



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

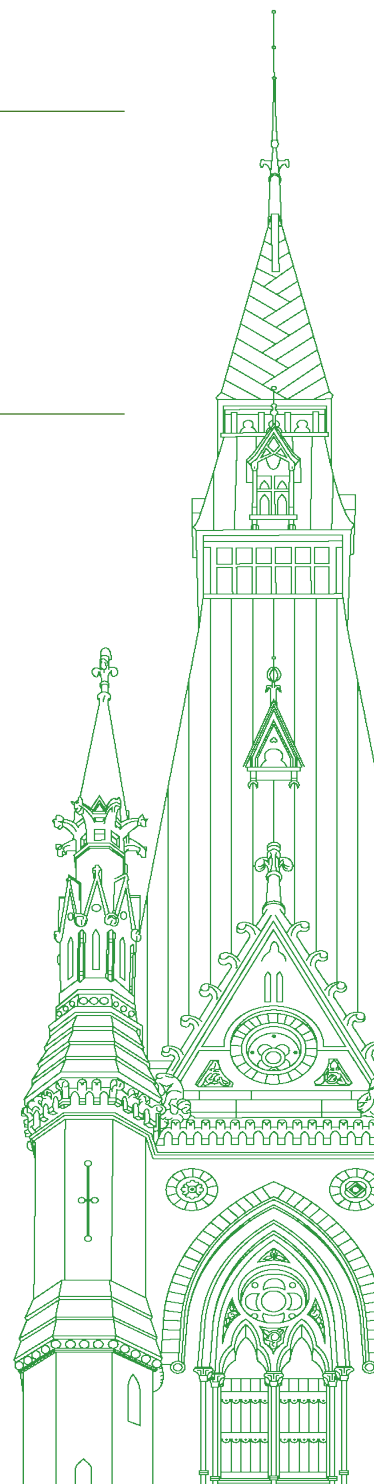
Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 013

Le jeudi 20 novembre 2025

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le jeudi 20 novembre 2025

• (1100)

[Français]

La présidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)): Bonjour à tous.

[Traduction]

La séance est ouverte. Bienvenue à la 13^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Nous nous réunissons sur le territoire non cédé du peuple algonquin anishinabe. La réunion d'aujourd'hui se déroule en personne.

Je tiens à rappeler aux participants les points suivants. Je sais que vous les connaissez, mais je dois quand même vous les rappeler pour le compte rendu. N'oubliez pas que vous avez devant vous ce petit autocollant rond où vous devriez placer vos téléphones ou tout autre équipement électronique afin qu'ils ne nuisent pas à la transmission. Cela pourrait causer des problèmes pour les interprètes.

Éteignez toujours votre microphone lorsque vous ne parlez pas et allumez-le lorsque vous avez la parole. Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Je vous rappelle que vous devez toujours adresser vos interventions à la présidence et non pas directement entre vous. Encore une fois, si vous voulez parler, levez la main. Nous dresserons la liste à mesure que les mains se lèveront.

Encore une fois, merci d'être venus ce matin. Nous avons notre liste de témoins. Ce sont des fonctionnaires de Santé Canada et d'IRCC. Du ministère de la Santé, nous accueillons Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe principale, Direction générale des politiques de santé, et Michelle Owen, directrice exécutive, Groupe de travail sur les ressources humaines en santé. Du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, nous accueillons Louise Baird, sous-ministre adjointe, Politique stratégique, et Soyoung Park, sous-ministre adjointe, Programmes économiques.

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

Je vais commencer par dire aux témoins que chacun de vos groupes disposera de cinq minutes. Je vous ferai signe après une minute, et de nouveau après 30 secondes pour que vous puissiez conclure. Si vous n'avez pas le temps de dire tout ce que vous avez à dire, vous aurez évidemment l'occasion de le faire pendant la période des questions et réponses.

Je vais commencer par Jocelyne Voisin, d'IRCC.

Madame Voisin, vous avez cinq minutes.

Jocelyne Voisin (sous-ministre adjointe principale, Direction générale des politiques de santé, ministère de la Santé): Je suis de Santé Canada.

La présidente: Je suis désolée.

Vous êtes assise au mauvais endroit.

