresse à Mme Madhany.

[Traduction]

Shamira Madhany: La conversation a été intéressante jusqu'à présent. La question... Comme je l'ai dit, chez World Education Services, nous recommandons que le gouvernement fédéral joue un rôle central dans la coordination d'une stratégie pancanadienne de la main-d'œuvre. Nous devons établir un lien entre l'immigration, la reconnaissance des titres de compétences et la planification du marché du travail.

Le problème tient au fait que le gouvernement fédéral est responsable de la sélection et du recrutement des immigrants, qui arrivent en pensant qu'ils pourront exercer leur profession. Une personne arrive dans une province donnée, et une fois qu'elle s'y trouve, la province a ses propres critères. Vous venez d'entendre ce qui s'est passé récemment avec les médecins. De plus, les organismes d'agrément ont des processus différents. Au final, on se retrouve avec des personnes qui arrivent en pensant qu'elles pourront travailler parce qu'elles ont obtenu des points aux fins de l'immigration. Elles arrivent dans une province, puis elles commencent à chercher un emploi et perdent leur pertinence.

Une fois de plus, nous affirmons que la meilleure façon de régler ce problème...

Le vice-président (Dan Mazier): Le temps imparti est écoulé. Pourriez-vous conclure très rapidement?

Shamira Madhany: Bien sûr. Ce qu'il faut, c'est une stratégie pancanadienne coordonnée en matière de main-d'œuvre.

Merci de votre attention.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Nous passons maintenant à la prochaine série de questions.

J'occupe le fauteuil aujourd'hui et je vais poser des questions pendant cinq minutes.

Ma première question s'adresse à Mme Madhany.

Le gouvernement a annoncé un financement de 97 millions de dollars pour créer le Fonds d'action pour la reconnaissance des titres de compétences étrangers. Combien de médecins formés à l'étranger pourront réellement obtenir leur permis et travailler au Canada grâce à ce Fonds?

● (1145)

Shamira Madhany: Le financement est essentiel, mais comme l'annonce ne donnait pas de détails, je ne sais pas à ce stade ce que ces 97 millions de dollars permettront de faire concrètement. En gros, ce que nous avons entendu, c'est que 97 millions de dollars serviront à aplanir les obstacles, et ce, dans un seul ministère fédéral. Ce serait formidable de connaître les détails du financement pour voir si cela permettra effectivement d'aplanir les obstacles. Encore une fois, il est essentiel d'obtenir des fonds, mais cela permettra-t-il d'aplanir les obstacles afin d'éviter que les associations fédérales ne fassent quelque chose de différent des associations chargées de délivrer les permis?

Monsieur le président, je n'ai pas de réponse à cette question, si ce n'est que nous avons besoin de plus de détails et que nous devons nous assurer que l'approche est systémique. Le financement doit être utilisé de manière stratégique.

Le vice-président (Dan Mazier): Je vais poser la question pour clarifier les choses.

Le gouvernement a annoncé un financement de 97 millions de dollars pour mettre en place un programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers. Nous savons qu'il offre de nombreuses possibilités, mais grâce à ce fonds, combien de médecins formés à l'étranger obtiendront effectivement leur permis ici et commenceront à travailler au Canada? Vous dites que vous n'avez pas...

Shamira Madhany: L'annonce ne donne aucun détail. Elle ne dit pratiquement rien.

Le vice-président (Dan Mazier): Le gouvernement n'a pas fourni ce chiffre.

Shamira Madhany: C'est exact.

Le vice-président (Dan Mazier): Combien d'infirmières formées à l'étranger obtiendront leur permis et commenceront à travailler grâce au fonds d'action pour la reconnaissance des titres de compétences étrangers du gouvernement?

Shamira Madhany: C'est la même réponse. Nous savons que 97 millions de dollars sont destinés à aplanir les obstacles, mais aucun détail n'est donné sur les professions visées et le processus.

Le vice-président (Dan Mazier): Il n'y a pas de chiffres. Quand vous parlez de détails, il n'y a pas de chiffres sur le nombre d'infirmières qui obtiendront effectivement leur permis.

Shamira Madhany: C'est exact. Il n'y a pas de chiffres sur la manière dont les fonds seront distribués et pour quelles professions.

Le vice-président (Dan Mazier) : Merci.

Docteure Hulko, vous êtes diplômée d'une faculté de médecine, n'est-ce pas?

Antanina Hulko: C'est exact.

Le vice-président (Dan Mazier): Vous avez également suivi une formation médicale postdoctorale, n'est-ce pas?

Antanina Hulko: C'est exact.

Le vice-président (Dan Mazier): Combien de temps avez-vous exercé comme chirurgienne avant de venir au Canada?

Antanina Hulko: J'ai 10 ans d'expérience en chirurgie.

Le vice-président (Dan Mazier): Exercez-vous actuellement la médecine au Canada?

Antanina Hulko: Non, malheureusement, je ne peux pas.

Le vice-président (Dan Mazier): Docteure Hulko, êtes-vous d'accord pour dire qu'il existe un décalage entre le système d'immigration et le système de santé au Canada?

Antanina Hulko: Malheureusement, je dois en convenir.

Le vice-président (Dan Mazier): Docteure Hulko, selon le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 13 000 médecins formés à l'étranger au Canada ne travaillent pas comme médecins, et vous êtes l'une d'entre eux. Le gouvernement ne cesse de répéter que nous avons besoin de plus d'immigrants pour résoudre les problèmes de notre système de santé, mais il a laissé tomber les médecins immigrants qui sont déjà ici au Canada, comme vous.

Pensez-vous que le gouvernement devrait se concentrer sur l'octroi de permis aux médecins immigrants qui sont déjà ici au Canada, avant d'ajouter davantage de personnes à un système défaillant?

Antanina Hulko: Je le pense sincèrement, et je crois honnêtement que ce serait très bénéfique pour le Canada. Cela résoudrait beaucoup de problèmes dans le domaine des soins de santé. Cela profiterait avant tout aux Canadiens. Oui, bien sûr, cela serait bénéfique pour tout le monde. Je ne vois aucune raison de ne pas le faire.

Le vice-président (Dan Mazier): Docteure Hulko, nous avons entendu des témoignages, et on y a déjà fait référence, de médecins formés à l'étranger qui conduisent un taxi et travaillent dans des usines partout au Canada. Pouvez-vous nous faire part de certains de ces témoignages que vous avez entendus au sujet de médecins au Canada qui ne travaillent pas dans leur domaine?

Antanina Hulko: Bien sûr. Je peux vous faire part de ma propre expérience, qui n'est pas très agréable, en ce qui concerne la différence entre ce que je suis capable de faire, ce pour quoi j'ai été formée, et ce que je fais actuellement. Je travaille toujours dans un centre de soins de longue durée. J'aide les résidents. Je m'occupe d'eux. Je les aide à prendre leurs rendez-vous à l'hôpital et je les assiste. Je suis heureuse de rendre service, comme je l'ai dit, mais après tout, je suis chirurgienne. Je suis capable de beaucoup plus et je peux apporter beaucoup plus au Canada.

Le vice-président (Dan Mazier): Docteur Amiri, pensez-vous que le gouvernement devrait se concentrer sur l'octroi de permis aux médecins immigrants qui sont déjà ici au Canada, avant d'ajouter d'autres personnes à un système défaillant?

• (1150)

Ali Amiri: C'est une bonne question. Je pense que le gouvernement devrait se concentrer sur les deux. Pour trouver une solution à

court terme à la crise des soins de santé, je pense qu'il devrait se concentrer sur ceux qui sont déjà ici et qui répondent déjà aux exigences. Cependant, il devrait également encourager davantage de médecins à venir au Canada. Malheureusement, avec la nouvelle politique et tout ce qui se passe, le Canada acquiert une mauvaise réputation quant à l'accueil qu'il réserve aux médecins diplômés à l'étranger. Nous devons être très prudents à cet égard. C'est assez préoccupant.

Le vice-président (Dan Mazier): D'accord. Merci.

C'est la fin de mon tour de parole de cinq minutes.

Au tour de M. Eyolfson.

Doug Eyolfson: Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être venus.

Madame Bell, j'ai bien aimé vos commentaires sur l'importance de la physiothérapie. Elle m'a aidé à remarcher après des blessures au dos et a facilité ma sortie de l'Hôpital St. Paul, quatre jours après un pontage coronarien, en assez bonne forme pour prendre l'avion le lendemain et rentrer chez moi. Une physiothérapie très efficace et intensive m'a aidé à le faire.

Vous avez parlé de la certification. Je sais comment cela fonctionne pour les professions médicales et infirmières, mais pour obtenir un permis d'exercer la physiothérapie, est-ce que cela relève de la compétence provinciale ou existe-t-il un permis fédéral pour la physiothérapie?

Krissy Bell: Un examen est reconnu à l'échelle nationale par l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie.

Doug Eyolfson: Très bien.

Krissy Bell: Cet examen était proposé avant la pandémie. Pendant la pandémie, on a apporté quelques innovations à cet examen, et un nouvel examen national devrait être mis en place l'année prochaine. Actuellement, les heures cliniques et les examens provinciaux remplacent cet examen, mais l'intention des organismes de réglementation est de revenir à un examen national l'année prochaine.

Doug Eyolfson: Merci.

Si vous êtes certifiée pour exercer en Ontario, devez-vous demander un permis distinct pour exercer la physiothérapie au Manitoba.

Krissy Bell: Oui, c'est nécessaire.

Doug Eyolfson: Très bien. Si les physiothérapeutes détenaient un permis reconnu à l'échelle nationale, comme c'est le cas pour les médecins, cela améliorerait-il la situation?

Krissy Bell: Absolument. Même si vous prenez des exemples... En ce qui concerne les physiothérapeutes, les gens pensent immédiatement au sport. On pense à une équipe sportive universitaire et à un étudiant qui consulte un physiothérapeute en tant qu'athlète d'élite. L'étudiant consultera le même physiothérapeute pendant toute l'année scolaire. Puis, l'étudiant rentre chez lui et ne peut plus consulter ce physiothérapeute. Ce physiothérapeute ne peut plus traiter l'étudiant, car celui-ci a franchi une frontière, une ligne artificielle, qui empêche le physiothérapeute de travailler avec cet étudiant pendant les mois d'été.