Des voix: Oh, oh!

La présidente: C'est l'inverse qui s'est produit la dernière fois.

Merci. Allez-y.

Jocelyne Voisin: Merci, madame la présidente et honorables membres du Comité. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de comparaître devant vous dans le cadre de votre étude sur les répercussions de la politique d'immigration sur les soins de santé et les obstacles à l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger dans le système de soins de santé.

Le secteur des soins de santé du Canada fait face à une grave pénurie de professionnels de la santé, notamment de médecins, d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé. Ces pénuries ont une incidence sur l'accès aux soins pour de nombreux Canadiens.

L'immigration est un élément essentiel pour remédier aux pénuries de main-d'œuvre en santé au Canada. Les professionnels de la santé formés à l'étranger apportent des compétences et une expérience précieuses au système canadien de soins de santé. Cependant, comme le Comité l'a entendu dire, les professionnels de la santé formés à l'étranger doivent surmonter un certain nombre d'obstacles pour intégrer le marché du travail canadien dans le secteur de la santé. Par exemple, les processus de reconnaissance des diplômes étrangers, qui relèvent de la compétence des provinces et des territoires, peuvent être complexes, lourds et coûteux. Même après avoir obtenu leur permis d'exercice, les professionnels de la santé formés à l'étranger ont de la difficulté à s'intégrer au marché du travail. Bon nombre d'entre eux souffrent d'épuisement professionnel ou ont du mal à garder leur emploi en raison d'un milieu de travail négatif, de la discrimination et d'un manque de soutien social et professionnel.

• (1105)

[Français]

Le gouvernement du Canada s'engage à soutenir le personnel de la santé au Canada et à veiller à ce que les travailleurs de la santé soient soutenus d'un océan à l'autre.

Le gouvernement fédéral a réalisé une série d'investissements historiques afin de renforcer les soins de santé publics et d'alléger la pression qui pèse sur les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

[Traduction]

Comme vous l'avez déjà entendu, le budget de 2025 investira 97 millions de dollars sur cinq ans afin de créer le Fonds d'action pour la reconnaissance des titres de compétence étrangers. Le gouvernement collaborera avec les provinces et les territoires pour rendre la reconnaissance de ces titres de compétence plus équitable, plus rapide et plus transparente, aidant ainsi les professionnels qualifiés formés à l'étranger à contribuer plus rapidement au marché du travail canadien, notamment dans des domaines confrontés à des pénuries de main-d'œuvre comme les soins de santé et la construction.

Cet investissement s'ajoute à l'engagement pris dans le budget de 2024 d'investir jusqu'à 77 millions de dollars sur quatre ans pour aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à se joindre plus rapidement au marché du travail. Ces fonds serviront notamment à créer de nouveaux postes de formation pour les diplômés internationaux en médecine, à accroître la capacité d'évaluation et à améliorer les aides à l'orientation afin de rendre la reconnaissance des titres de compétence plus efficace.

Santé Canada finance le Registre national des médecins, la première source intégrée de données sur les permis d'exercice des médecins au Canada, et Nursys au Canada, une plateforme nationale pour les données sur les permis d'exercice des infirmières afin de faciliter l'échange d'information entre les organismes de réglementation en vue d'améliorer la mobilité de la main-d'œuvre et de faciliter la circulation des médecins et des infirmières d'un bout à l'autre du pays.

Enfin, Santé Canada finance également Effectif de la santé Canada, un organisme indépendant qui travaille à améliorer l'accès aux données sur les effectifs de la santé et la capacité de planification à l'échelle du pays, ce qui permettra de mieux outiller les planificateurs et les décideurs du secteur de la santé pour veiller à ce que nous ayons la bonne combinaison de professionnels de la santé, y compris des professionnels de la santé formés à l'étranger, aux bons endroits pour offrir des soins opportuns et de grande qualité.

[Français]

Santé Canada, en collaboration avec Emploi et Développement social Canada et Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de rationaliser les processus d'immigration pour les professionnels de la santé, de lever les obstacles à la reconnaissance des titres de compétences étrangers et de soutenir les initiatives qui favorisent l'intégration et le maintien à long terme des professionnels de la santé internationaux dans le secteur de la santé.