En ce qui concerne les frontières de pratique, même ici, à Gati-neau-Ottawa, il faut être titulaire d'un permis dans plusieurs administrations.

Doug Eyolfson: Merci.

Docteur Amiri et docteure Hulko, je comprends votre frustration à ce sujet. J'ai suivi ce dossier. Nous avons entendu de nombreux témoignages à ce sujet.

Je tiens à clarifier les choses. En Ontario, la restriction est que vous ne pouvez pas postuler pour une résidence à moins d'avoir fait vos études secondaires dans cette province.

Ali Amiri: C'est exact.

Doug Eyolfson: Très bien.

Je sais que c'est une question rhétorique: pouvez-vous penser à un seul intérêt public qui ait été servi par cette règle?

Ali Amiri: J'ai essayé très fort, pour être honnête.

Nous comprenons bien sûr que nous voulons que les Canadiens reviennent chez eux pour servir leurs concitoyens. C'est tout à fait compréhensible. Cependant, pourquoi ne pas ouvrir de nouvelles possibilités à tous les candidats? Pourquoi retirer cette possibilité à certains pour l'offrir à d'autres alors que l'on pourrait offrir plus de possibilités à tout le monde, surtout en cette période où le Canada a besoin de médecins?

Doug Eyolfson: Tout à fait, oui.

Il a été question du CaRMS. Êtes-vous toujours admissible à un jumelage du CaRMS si vous vous classez pour des résidences dans d'autres provinces?

Ali Amiri: En fait, nous avons très peu de postes à travers le Canada. Je pense que sur 4 000, nous avons moins de 180 postes à travers le Canada. La majorité des postes se trouvaient en Ontario, et maintenant, nous ne pouvons plus postuler. Pour l'Alberta, vous devez être résident de la province pour postuler. Pour la Colombie-Britannique, vous devez recevoir une invitation pour postuler.

Si vous excluez tous ces éléments... Pour ceux qui vivent en Ontario, il y a moins de 100 postes dans tout le Canada, et il y a des milliers de candidats.

Doug Eyolfson: C'est très regrettable. J'ai moi-même observé cette situation.

Seriez-vous favorable à la création d'un organisme national, un organisme-cadre, qui faciliterait le processus, au lieu de devoir se plier aux règlements des différentes provinces?

• (1155)

Ali Amiri: Assurément.

Doug Eyolfson: Je suis d'accord.

J'ai une autre question rhétorique.

J'en ai moi-même parlé. J'exerce au Manitoba. Je pourrais conduire deux heures jusqu'à Kenora, en Ontario, où il manque parfois de personnel dans son service d'urgence. J'ai souvent eu le temps de le faire. Je dois franchir tous les obstacles pour demander un permis en Ontario, puis payer entre 2 500 et 3 000 \$ par an pour le conserver.

Le vice-président (Dan Mazier): Il vous reste 10 secondes, monsieur Eyolfson.

Doug Eyolfson: Merci.

Convenez-vous que la situation s'améliorerait également si les permis étaient reconnus dans tout le pays?

Ali Amiri: Assurément.

Antanina Hulko: Tout à fait.

Doug Eyolfson: Je vous remercie.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Monsieur Thériault, vous disposez de deux minutes et demie.

[Français]

Luc Thériault: Je voudrais continuer dans la même veine que mon collègue, qui pose souvent cette question.

Évidemment, pour ce qui est du Québec, il y a un problème supplémentaire. Il y a une pénurie de physiothérapeutes et de médecins. Si on permettait aux gens de pratiquer dans une province ou une autre, déshabillerait-on Pierre pour habiller Paul? Si on agissait ainsi, qu'est-ce que ça apporterait de plus? Ça ne réglerait pas le problème. La pénurie est partout. On ne parle pas de traverser le pont Champlain de Gatineau pour pratiquer à Ottawa et revenir dormir à Gatineau le soir. Ce n'est pas ce dont on parle.

J'aimerais comprendre en quoi la mobilité des médecins ou des physiothérapeutes réglerait le problème. C'est peut-être une solution à court terme, mais pas à long terme. Il y a une pénurie.

Madame Bell, je vous laisse répondre.

[Traduction]

Krissy Bell: Je pense qu'une solution à court terme permettrait d'éviter tout obstacle aux soins prodigués aux patients, surtout dans les collectivités rurales et éloignées. Même dans le Nord du Québec, une collectivité accessible par avion pourrait bénéficier des services d'un physiothérapeute d'une autre province, comme l'Ontario ou les Maritimes: celui-ci pourrait prendre l'avion, offrir ses services pendant plusieurs jours, puis rentrer chez lui. De chez lui, il pourrait continuer à soigner et à évaluer virtuellement les patients qui vivent dans ces collectivités du Nord du Québec accessibles par avion. Ce serait un exemple d'élargissement de l'accès en faisant appel à des professionnels de la santé qui peuvent se trouver dans des centres plus urbains.

C'est possible, car la physiothérapie est moins complexe que la médecine. On entend beaucoup parler de la complexité des examens, compte tenu de la nature du rôle du médecin. Comme physiothérapeutes, nous pouvons avoir un impact immédiat sur la prestation des soins aux Canadiens, car notre champ d'action peut réduire le recours aux médecins. Les physiothérapeutes peuvent réduire le volume de cas traités dans les salles d'urgence, etc.

Je pense que les deux affirmations sont vraies. Je pense que la mobilité nationale est un prochain pas important pour garantir un accès équitable à tous les Canadiens, mais cela ne suffit pas, c'est certain.

Le vice-président (Dan Mazier): C'est très bien. Merci beaucoup.

Merci, monsieur Thériault.

Nous passons maintenant à M. Bailey, qui dispose de cinq minutes.

Burton Bailey: Merci, monsieur le président.

Madame Bell, selon vous, le système de santé canadien est-il en crise?

Krissy Bell: Oui.

Burton Bailey: La croissance démographique a-t-elle une incidence sur la demande en matière de soins de santé?

Krissy Bell: Oui.

Burton Bailey: L'immigration est-elle une forme de croissance démographique?

Krissy Bell: Oui.

Burton Bailey: Les Canadiens qui ont suivi une formation médicale dans d'autres pays devraient-ils bénéficier d'une priorité s'ils souhaitent revenir au Canada et travailler dans le secteur de la santé?

Krissy Bell: Oui. Je pense qu'il y a des avantages à accueillir des Canadiens qui possèdent les compétences dont nous avons besoin pour soutenir les infrastructures au Canada.

Burton Bailey: Merci.

Madame Madhany, un système national normalisé de délivrance de permis aux professionnels de la santé serait-il bénéfique pour les soins de santé des Canadiens?

Shamira Madhany: Tout à fait. Compte tenu du déclin démographique que nous connaissons au Canada, nous avons moins d'enfants, nous avons des départs à la retraite et nous avons une population vieillissante. Oui, un système normalisé aiderait les Canadiens.

• (1200)

Burton Bailey: Avez-vous été consultée au sujet du nombre d'immigrants entrant au Canada et de l'impact potentiel sur les soins de santé ici?

Shamira Madhany: Dans le cadre du processus de consultation mené par IRCC, oui, nous avons participé à un exercice consultatif, mais il s'agissait d'une question générale sur le nombre d'immigrants que nous voulons accueillir. Il ne s'agissait pas de savoir si nous avions besoin d'accueillir davantage de travailleurs de la santé.

Burton Bailey: Pouvez-vous nous en dire plus? Votre organisation est la première à avoir été consultée sur l'immigration, je suis donc curieux d'en savoir un peu plus.

Shamira Madhany: Bien sûr. Conformément à la Loi sur l'immigration, IRCC parcourt le pays et consulte essentiellement sur le nombre d'immigrants que le Canada pourrait accueillir, les pénuries sur le marché du travail et les catégories d'immigrants: immigrants économiques, considérations humanitaires et regroupement familial. Sur cette base, une discussion a lieu à l'échelle nationale, puis le dossier est soumis au Cabinet au début du mois de novembre afin de déterminer le nombre d'immigrants qui seront accueillis et les catégories d'immigrants concernées.

Il s'agit du processus de consultation que le gouvernement doit mener conformément à la loi, et WES a été consultée dans le cadre de ce processus particulier.

Burton Bailey: D'accord. Pouvez-vous me parler d'autres consultations? Des Canadiens sont allés étudier la médecine en Irlande et ailleurs. Je crois comprendre que votre organisation les aide à revenir au Canada et à trouver un emploi.

Quelles consultations le ministère de la Santé ou d'autres organisations ont-ils eues avec vous en vue de créer plus de places pour eux? Y a-t-il eu des consultations à cet égard?

Shamira Madhany: Mon organisation évalue les diplômes universitaires. C'est la seule chose que nous faisons dans le cadre de l'immigration. Quand quelqu'un choisit de venir au Canada, c'est ce que nous faisons, nous évaluons les diplômes, mais nous ne nous occupons pas de l'obtention des permis d'exercice pour les professionnels de la santé.

Burton Bailey: Ces consultations ne devraient-elles pas avoir lieu avant leur arrivée au Canada? Ne devrions-nous pas rencontrer ces étudiants ou ces professionnels de la santé formés, comme la Dre Hulko, par exemple, afin qu'elle sache à quoi s'attendre avant de venir?

Shamira Madhany: Cela relève de la compétence et de la responsabilité du gouvernement fédéral. L'information fournie aux immigrants potentiels devrait être très claire quant aux étapes à suivre pour obtenir un permis d'exercice dans une profession particulière. À l'heure actuelle, l'information est fragmentée. Elle n'est pas facile à trouver. On se retrouve donc avec une situation fragmentée en ce qui concerne les conditions à remplir pour immigrer ici. Il y a un train d'information distinct sur les conditions à remplir pour obtenir un permis dans une province. Il y a également un train d'information distinct pour chaque profession.

Burton Bailey: Merci.