Les provinces et les territoires travaillent au développement de modèles novateurs relatifs au processus de reconnaissance des titres de compétences étrangers dans leurs territoires respectifs.

[Traduction]

Par exemple, comme vous l'entendrez plus tard aujourd'hui, la Nouvelle-Écosse a mis sur pied le Centre d'excellence en évaluation des médecins, qui fournit une évaluation du permis d'exercice pour les médecins formés à l'étranger tout en fournissant des soins primaires à la collectivité. La Colombie-Britannique a mis sur pied le programme Inspire Global Assessments, qui détermine les compétences des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des assistants en soins de santé.

[Français]

Santé Canada continuera de collaborer avec les provinces, les territoires, les organismes de réglementation et d'autres partenaires du système de soins de santé afin d'appuyer ces efforts.

Je tiens à remercier le Comité de m'avoir invitée à témoigner aujourd'hui. Je me ferai un plaisir de répondre aux questions des membres.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup. Il vous restait une minute. C'est bien.

Jocelyne Voisin: J'ai terminé. Merci.

La présidente: Nous allons maintenant passer à Louise Baird, sous-ministre d'IRCC. Merci.

Soyoung Park, c'est vous qui allez prendre la parole. D'accord. Merci.

Soyoung Park (sous-ministre adjointe, Programmes économiques, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration): Oui, je m'appelle Soyoung Park et je représente IRCC.

Merci, madame la présidente et membres du Comité.

À IRCC, notre rôle est d'assurer l'admission durable des résidents temporaires et permanents et de soutenir l'intégration des professionnels formés à l'étranger afin de stimuler la croissance économique. Le nouveau plan des niveaux d'immigration du Canada fait progresser ce travail en alignant l'immigration future sur les besoins prioritaires en main-d'œuvre, notamment dans le domaine des soins de santé.

• (1110)

[Français]

L'immigration fonctionne en parallèle avec les systèmes de santé provinciaux et territoriaux. La planification, l'octroi de licences et la prestation des services de santé relèvent de leurs compétences.

Dans le cadre de nos consultations sur le Plan des niveaux d'immigration 2025-2027 et de notre dialogue continu auprès du secteur de la santé, on nous a constamment dit que le Canada avait besoin de plus de professionnels de la santé.

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada répond à cette demande de trois manières. Premièrement, nous avons mis en place des programmes de travailleurs temporaires qui répondent aux besoins immédiats du marché du travail. Deuxièmement, nous avons lancé des programmes de résidence permanente qui soutiennent le secteur de la santé. Troisièmement, nous offrons des services d'établissement qui favorisent la reconnaissance des titres de compétences et l'intégration.

[Traduction]

Premièrement, les programmes de travailleurs étrangers temporaires permettent aux employeurs de combler des lacunes dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée et communautaires. En date du 30 septembre 2025, plus de 16 000 travailleurs temporaires avaient un permis pour travailler dans une gamme de professions du secteur des soins de santé.

[Français]

Ces programmes offrent également une certaine souplesse en ce qui a trait aux professions réglementées. En effet, ils permettent aux candidats qui disposent d'une voie vers l'obtention d'un permis de travailler dans le secteur tout en poursuivant le processus de reconnaissance de leur titre de compétences.

[Traduction]

Une étude récente de Statistique Canada a montré que les programmes des travailleurs temporaires jouaient un rôle important en comblant les pénuries de main-d'œuvre et en allégeant le fardeau imposé aux travailleurs de la santé canadiens surchargés. De plus, un an après avoir obtenu la résidence permanente, près des deux tiers des travailleurs étrangers temporaires continuent de travailler dans le secteur des soins de santé.

Deuxièmement, en ce qui concerne les résidents permanents, plus de 11 000 travailleurs de la santé sont arrivés en 2024 et 8 000 autres depuis le début de l'année. Certains ont critiqué le fait que nous admettions des médecins étrangers qui sont sous-employés. Nous savons que ce ne sont pas tous les professionnels de la santé formés à l'étranger, qu'ils soient citoyens canadiens ou résidents permanents dans le cadre des programmes d'IRCC, qui peuvent travailler dans leur domaine immédiatement. Dans tous les cas, les exigences en matière de permis des organismes de réglementation doivent être respectées.