Docteure Hulko et docteur Amiri, je tiens à vous remercier tous les deux pour le travail que vous accomplissez au sein des services sociaux catholiques. Je connais bien cette organisation. Je ne veux pas que mes premières observations portent ombrage à votre travail. Je souhaitais répondre avant cette réunion à l'accusation portée par le gouvernement.

Je compatis vraiment avec vous, docteure Hulko, vu votre statut de chirurgienne dans ce qu'on appelle le « club des dinosaures ». J'ai vraiment du mal à comprendre pourquoi vous ne pouvez pas exercer en tant qu'auxiliaire en chirurgie. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous ne pouvez pas être auxiliaire en chirurgie? D'après ce que j'ai compris, si vous souhaitez obtenir une résidence, vous devez travailler à l'hôpital pour en venir à connaître les médecins afin qu'ils vous donnent leur accord.

Le vice-président (Dan Mazier): Monsieur Bailey, votre temps de parole est écoulé.

Nous avons besoin d'une réponse brève.

Antanina Hulko: Concrètement, il est presque impossible d'obtenir ce poste. C'est tout.

Burton Bailey: Merci.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Madame Sidhu, vous avez la parole pour cinq minutes.

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

J'aimerais remercier tous les témoins pour leurs témoignages éclairants.

Madame Bell, vous avez dit qu'il faut multiplier les programmes de transition. Il faut multiplier les programmes pour les physiothérapeutes, car il y a également une pénurie de physiothérapeutes. Dans ce budget, 5 milliards de dollars sur trois ans, à compter de 2026-2027, seront consacrés au Fonds pour les infrastructures dans le domaine de la santé. Pensez-vous que ce fonds complétera les programmes existants liés à la santé? La prestation de soins de santé relève de la compétence des provinces. Pensez-vous que ce fonds sera bénéfique pour le programme de transition et pour la manière dont la province souhaite le mettre en œuvre?

• (1205)

Krissy Bell: Je pense que tout investissement dans le domaine de la santé, surtout dans les infrastructures, offre la possibilité de cibler la prise en compte de toutes les professions qui composent l'équipe de soins de santé. Si le Fonds pour les infrastructures est utilisé de manière à soutenir les soins en équipe et à promouvoir les physiothérapeutes de premier contact, je pense qu'il pourrait contribuer à éliminer certains obstacles, notamment s'il ajoutait un financement de démarrage national pour les programmes de transition.

Je ne sais pas précisément comment ce fonds sera utilisé, mais je pense que les investissements dans les soins de santé pourraient certainement contribuer à faire progresser la physiothérapie, à condition qu'ils accordent la priorité à la prise en compte de l'ensemble des compétences et des capacités de toutes les professions de l'équipe de soins de santé et qu'ils s'efforcent réellement de tirer parti de tout le poids du travail des effectifs.

Sonia Sidhu: Quel rôle les ministères provinciaux et les autorités sanitaires peuvent-ils jouer pour combler cette lacune?

Krissy Bell: Les autorités provinciales de la santé peuvent faire beaucoup. En particulier, nous plaidons énergiquement pour un champ d'exercice nationalisé pour les physiothérapeutes.

Actuellement, d'une province à l'autre, le champ d'exercice des physiothérapeutes diffère. Si vous êtes physiothérapeute en Alberta, vous pouvez prescrire des examens d'imagerie diagnostique, mais en Ontario, vous ne pouvez pas. Cela entraîne beaucoup de retards et augmente en fait la demande auprès des médecins. Si vous allez voir votre médecin généraliste et lui dites que vous vous êtes blessé au genou ou au dos, il vous dira peut-être: « Allez voir un physiothérapeute », mais le physiothérapeute vous dira: « Vous avez besoin d'une radiographie ou d'une IRM. Vous devez retourner chez votre médecin généraliste pour obtenir une recommandation, car je ne suis pas en mesure de vous prescrire cet examen », même si cela fait partie du profil de compétences nationalisé d'un physiothérapeute.

La reconnaissance de l'ensemble des compétences de la profession de physiothérapeute à l'échelle nationale constituerait une avancée considérable pour chaque province et territoire, qu'il s'agisse de l'imagerie diagnostique, de la possibilité de renvoyer un patient à des spécialistes ou de donner certaines prescriptions. Nous plaidons énergiquement pour un champ d'exercice nationalisé.

Cela aiderait également nos collègues médecins. Si nos collègues médecins sont formés et travaillent en Ontario et qu'ils sont habitués à ce que leurs confrères physiothérapeutes ne puissent pas prescrire d'examen d'imagerie, puis qu'ils se rendent en Alberta, le travail de leurs collègues et confrères a changé parce qu'ils ont changé de province. Dans cette réflexion sur la mobilité à l'échelle nationale, il est essentiel que le champ d'exercice des compétences d'un physiothérapeute soit pleinement reconnu.

Sonia Sidhu: Pensez-vous qu'il devrait y avoir des lignes directrices pancanadiennes? Ce n'est pas comme en Alberta. Il existe différentes procédures ou lignes directrices à suivre. Comment surmonter cet obstacle? Que faut-il faire?

Krissy Bell: Je pense que des lignes directrices pancanadiennes sont une solution. Nous entretenons des relations très amicales dans tout le pays. La physiothérapie est une famille assez heureuse, et nous travaillons bien avec nos partenaires régulateurs et provinciaux dans toutes les provinces. L'harmonisation de ces réglementations, que ce soit par l'intermédiaire des organismes existants ou d'un cadre pancanadien, serait certainement une solution pour garantir la pleine utilisation et tous les avantages économiques du recours aux physiothérapeutes et réduire le fardeau qui pèse sur le système de santé.

Sonia Sidhu: Souhaitez-vous intervenir à ce sujet, madame Madhany, de World Education Services?

Le vice-président (Dan Mazier): En 10 secondes.

Shamira Madhany: Bien sûr. Établissez un cadre fédéral pour harmoniser les normes et faites en sorte que les gens puissent se déplacer d'une province à l'autre et contribuer au bien-être du pays.

Sonia Sidhu: Merci.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Cela conclut la première heure de notre étude.

Merci aux témoins d'être venus.

Nous suspendons la séance pendant 10 minutes pour accueillir le prochain groupe.

• (1205)

(Pause)

• (1220)

Le vice-président (Dan Mazier): Bienvenue à tous. Nous sommes de retour pour la deuxième heure.

Je souhaite la bienvenue aux témoins.

Je crois comprendre que nous avons quelques difficultés techniques avec la Dre Burnell, mais nous allons poursuivre avec les témoins présents dans la salle, puis nous devons peut-être suspendre brièvement la séance pour la reconnecter et tout tester.

Aujourd'hui, nous accueillons la Dre Elizabeth Shouldice et le Dr Michael Herman, de l'Association canadienne des médecins d'urgence. Nous accueillons également Sadaf Faisal de l'Association des pharmaciens du Canada.

Pour commencer, je cède la parole à la Dre Shouldice pour cinq minutes.

Elizabeth Shouldice (présidente, Comité des affaires publiques, Association canadienne des médecins d'urgence): Merci de nous accueillir cet après-midi.

Je m'appelle Elizabeth Shouldice. J'ai le privilège d'exercer comme urgentologue au Canada depuis 17 ans.

Michael Herman (vice-président, Comité des affaires publiques, Association canadienne des médecins d'urgence): Merci, monsieur le président, et merci à tous les membres du Comité de nous accueillir.

Je m'appelle Michael Herman. Je suis urgentologue. J'exerce dans tout le Canada depuis 11 ans.

Elizabeth Shouldice: Le système de soins d'urgence du Canada subit depuis un certain temps déjà une pression sans précédent. Les services d'urgence à travers le pays constituent le filet de sécurité du système de santé, mais le nombre d'urgentologues n'a pas suivi le rythme de la croissance démographique, du vieillissement de la population et de l'augmentation de la gravité et du nombre de cas traités.

L'Association canadienne des médecins d'urgence a reconnu dès 2015 le besoin d'une main-d'œuvre nationale durable en médecine d'urgence. Les conclusions du rapport EM:POWER 2024 ont réaffirmé que le Canada ne dispose pas d'un nombre suffisant de médecins d'urgence formés et que les capacités sont réparties de manière très inégale. La planification des ressources médicales doit suivre la planification des services cliniques, qui doit elle-même suivre les besoins des patients et de la population, c'est-à-dire que la forme doit suivre la fonction.

L'ACMU soutient les efforts visant à remédier à la pénurie de main-d'œuvre par l'intégration de professionnels de la santé formés à l'étranger. Cependant, cela doit se faire dans un cadre national coordonné qui garantit les éléments suivants: des équivalences de compétences basées sur les normes établies par le Collège royal des médecins et chirurgiens et le Collège des médecins de famille; des voies d'évaluation, de formation et d'obtention du permis d'exercice équitables et transparentes; et une répartition équitable des médecins d'urgence entre les régions, qui évite la concentration dans les grands centres urbains et comble les lacunes chroniques dans nos zones rurales et éloignées.

Michael Herman: Les services d'urgence sont la porte d'entrée du système de santé canadien. Dans de nombreuses collectivités, ils sont la seule source de soins disponibles en tout temps. Leur capacité à fournir des services rapides, sûrs et de haute qualité dépend d'une main-d'œuvre stable, bien formée et répartie de manière équitable.

Notre rapport EM:POWER confirme la pénurie critique de médecins d'urgence dans toutes les provinces et tous les territoires. Les régions rurales, nordiques et les petites zones urbaines sont confrontées aux plus grands défis, ce qui entraîne la fermeture de services d'urgence, de longs délais et des risques pour la sécurité des patients. Le Canada aura besoin d'environ 1 500 à 2 000 médecins d'urgence supplémentaires au cours de la prochaine décennie pour stabiliser l'accès aux soins.

Les médecins formés à l'étranger et ayant une expérience en médecine d'urgence représentent une ressource potentielle précieuse, mais leur intégration doit être conforme aux normes de compétence canadiennes. L'ACMU souscrit à un processus d'évaluation national coordonné et basé sur les compétences, qui soit aligné sur les compétences requises et la capacité à exercer afin de garantir une délivrance des licences sûre, équitable et rapide.

La répartition de la main-d'œuvre reste inéquitable, la plupart des urgentologues agréés étant concentrés dans les grands centres urbains. L'ACMU recommande une stratégie nationale de déploiement réparti qui élargit la capacité de formation nationale et soutient les médecins formés à l'étranger par des incitations ciblées, du mentorat, du perfectionnement professionnel et des aides à la télé-médecine afin de renforcer l'accès aux soins d'urgence dans les régions où les besoins sont importants.

L'analyse EM:POWER a défini trois piliers pertinents pour cette étude. Le premier est le personnel: garantir une main-d'œuvre suffi-

sante, durable et bien soutenue en médecine d'urgence. Le deuxième est la pratique: normaliser la formation, l'agrément et la formation continue. Le troisième est le lieu: parvenir à un accès équitable aux soins d'urgence au Canada.

Les principales conclusions pertinentes pour votre étude sont qu'il existe une pénurie critique de médecins d'urgence qui risque de s'aggraver sans coordination nationale, et que l'accès équitable aux soins d'urgence nécessite une planification délibérée de la main-d'œuvre qui répartit les talents entre les régions.

Elizabeth Shouldice: En ce qui concerne les recommandations à l'intention de ce comité, l'Association canadienne des médecins d'urgence, l'ACMU, recommande ce qui suit.

Concevoir, avec une forte contribution fédérale, une stratégie nationale en matière de main-d'œuvre fondée sur des données, des mesures, une intégration et des prévisions normalisées. Mettre en place un plan national coordonné pour prévoir, former et intégrer les médecins d'urgence en fonction des besoins actuels et prévus. Prévoir des investissements fédéraux dans l'expansion des résidences en médecine d'urgence, les sites de formation en milieu rural et les aides au recrutement.

Créer un parcours simplifié et axé sur les compétences pour les médecins d'urgence formés à l'étranger. En collaboration avec le Collège royal, le Collège des médecins de famille et les organismes de réglementation provinciaux, élaborer des critères d'équivalence normalisés et transparents. Financer un programme national de transition qui harmonise la formation internationale avec les compétences canadiennes en médecine d'urgence. Soutenir les évaluations de l'aptitude à l'exercice adaptées à la médecine d'urgence.

Assurer une répartition équitable de la main-d'œuvre en médecine d'urgence et offrir des avantages à ceux qui souhaitent exercer dans des régions mal desservies. Soutenir un modèle de soins virtuels hybrides bien intégré.

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient collaborer entre eux et engager l'Association canadienne des médecins d'urgence à titre d'expert en la matière au sein des organismes consultatifs nationaux pour la planification des ressources en médecine d'urgence et l'intégration des médecins étrangers.

● (1225)

Michael Herman: Le système de soins d'urgence du Canada ne peut fonctionner sans un personnel médical d'urgence adéquat, compétent et réparti équitablement. L'intégration de médecins formés à l'étranger fait partie de la solution, mais elle doit être réfléchie, fondée sur des normes et alignée sur la planification nationale de la main-d'œuvre.

L'initiative EM:POWER offre un cadre précis pour guider cette intégration de manière responsable. Le besoin en médecins d'urgence est documenté depuis plus d'une décennie, et il est maintenant urgent de prendre des mesures concrètes. Il est impératif d'adopter une approche équilibrée, qui respecte la sécurité des patients, soutient les professionnels formés à l'étranger et garantit à tous les Canadiens un accès équitable aux soins, afin de maintenir les services d'urgence et de préserver la confiance du public.

Merci.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Nous passons maintenant à l'Association des pharmaciens du Canada et à Mme Faisal pour cinq minutes.

Sadaf Faisal (directrice principale, Services professionnels, Association des pharmaciens du Canada): Bonjour.

Je vous remercie, monsieur le président et membres du Comité, de me donner l'occasion de comparaître aujourd'hui.

Je suis ravie d'être ici aujourd'hui pour parler d'un sujet d'une importance primordiale pour notre système de santé et pour les 47 000 pharmaciens pratiquant au Canada, dont 16 000 ont été formés à l'étranger que l'Association des pharmaciens du Canada représente.

Je suis une pharmacienne formée à l'étranger. Après avoir immigré au Canada, j'ai suivi un processus rigoureux pour obtenir mon permis d'exercice en pharmacie. Au fil des ans, j'ai exercé dans divers contextes et j'ai eu le privilège de posséder et de gérer ma propre pharmacie. Aujourd'hui, je travaille pour l'Association des pharmaciens du Canada.

Je suis venue au Canada avec l'intention de contribuer aux soins prodigués aux patients, mais j'ai rapidement compris que, même avec plusieurs années d'expérience, le processus d'obtention d'un permis d'exercice était long, complexe et semé d'embûches.

Les pharmaciens comptent parmi les professionnels de la santé les plus accessibles au Canada. Nous sommes souvent le premier point de contact pour les patients, que ce soit pour la gestion des médicaments, l'administration de vaccins ou le soutien au soin des maladies chroniques, mais nous nous heurtons à de sérieux problèmes de main-d'œuvre. Selon les projections du gouvernement fédéral, la pénurie de pharmaciens devrait presque doubler au cours de la prochaine décennie.

À l'heure actuelle, environ 35 % des pharmaciens exerçant au Canada ont été formés à l'étranger, ce qui représente la proportion la plus élevée de toutes les professions de la santé. Cela nous apprend deux choses: premièrement, les pharmaciens formés à l'étranger sont essentiels pour maintenir l'accès aux soins et, deuxièmement, notre capacité de formation au pays n'est tout simplement pas suffisante. Pour remédier à la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur pharmaceutique, nous devons nous attaquer aux deux aspects du problème. Oui, nous devons faire davantage pour aider les pharmaciens formés à l'étranger à obtenir leur permis d'exercice plus rapidement, plus équitablement et plus uniformément dans toutes les provinces, mais nous devons également accroître notre capacité de formation nationale.

À l'heure actuelle, le Canada compte environ 1 400 places à l'échelle nationale. C'est la deuxième capacité la plus faible parmi les principales professions de la santé. La main-d'œuvre ne devrait croître que de 1,1 % par an, soit la croissance la plus lente de toutes les professions de la santé. Nous ne pouvons pas compter indéfiniment sur le recrutement international pour combler ce manque. Nous devons faire en sorte que nos propres écoles puissent augmenter leurs effectifs, attirer de nouveaux talents et former la prochaine génération de pharmaciens canadiens. Cela exige des investissements et une coordination de la part du gouvernement.

Pour les pharmaciens formés à l'étranger, les principaux défis sont d'ordre structurel. Le processus d'obtention du permis d'exercice peut prendre de trois à cinq ans et coûter jusqu'à 20 000 \$, sans compter les frais de subsistance, de garde d'enfants et autres dépenses, selon la province.

Ce ne sont pas là des problèmes de compétence, mais plutôt des problèmes liés à la conception du système. Chaque province a ses propres règles, ses propres programmes de transition et ses propres listes d'attente. Certaines provinces ne disposent que d'un nombre limité de places, tandis que d'autres n'ont aucun programme structuré. Il faut s'éloigner du modèle qui oblige les pharmaciens à démontrer leurs compétences seuls et se tourner vers un cheminement soutenu et harmonisé qui reconnaît leur talent et les aide à commencer à exercer plus rapidement, en particulier dans les collectivités où les besoins sont urgents.

Un autre obstacle majeur qui touche à la fois les pharmaciens formés à l'étranger et ceux formés au Canada est la variation du champ d'exercice d'une province à l'autre. Dans certaines provinces, les pharmaciens peuvent évaluer et prescrire des traitements pour un large éventail d'affections courantes, demander des analyses de laboratoire et adapter les ordonnances. Dans d'autres, ils ne le peuvent pas. Cette incohérence influence le choix du lieu de travail des pharmaciens, car beaucoup préfèrent exercer là où ils peuvent utiliser toutes leurs compétences. Nous reconnaissons que le champ d'exercice relève de la compétence des provinces, mais le gouvernement fédéral peut favoriser une harmonisation à l'échelle nationale par la planification de la main-d'œuvre, des ententes de financement et la collaboration.

Nous avons été ravis de constater que le budget fédéral de cette semaine prévoit des investissements dans la reconnaissance des titres de compétences étrangers, mais nous recommandons également au gouvernement fédéral d'apporter son soutien de différentes manières: premièrement, en fournissant un financement fédéral dédié aux programmes de transition et de préparation; deuxièmement, en investissant dans l'expansion des capacités de formation en pharmacie au Canada; troisièmement, en favorisant la cohérence et la transparence entre les provinces grâce à des directives nationales et au partage des données sur la main-d'œuvre; et, enfin, en encourageant la collaboration intergouvernementale afin d'améliorer la mobilité et d'harmoniser le champ d'exercice dans la mesure du possible.

Les pharmaciens canadiens, qu'ils aient été formés ici ou à l'étranger, partagent tous le même objectif: prendre soin des patients et renforcer notre système de santé. Il n'est pas nécessaire d'abaisser nos normes pour répondre à nos besoins en main-d'œuvre. Il faut simplement adopter une approche plus intelligente et mieux coordonnée, qui valorise à la fois la compétence étrangère et la capacité nationale, et qui garantit que chaque pharmacien ou pharmacienne puisse exercer pleinement sa profession, où qu'il ou elle se trouve.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de vous parler aujourd'hui. Je reste à votre disposition pour répondre à vos questions.

• (1230)

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Nous allons faire une courte pause afin de tester l'équipement de la Dre Burnell pour voir si elle peut se joindre à nous ici. Nous vous remercions de votre patience.

• (1230)

(Pause)

• (1230)

Le vice-président (Dan Mazier): Bon, nous reprenons. Bienvenue à nouveau.

Malheureusement, docteur Burnell, vous devrez vous contenter d'observer, je suppose. Cette bonne vieille technologie.

Nous commencerons notre première série de six minutes avec Matt Strauss.

Matt Strauss: Merci, monsieur le président.