[Français]

Cependant, limiter les possibilités de résidence permanente de ces personnes ne ferait que réduire le bassin de candidats qualifiés qui pourraient obtenir un permis plus tard et contribuer au système de santé canadien.

[Traduction]

À l'échelon fédéral, nous sélectionnons les candidats en fonction de leur expérience de travail qualifiée, de leurs études, de leurs compétences linguistiques ou d'un capital humain élevé. Les immigrants de la composante économique affichent constamment de solides résultats sur le marché du travail, y compris des taux d'emploi et des gains élevés. Les travailleurs de la santé ne font pas exception.

En troisième lieu, il y a les services d'établissement d'IRCC. La reconnaissance des titres de compétences demeure le principal facteur qui détermine la rapidité avec laquelle les professionnels de la santé formés à l'étranger peuvent travailler au Canada. Bien que la délivrance des permis soit assurée par les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux, IRCC travaille en étroite collaboration avec Emploi et Développement social Canada et Santé Canada pour appuyer l'intégration au marché du travail.

Les services d'établissement financés par IRCC aident les nouveaux arrivants à se préparer pour la reconnaissance de leurs titres de compétences et à comprendre les attentes du marché du travail. Les services préalables à l'arrivée, comme le PASS pour les infirmières, offrent des conseils, des liens avec les organismes de réglementation et les mentors, ainsi que des orientations sur les étapes à suivre pour exercer au Canada.

[Français]

Notre approche en matière d'immigration est conçue pour répondre aux besoins économiques, tout en respectant la capacité des collectivités. Les professionnels de la santé qui viennent au Canada

jouent un rôle essentiel dans le renforcement des systèmes de santé à l'échelle nationale.

[Traduction]

La présidente: Il vous reste 30 secondes.

Avez-vous terminé? Je suis désolée. Je ne voulais pas vous arrêter.

Soyoung Park: Mon dernier point était de vous remercier.

La présidente: Merci beaucoup, madame Park.

Je passe maintenant à la période des questions. Le premier tour sera de six minutes. Je répète que les six minutes sont pour les questions et les réponses, alors j'aimerais que tout le monde soit aussi succinct que possible afin que nous puissions avoir tous l'occasion de poser des questions.

Nous commençons par les conservateurs, pour six minutes.

Monsieur Bailey, allez-y.

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

J'aimerais revenir un peu sur ce dont nous avons discuté mardi avec la ministre de l'Immigration.

Madame Baird, sur le site Web du Programme fédéral de santé intérimaire de Santé Canada, on indique qui est admissible à la couverture dans le cadre de ce programme. Les groupes admissibles comprennent les demandeurs d'asile et les détenus qui ont traversé illégalement la frontière pour entrer au Canada. Mardi, la ministre de l'Immigration a dit faussement qu'une fois le processus terminé, la couverture prend fin.

J'aimerais confirmer, aux fins du compte rendu, que le site Web comprend également les demandeurs d'asile qui attendent une décision quant à l'admissibilité de leur demande et ceux dont la demande d'asile a été rejetée par la CISR.

Ma première question est la suivante: combien de demandes d'asile ont été rejetées en 2024?

• (1115)

Soyoung Park: Je vais répondre à cette question au nom d'IRCC.

Les décisions relatives aux demandes d'asile qui sont rejetées ou refusées sont prises, comme l'a dit la ministre, par un tribunal indépendant, c'est-à-dire la CISR. En fait, le taux de refus en 2024 se situait entre 16 et 17 %.

Burton Bailey: D'accord. J'ai un chiffre de 11 761 refus.

Soyoung Park: C'est exact.

Burton Bailey: D'accord. Il y en a un certain nombre.

Qu'en est-il pour 2025? Connaissez-vous le nombre de demandes rejetées?

Soyoung Park: Au 30 juin 2025, la CISR avait rejeté 6 947 demandes, ce qui représente environ 17 %.

Burton Bailey: Sur ce nombre de demandeurs déboutés, combien ont reçu des soins de santé dans le cadre du PFSI?