Merci aux Drs Shouldice et Herman d'être présents, et merci également à Mme Faisal.

Mes questions concernent principalement l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Je ne peux m'empêcher de poser cette question, car elle me préoccupe. Ma femme et moi sommes tous deux médecins. Lundi soir, mon fils s'est réveillé en difficulté respiratoire. Nous étions presque certains qu'il s'agissait d'un croup, car il s'était couché avec le nez qui coulait. Les ambulanciers sont arrivés en 10 minutes et lui ont administré de la dexaméthasone sur place. Ils l'ont transporté au CHEO. Ma femme l'a accompagné, et je suis resté à la maison avec notre jeune enfant. Après quelques heures, l'infirmière du CHEO a annoncé qu'aucun médecin ne pourrait l'examiner avant huit heures. Elle a donc dit que nous pouvions rentrer à la maison et qu'ils lui donneraient un rendez-vous à la clinique le lendemain.

Quand j'y repense... Je sais ce qu'est le croup, et ma femme le sait également. C'était extrêmement angoissant, même si nous savions qu'il allait bien. J'aurais été très inquiet si je n'avais pas eu cette formation médicale.

Je m'efforce de rester ouvert d'esprit à ce sujet. Dans une certaine mesure, je suis reconnaissant envers cette infirmière de nous avoir dit la vérité sur cette situation et de nous avoir expliqué comment les choses allaient se dérouler. Mais, selon vous, est-ce ainsi que cela devrait se passer? Est-ce la réalité à Ottawa, en Ontario, aujourd'hui?

Elizabeth Shouldice: Merci, docteur Strauss, pour votre observation. Je suis sincèrement désolée pour votre fils. Ce doit être extrêmement stressant. C'est difficile pour un parent, et peut-être encore plus pour un professionnel, lorsque l'on dispose de ces connaissances de fond sur la situation.

Matt Strauss: En tant que médecin intensiviste pour adultes, j'ai immédiatement pensé: « Obstruction des voies respiratoires! Intubation! », mais ce n'est pas si simple.

Elizabeth Shouldice: Oui, bien sûr.

En tant que professionnel des soins préhospitaliers à Ottawa, je suis ravie d'entendre qu'il a reçu de la dexaméthasone avant son admission à l'hôpital. C'est fantastique.

Bien entendu, ce n'est pas ainsi que les choses devraient se dérouler, et je pense que c'est l'une des raisons pour lesquelles le Dr Herman et moi-même déployons tant d'efforts dans le domaine du plaidoyer. La surpopulation est un problème depuis que nous étions tous deux étudiants, et même bien avant cela.

• (1235)

Matt Strauss: Oui, et si je soulève cette question, c'est en partie parce que votre témoignage m'a interpellé. Vous avez mentionné les inégalités géographiques dans la répartition des médecins d'urgence. Je crois comprendre que la situation est bien pire dans le Nord et dans les zones rurales.

Nous nous sommes rendus dans l'un des plus grands hôpitaux pédiatriques du pays, à ma connaissance. Je me demande si vous avez

une idée à ce sujet. Si même là-bas, il n'est pas possible d'être pris en charge, où en sommes-nous?

Elizabeth Shouldice: Je pense que, souvent... Le collègue qui m'a précédée à la présidence des affaires publiques de l'Association canadienne des médecins d'urgence, le Dr Drummond, compare la médecine d'urgence à un canari dans une mine de charbon, et il porte maintenant une épinglette représentant un canari mort.

Matt Strauss: Seigneur.

Elizabeth Shouldice: Je pense que nous reconnaissons tous que la médecine d'urgence, en tant que porte d'entrée du système de santé canadien, représente véritablement la situation générale des Canadiens et du système de santé canadien.

Heureusement que le CHEO était ouvert, car bon nombre de nos collègues dans les régions rurales se seraient présentés à un service d'urgence qui n'était même pas ouvert. Je pense que nous avons cette autre dimension dans les régions rurales et éloignées. C'est vraiment difficile. Au cours des dernières décennies, nous avons commencé à constater une détérioration progressive de la prestation des soins d'urgence au Canada.

Matt Strauss: Je suppose que cette étude repose sur la préoccupation que la main droite ignore ce que fait la main gauche. Le ministère de l'Immigration clame: « Nous avons besoin de médecins; nous avons besoin de médecins immigrants. » Si vous êtes un médecin immigrant, vous êtes invité à venir au Canada. Cependant, les organismes d'accréditation répondent négativement en vous informant que vous ne serez pas autorisé à exercer ici. Les responsables de l'immigration font venir des médecins qui, malheureusement, ne parviennent pas à obtenir leur permis d'exercice. Or, cette année, un million de nouveaux immigrants s'installent dans le pays.

Si un million de personnes arrivent et que celles parmi elles qui sont médecins ne peuvent pas exercer, êtes-vous d'accord avec moi pour dire que la main droite ne sait pas ce que fait la main gauche et que, tant que cette situation perdurera, les périodes d'attente aux urgences risquent de s'allonger?

Michael Herman: Je crois que la population est un élément parmi d'autres dans le puzzle plus vaste de l'accès aux soins de santé. Comme l'a mentionné la Dre Shouldice, nous constatons depuis des décennies que bon nombre des problèmes qui affligent notre système de santé sont dus à un manque de ressources, à une pénurie de lits d'hospitalisation et à une répartition inadéquate de notre main-d'œuvre.

Pour répondre à votre question, il s'agit en réalité de questions très complexes, mais qui sont d'actualité depuis plusieurs décennies, je dirais, facilement depuis les années 1990.

En ce qui a trait à votre question concernant le fait que la main gauche ignore ce que fait la main droite, l'un des principaux objectifs de notre rapport EM:POWER vise certainement à favoriser une coordination hiérarchique descendante en matière de distribution et d'allocation des ressources, afin de répondre aux besoins de tous les Canadiens, où qu'ils se trouvent dans le pays. Je pense que le problème réside davantage dans la répartition que dans tout autre aspect.

Matt Strauss: Dans ma circonscription, Kitchener Sud—Hespeler, de nombreux médecins immigrants sont venus me parler. Un grand nombre d'entre eux ne sont pas autorisés à se présenter à l'examen.

Vous avez tous deux passé des examens en médecine d'urgence. Je ne sais pas si c'étaient les examens du Collège royal ou du Collège des médecins de famille. Ces examens étaient-ils satisfaisants? Pensez-vous qu'une personne qui réussit l'examen devrait avoir la possibilité de travailler dans un service d'urgence? Quel est le problème? Pourquoi ne serait-elle même pas autorisée à se présenter à l'examen?

Michael Herman: C'est une bonne question, mais je pense que cela dépasse un peu notre sphère de compétence ici. Ce sont les provinces qui réglementent l'octroi des permis d'exercice de la médecine, donc, je pense que cela relève davantage de leur compétence.

Matt Strauss: Stephanie Price, la présidente de la fédération des organismes de réglementation de toutes les provinces, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et leurs homologues, a déclaré que, si vous obtenez la qualification de FRCPC, vous obtiendrez à coup sûr votre permis d'exercice dans la province. Il me semble que cet examen constitue un obstacle. C'est pourquoi je suis curieux de savoir si c'est un bon examen. Est-ce qu'il doit être amélioré pour que tout le monde puisse le passer et que, si vous le réussissez, vous réussissiez?

Elizabeth Shouldice: À mon avis, l'élément important ici est le fait que l'examen n'est pas une fin en soi. L'examen est l'un des éléments de la formation en résidence. Il s'agit d'évaluer la formation suivie par les étudiants et les médecins formés à l'étranger, éventuellement en complément d'un examen. Il ne s'agit pas uniquement de l'examen, mais de l'évaluation tout au long de la résidence, de l'observation par d'autres médecins et d'autres éléments. Encore une fois, cela dépasse largement le cadre des observations que peut faire l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Les examens sont bons, à mon avis. Je pense que...

Le vice-président (Dan Mazier): Je suis désolé, mais je dois vous interrompre. Merci.

Madame Chi, vous avez la parole pendant six minutes.

• (1240)

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

Je remercie tous les témoins qui sont présents aujourd'hui.

Je partage mon temps avec le Dr Powlowski.

Marcus Powlowski: Nous sommes pour la moitié des rejetés des urgences, bien que le Dr Eyolfson, lui, continue d'exercer, au moins un peu.

Curieusement, j'ai vécu la même situation avec le même problème au CHEO lorsque mon fils de quatre ans a commencé à souffrir d'un croup. Nous l'avons amené au CHEO, où une infirmière lui a administré de la dexaméthasone, ce qui était approprié. Il était peut-être à deux doigts d'avoir besoin d'épinéphrine. Après avoir attendu environ trois ou quatre heures, il était clair qu'il n'avait plus besoin d'épinéphrine. Nous sommes rentrés à la maison sans consulter personne.

Je suis originaire de Thunder Bay. J'ai travaillé pendant de nombreuses années aux urgences de Thunder Bay. Le temps d'attente avec le Dr Affleck, que vous connaissez probablement bien... Nous avons vu les temps d'attente augmenter considérablement au fil des ans. Autrefois, nous étions fiers de pouvoir voir les patients assez rapidement. Aujourd'hui, lorsque l'on se rend aux urgences, il n'est

pas rare de devoir attendre des heures. C'est le cas partout au Canada.

Dans quelle mesure cela est-il dû à une pénurie de main-d'œuvre, à un manque de médecins d'urgence?

Michael Herman: Je pense que la question des temps d'attente comporte de multiples facettes. La répartition de la main-d'œuvre en est une. Comme je l'ai mentionné dans mes observations, il y a une pénurie de médecins d'urgence. Il manque actuellement environ 1 500 médecins dans tout le Canada.