Soyoung Park: Comme la ministre l'a expliqué, les demandeurs déboutés ont également le droit d'interjeter appel de la décision. Donc, pendant qu'ils sont au Canada, avant qu'ils ne soient renvoyés ou que leur demande d'appel soit rejetée, ils restent admissibles au Programme fédéral de santé intérimaire.

Burton Bailey: D'accord. Nous n'avons pas de chiffre.

Est-ce que le ministère de l'Immigration ou celui de la Santé fait un suivi du nombre de demandeurs de mauvaise foi qui reçoivent des soins de santé?

Soyoung Park: Nous venons d'indiquer le nombre de demandes rejetées.

Burton Bailey: Pourquoi le ministère de l'Immigration ne fait-il pas le suivi du nombre de demandeurs d'asile de mauvaise foi qui reçoivent des soins de santé financés par les deniers publics?

Soyoung Park: Je pense que nous venons de donner les chiffres. J'ai déjà expliqué que c'est la Commission de l'immigration et du statut de réfugié qui décide de débouter ou non un demandeur.

Burton Bailey: D'accord.

Pour ces personnes qui viennent au Canada avec de fausses demandes d'asile et reçoivent des soins de santé financés par les contribuables canadiens, y compris des soins complémentaires comme des soins dentaires, des soins de la vue, des appareils médicaux et des services de santé mentale que beaucoup de Canadiens n'obtiennent même pas, savons-nous combien de temps dure leur couverture si leur demande d'asile est rejetée?

Soyoung Park: Cela dure jusqu'à ce que leur statut change et qu'elles soient couvertes par l'assurance-santé provinciale ou qu'elles quittent le Canada.

Burton Bailey: Selon un mémoire du gouvernement de juin 2025, au cours de l'exercice 2024-2025 seulement, vous avez fourni une couverture santé à 623 365 bénéficiaires, dont 440 000 demandeurs d'asile, pour un coût de 900 millions de dollars.

Le ministère ventile-t-il le nombre de personnes en fonction des groupes répertoriés sur le site Web?

Par exemple, combien de demandeurs d'asile, combien de détenus et combien de personnes sont admissibles à la discrétion du ministre? Existe-t-il une ventilation?

Soyoung Park: Votre question porte-t-elle sur l'admissibilité? Je ne suis pas certaine de la façon dont vous utilisez le mot « admissibles ».

Burton Bailey: J'aimerais avoir une ventilation. Nous avons ces chiffres importants. Beaucoup d'argent est consacré aux soins de santé.

J'aimerais savoir à combien de personnes la ministre a accordé ces soins de santé, à sa discrétion. J'aimerais savoir combien il y a de demandeurs d'asile et de détenus.

Soyoung Park: Je peux vous dire que sur ce nombre, environ 440 537 sont en fait des demandeurs d'asile.

Toutefois, comme vous le remarquerez, si vous êtes un demandeur d'asile, cela ne signifie pas pour autant qu'une décision a été rendue sur le bien-fondé de votre demande.

Burton Bailey: Oui, j'ai cité ce chiffre, mais ça va.

Ne pensez-vous pas qu'il est dans l'intérêt des Canadiens et du gouvernement fédéral de savoir quel genre de personnes entrent au pays et reçoivent potentiellement de meilleurs soins de santé que les Canadiens qui financent le programme?

Soyoung Park: Je ne suis pas sûre que je les décrirais comme de meilleurs soins de santé.

Burton Bailey: Je les décrirais certainement ainsi.

Lorsque je regarde le montant que les médecins facturent à ce ministère, à cinq fois le taux... Ils voient des médecins plus rapidement que les Canadiens moyens.

• (1120)

Soyoung Park: Le PFSI utilise des barèmes de frais et des structures de prix qui sont harmonisés avec les tarifs provinciaux et territoriaux.

Burton Bailey: Ce n'est pas vrai.

Vous êtes facturés à un taux plus élevé que les provinces et vous vous contentez de payer. Vous ne suivez aucun guide de tarification.

Soyoung Park: Nous vérifions l'admissibilité avant le paiement.

Burton Bailey: Vous vérifiez que vous allez payer, mais ils peuvent facturer ce qu'ils veulent et le taux est cinq fois plus élevé. L'anesthésiste et le chirurgien vous facturent cinq fois plus cher que ce qu'ils factureraient normalement à la province où ils travaillent.

Soyoung Park: Je ne suis pas sûre de comprendre ce que vous voulez dire.

Burton Bailey: Je souligne que nous dépensons 900 millions de dollars pour les soins de santé, et je pense qu'on abuse du système. J'aimerais qu'il y ait une certaine reddition de comptes, et je vous pose donc des questions auxquelles vous ne répondez pas vraiment, mais tant pis.

Je suis tombé sur un feuillet d'information du ministère fédéral de l'Immigration et je vais vous le montrer.

Connaissez-vous ce feuillet? Je peux le faire circuler.

Soyoung Park: Non, je ne le connais pas.

Burton Bailey: Vous ne le connaissez pas. C'est dommage.

Il s'agit d'un feuillet de renseignements à jour. Il est remis aux gens lorsqu'ils arrivent au Canada, mais comme vous n'êtes pas au courant, je ne vais même pas en parler.

Quel genre d'information donnez-vous aux gens qui viennent au Canada pour expliquer notre système de soins de santé? Leur donnez-vous quelque chose?

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): J'invoque le Règlement.

Le député a eu six minutes et nous avons largement dépassé les sept minutes de son tour.

La présidente: Vous avez tout à fait raison. Je suis désolée.

Burton Bailey: J'aimerais qu'on m'avertisse une minute à l'avance.

La présidente: Je ne l'ai pas fait et j'en suis vraiment désolée. C'est ma faute, mais votre temps est écoulé de toute façon.

Merci, monsieur.

Burton Bailey: Nous n'allons pas entendre mon...

La présidente: Votre temps est écoulé.

Je vous avertis une minute à l'avance, car c'est ce que je fais en tant que présidente. De nombreux présidents ne le font pas, car vous êtes censés vous minuter vous-mêmes, et ils se contentent de vous dire quand votre temps est écoulé. C'est bien.

Burton Bailey: Merci, madame la présidente.

La présidente: Passons donc au suivant.

La parole est maintenant à Mme Sidhu, du Parti libéral.

Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui dans le cadre de cette importante étude. Votre point de vue est très important.

Ma première question s'adresse au ministère de la Santé.

Le budget de 2025 prévoit 5 milliards de dollars sur trois ans pour le fonds d'infrastructure en santé. Des témoins nous ont dit que pour remédier à la pénurie de travailleurs de la santé, il faut aussi mettre en place l'infrastructure physique et éducative.

Pouvez-vous nous parler de la façon dont le nouveau fonds vise à aider les provinces et les territoires à agrandir et à moderniser ces installations afin qu'elles puissent mieux répondre aux besoins des Canadiens?

Jocelyne Voisin: Je vous remercie de la question.

Le budget prévoit 5 milliards de dollars sur trois ans pour l'infrastructure de la santé. On a parlé des hôpitaux et aussi des écoles de médecine. Les facultés d'éducation nous ont dit qu'elles avaient besoin de moderniser leur infrastructure. Évidemment, les provinces et les territoires sont très heureux d'entendre parler d'investissements potentiels dans l'infrastructure de la santé.

Nous travaillons toujours avec Logement, Infrastructure et Collectivités Canada pour concevoir le programme, mais il suscite certainement beaucoup d'intérêt. Les provinces et les territoires nous disent qu'ils ont une infrastructure de santé vieillissante et qu'ils ont aussi des besoins en matière d'écoles de médecine, alors ce sera très bien accueilli.

Sonia Sidhu: D'autre part, le budget prévoit d'importants investissements pour attirer des talents étrangers au Canada, y compris du financement pour les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, afin d'appuyer les étudiants internationaux au doctorat et les étudiants postdoctoraux, et soutenir les universités pour le recrutement de professeurs adjoints internationaux.

Pouvez-vous expliquer comment ces investissements continueront de jouer un rôle pour que le système de santé du Canada devienne fort dans des domaines comme l'éducation clinique et la recherche médicale, et en quoi ils complètent les efforts plus vastes visant à s'attaquer à la capacité du système de santé et au manque d'effectifs?