Les temps d'attente dépendent, selon moi, de nombreux facteurs, dont le plus important est le flux de patients dans l'hôpital. Il est essentiel de souligner que les temps d'attente aux urgences traduisent le flux sortant des urgences, et non le flux entrant, ce qui signifie que la difficulté à admettre des patients aux urgences témoigne en réalité de la difficulté à faire sortir les patients des urgences: les personnes admises qui ont besoin d'un lit et, plus en aval, les personnes admises à l'hôpital qui nécessitent des soins de longue durée ou d'autres placements dans la collectivité. Lorsque vous observez les temps d'attente aux urgences, vous devriez vraiment les considérer, comme l'a dit ma collègue, comme un signe avant-coureur d'un problème plus important au niveau des hôpitaux et des systèmes de santé.

Bien qu'il n'y ait pas une seule raison qui explique cela, ce sont les facteurs les plus importants à prendre en compte dans la prise de décision en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé.

Marcus Powlowski: Cela ne relève pas vraiment du cadre de cette étude, mais je pense que vous conviendrez que le manque de lits pour les soins de longue durée et de personnel pour s'occuper de ces lits constitue une grande part du problème. Si ces lits étaient libérés, il y aurait plus de lits pour les soins aigus, n'est-ce pas?

Michael Herman: Tout à fait.

Elizabeth Shouldice: Un de nos collègues dit: « Nous pouvons gérer l'affluence, mais c'est la foule qui est meurtrière. »

Marcus Powlowski: Docteur Herman, où exercez-vous, dans un petit ou dans un grand service d'urgence?

Michael Herman: Je travaille à l'hôpital Queensway Carleton à Ottawa. Je suis également remplaçant à North Bay.

Marcus Powlowski: Dans quelle mesure le manque de médecins d'urgence contribue-t-il à la fermeture des services d'urgence au Canada? Mme Konanz peut certainement nous parler de la situation dans la région de l'Okanagan. Dans le nord de l'Ontario, certains services d'urgence sont parfois fermés ou risquent de l'être, notamment à Kenora. Si Doug Eyolfson avait un permis d'exercice national, il pourrait peut-être aller travailler là-bas.

Dans quelle mesure le manque de médecins d'urgence dans les régions rurales du Canada constitue-t-il un problème?

Michael Herman: C'est certainement un problème important, qui conduit précisément aux situations que vous avez décrites, à savoir une pénurie de médecins.

L'autre problème, c'est que cela conduit à une sorte de course perverse vers le bas. Lorsque vous êtes en concurrence pour un nombre très limité de ressources en matière de soins de santé, vous mettez essentiellement les hôpitaux en concurrence les uns avec les autres pour une main-d'œuvre très limitée. Les hôpitaux peuvent être amenés à offrir des primes ou d'autres incitations financières aux médecins. Cela conduit à une course vers le bas, alors qu'il devrait s'agir d'un effort coordonné à l'échelle d'une région, d'une province et du pays, afin de garantir une bonne répartition de ces médecins dans l'ensemble de la main-d'œuvre, et non pas seulement dans certaines zones.

Il est certain qu'il y a un manque de médecins pour assurer ces gardes. Les médecins surchargés qui assurent déjà ces gardes sont déjà poussés à leurs limites.

Marcus Powlowski: Je vais vous raconter une petite histoire nous concernant, le Dr Affleck et moi-même. Nous travaillions tous deux aux urgences de Thunder Bay. Je crois que j'étais en soins intensifs, et lui était chargé de répondre aux appels provenant de la région. Il a reçu un appel d'un petit hôpital de campagne où un accident de voiture venait de se produire. Je crois qu'il y avait plusieurs patients dans un état critique, quatre ou cinq. Le médecin était manifestement dépassé par les événements et n'avait probablement pas reçu une formation adéquate pour travailler aux urgences, et encore moins pour traiter plusieurs traumatismes.

Dre Hulko, une chirurgienne originaire du Bélarus, aimerait beaucoup travailler au Canada. Je dirais que, si vous pouviez faire en sorte que des personnes comme elle, avec sa formation et ses titres de compétence, puissent travailler dans des petites villes, même si elles ne pratiquent pas la chirurgie à temps plein, ce serait extrêmement bénéfique.

Je crois que, dans de nombreux services d'urgence de petites villes, où le personnel n'est pas habitué à ce genre de situation... Une des principales sources d'inquiétude qui dissuade les gens de travailler dans ces endroits est la crainte d'avoir à faire face à ce genre de situation.

Dans quelle mesure pensez-vous que nous pourrions mettre à profit les compétences de personnes formées à l'étranger, telles que des spécialistes, en les préparant rapidement pour qu'elles puissent exercer dans les zones rurales?

• (1245)

Le vice-président (Dan Mazier): Veuillez fournir une réponse très brève.

Michael Herman: Tant que la qualité et la compétence des soins sont assurées, je dirais que cela pourrait être une stratégie importante.

Le vice-président (Dan Mazier): C'est excellent. Merci beaucoup.

Ensuite, nous avons M. Thériault pour six minutes.

[Français]

Luc Thériault: Je remercie les témoins de leur présence.

Je pense que nous pourrions discuter pendant une heure, mais j'ai à peine six minutes pour poser des questions et obtenir des réponses, alors c'est assez frustrant.

Pourquoi y a-t-il un manque de lits?

Elizabeth Shouldice: Je vous remercie de votre question.

[Traduction]

Encore une fois, ce ne sont pas les lits qui manquent, mais le personnel pour s'en occuper.

[Français]

Luc Thériault: Quand vous dites qu'il manque de lits, vous parlez donc d'un manque de personnel pour s'en occuper. Nous sommes d'accord là-dessus.

Est-ce qu'on forme assez d'urgentistes? Sinon, pourquoi?

[Traduction]

Elizabeth Shouldice: Non. C'est l'un des points que nous soulignons souligner aujourd'hui. Il ne s'agit pas seulement de veiller à former des médecins qui ont été formés ailleurs dans le monde, mais aussi d'accroître la capacité de former des médecins d'urgence au Canada.

Qu'ils aient déjà suivi une formation en médecine d'urgence ailleurs ou qu'ils aient suivi leur formation et obtenu leur diplôme de médecine ailleurs, nous devons disposer d'une certaine capacité au Canada, une capacité pancanadienne, pour former nos propres médecins d'urgence.

[Français]

Luc Thériault: J'avais compris votre position sur les professionnels de la santé formés à l'étranger. Vous être prête à les accueillir, mais sans faire de compromis sur les compétences, je l'ai bien compris.

Ce que je cherche à savoir, c'est pourquoi des gens hautement qualifiés se retrouvent aux urgences pour donner des soins et des services d'urgence qui, pour plusieurs, pourraient être donnés dans une clinique. Ce n'est pas seulement parce qu'il manque de lits à l'urgence, mais c'est aussi parce que bien des gens viennent aux urgences, car ils n'ont pas accès à des médecins dans des cliniques.

[Traduction]

Elizabeth Shouldice: La question est-elle « Pourquoi les soins d'urgence ne sont-ils pas prodigués rapidement? » ou « Pourquoi les soins diffèrent-ils d'un service d'urgence à l'autre? »

[Français]

Luc Thériault: Je dis que les patients qui se retrouvent à l'urgence, la fin de semaine, par exemple, sont des patients qui pourraient recevoir le même service dans une clinique. En un sens, il y a donc beaucoup de congestion dans la file d'attente des urgentologues, qui devraient donner des soins spécialisés dans les cas d'urgence. Nous parlions d'heures d'attente, mais elles sont souvent liées au fait qu'il n'y a pas de services de première ligne en dehors de l'urgence.

Elizabeth Shouldice: D'accord. Je comprends mieux, maintenant.

[Traduction]

Les patients dont l'état n'est pas grave et qui pourraient être pris en charge dans une clinique — ceux qui souffrent d'un mal de gorge ou d'une entorse à la cheville — ne sont pas ceux qui causent l'engorgement des services d'urgence. La raison de cet engorgement est le problème de la porte arrière. En effet, si tous nos lits sont occupés par des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, de pneumonie ou des personnes âgées ayant fait une chute, il n'est pas possible de faire venir un patient de la salle d'attente pour soigner sa toux, son mal de gorge ou sa cheville foulée, car il n'y a physiquement pas de place, ni de personnel infirmier disponible pour s'occuper des deux types de patients simultanément.

● (1250)

[Français]

Luc Thériault: Faites-vous un triage dans votre service d'urgences?

Elizabeth Shouldice: Oui, absolument.

Luc Thériault: Il y a donc un nombre d'heures d'attente qui correspond aux catégories du triage. Même si ce ne sont pas les gens qui congestionnent les urgences, on les fait attendre. Selon la perception commune, si on va aux urgences, on ne pourra pas en ressortir avant 16, 18 ou 20 heures. Or, au lieu de ça, on pourrait dire à la personne que si elle arrive à 10 heures du matin le lendemain, elle pourra aller à la clinique et y avoir accès.

Combien y a-t-il d'urgentologues dans un hôpital la nuit?

[Traduction]

Elizabeth Shouldice: Cela dépend de l'hôpital, bien entendu. Depuis la COVID, notre hôpital dispose de deux médecins de nuit. Auparavant, nous n'en avions qu'un seul, donc il y a effectivement une augmentation. Cela dépend vraiment de l'endroit où vous travaillez. Dans un hôpital plus grand, il y en aura davantage, ainsi que des stagiaires.

[Français]

Luc Thériault: Un ou deux suffisent-ils? S'il n'y a qu'un urgentologue présent aux urgences pendant la nuit, peut-on considérer que les urgences sont vraiment ouvertes?

[Traduction]

Elizabeth Shouldice: Oui, je le pense. Je crois que nous avons accompli un excellent travail, dans de nombreux services d'urgence au Canada, en essayant d'aligner les horaires des médecins et des infirmières sur les heures d'arrivée des patients. Si vous alignez les heures d'arrivée des patients sur les heures de prise de service des médecins... Dans notre établissement, un service d'urgence urbain très fréquenté, nous avons désormais 16 quarts de travail par jour, de sorte que nous faisons correspondre l'arrivée des médecins d'urgence à celle des patients. Cependant, il arrive parfois que certains patients attendent depuis la journée, car il n'y a pas de place pour les accueillir physiquement dans le service.

[Français]

Luc Thériault: Il ne faudrait pas qu'il y ait beaucoup de cas de traumatologie pendant la nuit, n'est-ce pas?

[Traduction]

Elizabeth Shouldice: C'est dans ces moments-là que le triage et la capacité de mener plusieurs tâches de front sont utiles. Cela peut être très stressant.

[Français]

Luc Thériault: Tout à l'heure, je reviendrai sur la question du sous-financement chronique.

[Traduction]

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Madame Konanz, vous avez cinq minutes.

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

Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui pour nous présenter leur point de vue sur cette question très sérieuse. Je leur en suis très reconnaissante.

Ma première question s'adresse à Dr Herman ou à Dre Shouldice. Comme l'a mentionné mon collègue, nous sommes confrontés à des fermetures chroniques et importantes de notre service d'urgence local dans la région de l'Okanagan. En effet, cela s'est produit 40 fois en 2024, et je crois que cela s'est produit plus de 30 fois jusqu'à présent cette année. Ce sont des fermetures de dernière minute. Vous vous rendez sur place. Vous arrivez avec une maladie, ou votre enfant en souffre, et le service vient de fermer, une fermeture de dernière minute.

Voici ma question: selon vous, quels sont les défis auxquels sont confrontés les services d'urgence ruraux, en particulier, en matière de dotation en personnel, qui pourraient causer ces fermetures de dernière minute?

Michael Herman: Vous soulevez ici un sujet très important. Les fermetures dans les zones rurales sont de plus en plus fréquentes et longues, ce qui est très inquiétant pour les collectivités que vous avez mentionnées. Il serait regrettable qu'une personne susceptible de faire une crise cardiaque ou un AVC se rende dans un établissement où elle espère recevoir des soins et doive ensuite être redirigée vers un autre endroit. C'est un problème très grave.

En ce qui concerne certains des défis, je pense qu'ils reflètent bon nombre des autres défis relevés dans tout le Canada, mais je pense qu'ils sont particulièrement prononcés dans les zones rurales, où la marge d'erreur est souvent plus faible. Dans les petites collectivités, le nombre de médecins et d'infirmières disponibles est plus restreint. Il est souvent difficile de recruter et de retenir le personnel dans ces régions. Souvent, dans ces régions, si vous travaillez dans un service d'urgence rural, vous pouvez être amené à effectuer des gardes de 12 ou 24 heures, ce qui est assez difficile à gérer, même dans un service d'urgence qui n'est pas très fréquenté.

Tous ces facteurs contribuent à la difficulté de pourvoir ces postes. Comme mentionné précédemment, lorsque les ressources sont très limitées, les collectivités se font concurrence pour attirer ce petit nombre de médecins. Je pense que l'une des solutions consiste à élargir le bassin de médecins sur lequel on peut puiser, à mettre en place des mesures incitatives appropriées pour les encourager à exercer dans ces collectivités et à renforcer le soutien dont bénéficient les médecins et les infirmières dans ces collectivités afin de leur offrir une option viable pour exercer leur profession.

● (1255)

Helena Konanz: Je vous remercie.

Notre discussion porte spécifiquement sur le South Okanagan General Hospital. On observe, au sein de l'Okanagan et plus largement en Colombie-Britannique, de sérieuses pénuries de ressources qui ne se limitent pas aux seules régions rurales, et qui pourraient par conséquent influencer la situation locale. Pour illustrer cela, l'Interior Health a signalé le départ de sept obstétriciens et gynécologues, de quatre psychiatres, et la fermeture subséquente de l'unité de pédiatrie de l'hôpital de Kelowna, une collectivité d'environ 150 000 habitants. Il convient d'examiner si ces circonstances exercent une pression accrue sur les hôpitaux avoisinants, le South Okanagan General Hospital étant situé à approximativement une heure, voire une heure et demie, de cet établissement principal.

Elizabeth Shouldice: Je considère que la situation actuelle constitue une période cruciale et éprouvante pour l'ensemble de la collectivité. À l'échelle nationale, très peu de services d'urgence disposent d'un personnel au complet. La majorité d'entre eux présentent des lacunes dans la planification des effectifs médicaux. Les professionnels de la santé s'appuient mutuellement pour combler ces lacunes et travaillent au-delà des exigences conventionnelles.

L'Association canadienne des médecins d'urgence, ou ACUM, procède actuellement à une révision de son étude de 2015. L'objectif est d'examiner les ressources humaines dans le domaine de la santé, en particulier les ressources médicales, à l'échelle nationale, en s'appuyant sur des données quantitatives et qualitatives. Cette analyse vise à déterminer auprès des médecins pourquoi ils prennent leur retraite tôt, pourquoi ils cessent de travailler aux urgences et pendant combien de temps ils ont l'intention de poursuivre leur carrière. Ce processus est en cours et devrait fournir des informations supplémentaires substantielles.

Le rapport EM:POWER a mis en évidence la nécessité d'assumer collectivement nos responsabilités en matière de ressources médicales et de prestation de soins de santé à l'échelle du pays, et d'examiner le système de santé dans son intégralité, sans se limiter à un établissement particulier. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous espérons que ce comité envisagera une approche pancanadienne pour résoudre les problèmes de ressources humaines dans le secteur de la santé.

Helena Konanz: Vous avez précédemment mentionné l'épuisement professionnel. Il s'agit probablement d'un aspect déterminant de ces fermetures.

Elizabeth Shouldice: Effectivement. Ayant obtenu mon diplôme de médecine en 2005, j'exerce depuis un certain temps déjà et me situe clairement en milieu de carrière. J'ai constaté des niveaux d'épuisement professionnel sans précédent chez nos collègues. Depuis la pandémie de la COVID-19, la situation s'est aggravée. J'estime que de nombreux professionnels quittent les spécialités de soins aigus en raison de cet épuisement professionnel. C'est un point essentiel.

Le vice-président (Dan Mazier): Merci.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

Sonia Sidhu: Merci, monsieur le président.

Avant de commencer, je souhaite m'assurer que si l'Association médicale canadienne, ou AMC, n'est pas en mesure de se joindre à nous, elle pourra soumettre ses déclarations préliminaires.

Le vice-président (Dan Mazier): Oui.

Veuillez procéder ainsi.

Sonia Sidhu: Merci.

Je remercie Dre Shouldice et Dr Herman pour leurs 17 et 11 années de service en première ligne, respectivement. C'est une période significative.

Au cours de la dernière législature, nous avons mené une étude sur la crise du personnel de santé au Canada. Il est ressorti de cette étude que les médecins étaient soumis à une charge administrative importante et que l'ère de la santé numérique était en pleine expansion. Quel est votre point de vue sur la santé numérique? Pensez-vous qu'elle allégera la charge administrative et contribuera à l'optimisation des résultats pour les patients?

Vos avis respectifs seraient appréciés.

Michael Herman: Nous sommes indéniablement à l'ère d'outils et de programmes numériques prometteurs, intégrant des applications d'intelligence artificielle présentant un potentiel d'assistance. Toute stratégie, numérique ou autre, doit impérativement être mise en œuvre en collaboration avec les médecins et le personnel infirmier. Dans le passé, les expériences avec les systèmes de dossiers médicaux électroniques ont démontré que certains de ces systèmes sont présentés comme des solutions miracles. Or, il s'agit souvent de structures hiérarchisées et imposées qui ne correspondent pas nécessairement aux flux de travail spécifiques des organisations ou des services.

Comme pour toutes ces stratégies, il est crucial de mener des consultations auprès des prestataires de première ligne qui dispensent les soins, afin de s'assurer que ces outils répondent réellement aux besoins cliniques et apportent des solutions concrètes à leurs problèmes. J'ai bon espoir que certaines de ces innovations seront bénéfiques, mais leur mise en œuvre doit être délibérée, prudente et tenir compte de l'expertise des prestataires de première ligne.

Sonia Sidhu: Les outils de triage basés sur l'IA peuvent-ils être utiles?

Michael Herman: Je suis personnellement informé de certains travaux préliminaires, mais j'estime que nous n'en sommes encore qu'aux prémices de ces technologies. J'hésiterais à affirmer qu'il s'agit d'une solution aux problèmes.

Comme tout outil, ces technologies peuvent être utilisées à bon ou à mauvais escient. Il faut donc s'assurer qu'elles sont utilisées de manière appropriée et qu'elles apportent des avantages mesurables et quantifiables aux prestataires de première ligne.

● (1300)

Sonia Sidhu: Les impacts environnementaux, tels que certains virus... Ont-ils une incidence? Il serait nécessaire de mettre en place des stratégies opérationnelles en cas d'urgence. En disposez-vous à l'hôpital d'Ottawa?

Michael Herman: Je suis désolé, je n'ai pas bien saisi la question.

Sonia Sidhu: Je fais référence aux impacts environnementaux sur les allergies et les virus.

Elizabeth Shouldice: Ce sujet a été abordé dans notre rapport EM:POWER, ainsi que dans le cadre de la planification des mesures à prendre en cas de catastrophe.

La pandémie de COVID-19 nous a évidemment beaucoup appris sur la planification en cas de catastrophe. C'est un sujet que nous avons abordé lors de notre forum national sur la médecine d'urgence, en avril dernier — ou plutôt en avril il y a deux ans. Il est essentiel de prendre conscience que nous devons améliorer notre préparation au niveau hyperlocal, dans nos propres hôpitaux — procédures en cas d'incident —, puis étendre cette approche.

Sonia Sidhu: Merci.

Je souhaite partager mon temps de parole avec M. Eyolfson.

Doug Eyolfson: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous de votre présence.

Je suis fier d'être membre de l'ACMU depuis 1998. J'ai obtenu mon diplôme en 1993, puis j'ai terminé le programme du Collège royal en 1998, alors que ce programme de résidence était encore très récent.

Je vous remercie pour vos observations sur l'exode. Je ne sais pas si vous connaissez le Dr Wes Palatnick, de Winnipeg. Il présentait systématiquement un diagramme illustrant des pièces avec des sorties de plus en plus petites, indiquant précisément l'origine du problème. Toutefois, l'ouverture vers les urgences était un large entonnoir, facilitant l'entrée, mais compliquant la sortie. Cela a été une source de frustration.

Le vice-président (Dan Mazier): Vous avez une minute.

Doug Eyolfson: Merci.

À propos de la main-d'œuvre, M. Powlowski a abordé la question. J'ai travaillé à Winnipeg. Je pourrais traverser la frontière pour me rendre en Ontario, mais je n'y ai pas de permis d'exercice valide. J'avais une licence en Ontario. J'y ai renoncé, car je n'y travaillais pas fréquemment et je devais tout de même m'acquitter de frais annuels de 2 500 \$ pour un permis inutilisé.

Nous avons tenté d'élaborer une stratégie coordonnée selon laquelle, même s'il ne s'agit pas d'un permis unique, le permis pourrait être reconnu. Ainsi, si j'avais un permis du Manitoba, je pourrais traverser la frontière et exercer le même emploi en Ontario ou dans les Territoires du Nord-Ouest, s'ils en avaient besoin. Chaque fois, nous avons rencontré beaucoup de résistance de la part des provinces, qui ont dit que cela relevait du gouvernement fédéral et nous ont demandé de « rester dans notre domaine ».

Votre organisation serait-elle disposée à aider à faire pression sur les provinces pour qu'elles collaborent avec le gouvernement fédéral afin d'élaborer une stratégie qui nous permettrait de contribuer à cette répartition? Ainsi, même si les gens travaillent dans ces centres urbains densément peuplés, ils auraient plus de mobilité pour se rendre occasionnellement dans ces régions isolées.

Le vice-président (Dan Mazier): Vous avez dépassé votre temps de parole.

Veuillez donner une réponse de 10 secondes.

Elizabeth Shouldice: Oui, absolument. Je pense que cela a été un succès dans le Canada atlantique. Ils l'ont fait de leur propre chef, et je trouve cela formidable.

Oui, bien sûr.

Doug Eyolfson: Merci.

Le vice-président (Dan Mazier): Je vous remercie.

Monsieur Thériault, nous pouvons poursuivre avec votre question.

[Français]

Luc Thériault: Manque-t-on de médecins ou non? Y a-t-il une pénurie de médecins ou pas?

[Traduction]

Elizabeth Shouldice: Oui.

[Français]

Luc Thériault: Est-ce, entre autres, parce qu'on n'en forme pas assez et qu'on n'a pas le financement nécessaire pour le faire? C'est la même chose pour les pharmaciens. Il faudrait avoir les ressources pour former davantage de médecins, au lieu de contourner les formations.

Tantôt, nous parlions du fait qu'il y a seulement 77 postes vacants en physiothérapie. La médecine vit le même problème depuis longtemps; on savait qu'on allait se retrouver un jour dans une situation de pénurie. De plus, les étudiants décident, et c'est leur choix, de ne pas aller dans telle ou telle spécialité. Par exemple, j'imagine que les gens qui aiment l'adrénaline vont aller travailler aux urgences, mais on n'en forme pas assez.

J'aimerais comprendre quelque chose. Mon collègue revient toujours sur la question de partager les ressources d'une province à l'autre. Or, tantôt, nous parlions de la compétitivité d'un hôpital à l'autre. Je pense qu'en situation de pénurie, il va y avoir un problème. Je suis d'accord de partager si l'intention est d'envoyer un pompier de l'Ontario éteindre un feu au Manitoba, mais c'est temporaire. À long terme, ce n'est pas ce dont nous avons besoin. Il faut prendre des mesures structurantes. Nous sommes en situation d'urgence, et le feu est pris partout. C'est pour ça qu'il faudrait nous parler entre nous et nous coordonner, mais, idéalement, ce n'est pas ce que nous voulons. Nous voulons un système de santé qui ne souffre pas d'un sous-financement chronique.

• (1305)

[Traduction]

Elizabeth Shouldice: Effectivement, nous avons identifié dès 2015 un manque de médecins urgentistes, avec la perspective d'une détérioration de cette situation. Comme cela avait été anticipé dans une étude de l'ACMU cette année-là, ce problème est connu de nos services depuis un certain temps déjà.

À mon sens, l'autorisation d'exercer à l'échelle pancanadienne, ou le partage de ces autorisations entre les provinces ou les régions, ne représente qu'une composante modeste de la solution globale. Cependant, cette mesure pourrait s'avérer fort utile, notamment au sein des collectivités rurales et éloignées. Nous avons d'ailleurs pu constater un certain succès de cette approche en Ontario, où le Dr Herman, par exemple, apporte occasionnellement son concours au service des urgences de North Bay.

Oui, vous avez raison de souligner que ce n'est ni la panacée ni la solution ultime; il s'agit plutôt d'une pièce, bien que modeste, de l'ensemble du puzzle.

Le vice-président (Dan Mazier): C'est tout. Merci, monsieur Thériault.

Je suppose que nous pouvons passer à la série de questions suivantes.

En ma qualité de président, j'assume aujourd'hui une double fonction. Je vais donc lancer la prochaine série de questions pour cinq minutes. Ma question s'adresse à la Dre Shouldice.

Le gouvernement a annoncé un financement de 97 millions de dollars pour créer le Fonds d'action pour la reconnaissance des titres de compétences étrangers. Combien de médecins formés à l'étranger obtiendront effectivement leur licence et commenceront à exercer au Canada grâce à ce fonds?

Elizabeth Shouldice: Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question pour le moment. Je ne dispose pas d'informations suffisantes pour savoir combien d'entre eux obtiendront leur licence. Il y a tellement de facteurs à prendre en compte que je ne peux pas me prononcer.

Le vice-président (Dan Mazier): Le gouvernement vous en a-t-il informée? Vous a-t-il consultée ou communiqué des informations à ce sujet?

Elizabeth Shouldice: Cela ne relève pas de la compétence de l'ACMU. Cela relève de la compétence des organismes provinciaux chargés de délivrer les licences, et cela ne relève pas vraiment de notre compétence.

Le vice-président (Dan Mazier): Vous ne savez donc pas combien d'infirmières formées à l'étranger pourraient bénéficier de ces 97 millions de dollars...

Elizabeth Shouldice: Non, désolée.

Le vice-président (Dan Mazier): Très bien. Je vous remercie.

Je cède maintenant la parole à M. Bailey.

Burton Bailey: Merci.

Docteur Herman, combien y a-t-il de places pour former des médecins urgentistes au Canada?

Michael Herman: C'est une bonne question. Je n'ai pas ces chiffres en tête. Je suis certain...

Burton Bailey: Pouvez-vous l'estimer?

Michael Herman: Encore une fois, je ne peux pas vous dire le nombre exact.

Burton Bailey: Très bien, je vais trouver ce chiffre.

J'ai participé à une étude en Alberta qui affirmait que les médecins urgentistes voyaient deux fois moins de patients depuis la pandémie de la COVID-19, en grande partie à cause de la charge administrative. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation?

Michael Herman: Je conviens que la charge administrative est certainement l'un des obstacles auxquels les urgentistes sont confrontés. En ce qui concerne la diminution du nombre de patients, je pense que cela s'explique davantage par le fait que les patients que nous voyons sont plus complexes et nécessitent des soins plus spécialisés.

Burton Bailey: Merci. Oui, ils présentent davantage de comorbidités.

Dans certaines provinces, il a également été signalé que, faute de capacités chirurgicales suffisantes, les services d'urgence se transformaient en stationnement. Nous n'opérons plus le soir comme nous le faisons avant la pandémie. Nous constatons que les disponibilités ne sont plus les mêmes, ce qui fait que les patients attendent plusieurs jours supplémentaires pour leur chirurgie, ce qui crée une charge supplémentaire pour les médecins des services d'urgence.

Convenez-vous de cela?

Michael Herman: Comme nous l'avons dit, l'engorgement des services d'urgence est un problème de débordement. Il reflète l'un des défis auxquels nous sommes confrontés.

Burton Bailey: D'accord. Je considérerai cela comme une demi-réponse.

Je vais maintenant poser quelques questions à votre collègue.

À votre avis, le système de santé canadien est-il en crise?

Elizabeth Shouldice: Oui.

Burton Bailey: Merci.

Les niveaux d'immigration fixés par le gouvernement fédéral devraient-ils être proportionnels aux infrastructures de soins de santé et à la capacité en ressources humaines?

Elizabeth Shouldice: Je pense que c'est une question très difficile à répondre, et je ne suis pas certaine de pouvoir y répondre de manière appropriée.

Burton Bailey: Je vous remercie.

Le vice-président (Dan Mazier): Vous disposez d'un peu plus de temps. Souhaitez-vous me céder le temps qu'il vous reste?

Burton Bailey: Certainement. Merci.

Le vice-président (Dan Mazier): Je vais en profiter pour régler quelques points administratifs.

Nous en avons déjà discuté avec les libéraux au sujet de la prolongation de l'étude sur la santé des femmes. Nous essayons d'obtenir une liste de témoins et nous avons travaillé avec les greffiers pour qu'ils puissent nous expliquer la situation. Nous demandons au comité une prolongation d'une semaine pour le rapport supplémentaire concernant l'étude sur la santé des femmes.

Êtes-vous d'accord?

Des députés: D'accord.

● (1310)

Sonia Sidhu: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

N'est-ce pas le tour de M. Eyolfson?

Le vice-président (Dan Mazier): J'ai encore du temps à ma disposition. Il m'a redonné la parole, alors plutôt que de perdre du temps à la fin, j'ai pensé que je pourrais régler ces questions.

Sonia Sidhu: Très bien.

Le vice-président (Dan Mazier): L'autre point est, bien sûr, un rappel à la greffière que la date limite pour les témoins de l'étude sur les antimicrobiens est aujourd'hui, et la semaine prochaine pour l'étude sur la souveraineté pharmaceutique canadienne.

Je suis toujours dans mon temps de parole, Mme Sidhu. Qui est le suivant?

Monsieur Eyolfson, vous avez cinq minutes.

Doug Eyolfson: Je présente une motion d'ajournement, car il est 13 h 10.

Le vice-président (Dan Mazier): Très bien.

Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui. Je vous souhaite
une bonne après-midi.

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>