• (1125)

Jocelyne Voisin: Certainement.

Le budget prévoit un investissement de 1,7 milliard de dollars pour attirer l'excellence internationale en recherche. Comme vous l'avez mentionné, les IRSC recevront une partie des fonds annoncés. L'un des éléments clés que nous voulons garantir en ce qui concerne le secteur de la santé, est que les centres de recherche universitaire en santé soient également inclus. Cela nous permettra d'attirer les meilleurs chercheurs et professeurs agrégés dans ces établissements de santé, ce qui stimulera les essais cliniques et augmentera la recherche et l'innovation en matière de nouveaux traitements et de nouvelles approches thérapeutiques.

C'est énorme pour le système de santé, parce que bon nombre de ces hôpitaux de recherche sont également reliés à des hôpitaux communautaires, ce qui leur permet d'étendre leur rayonnement

dans la collectivité et d'entretenir de solides relations avec le secteur des soins primaires.

Sonia Sidhu: Merci, madame Voisin.

Ma prochaine question s'adresse au ministère de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté.

En janvier, le nombre de places disponibles dans le cadre du Programme des candidats des provinces a été considérablement réduit, le gouvernement ayant décidé de rétablir l'équilibre et la viabilité du système d'immigration. Depuis, vous avez été en mesure d'augmenter le nombre de places dans le cadre du PCP alors que nous nous recentrons sur la migration économique.

Dans quelle mesure les provinces et les territoires peuvent-ils recourir au PCP pour pourvoir leurs postes vacants dans le secteur de la santé? L'utilisent-ils actuellement à cette fin, ou pourraient-ils s'en servir davantage?

Louise Baird (sous-ministre adjointe principale, Politique stratégique, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration): Dans le plan des niveaux d'immigration le plus récent, comme vous l'avez souligné, nous avons augmenté le nombre de places que les provinces et les territoires peuvent utiliser dans le cadre de leurs programmes des candidats des provinces. Au cours de nos consultations, nous avons certainement entendu les provinces dire qu'elles aimeraient une augmentation. Cela leur permet de cibler leur immigration économique en fonction des besoins régionaux particuliers dans leur province ou territoire.

Nous savons certainement que les soins de santé sont un domaine sur lequel beaucoup de provinces se concentrent et qu'elles utilisent une partie importante de leur PCP pour attirer des travailleurs de la santé au Canada.

Sonia Sidhu: Pour poursuivre dans la même veine, j'aimerais en savoir plus sur les programmes régionaux et pilotes d'IRCC qui sont utilisés pour relever nos défis en matière de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Nous avons des programmes pour les communautés rurales et francophones dans les régions du pays, mais aussi pour les travailleurs dans des domaines spécifiques, dont la prestation de soins. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

Soyoung Park: J'ajouterais à ce que ma collègue vient de dire qu'environ 35 % des admissions en soins de santé entre 2023 et 2025 provenaient de tous les programmes régionaux, soit le Programme des candidats des provinces, l'immigration au Canada atlantique et les projets pilotes d'immigration dans les régions rurales et du Nord. Je tenais simplement à le souligner.

Les infirmières, les dentistes, les omnipraticiens et les médecins de famille figuraient parmi les principales professions.

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole à Mme Larouche pour six minutes.

[Français]

Andréanne Larouche (Shefford, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vais revenir aux témoins un peu plus tard, car j'aimerais utiliser les premières secondes de mon tour de parole pour m'assurer d'une chose.

Lors de la dernière réunion du Comité, j'ai déposé une motion pour avoir accès au cartable numérique. Je veux m'assurer d'obtenir l'approbation du Comité à cet égard, afin que mon adjointe et moi puissions finalement y avoir accès.

[Traduction]

La présidente: Je pense que si vous remplacez un membre permanent, vous devriez pouvoir avoir accès au cartable numérique sans la permission de quiconque. Allez-vous remplacer M. Thériault de façon permanente?

[Français]

Andréanne Larouche: Madame la présidente, j'avais déposé une motion afin d'avoir accès au cartable numérique jusqu'au 31 décembre 2025 ou jusqu'à ce qu'un changement à la liste des membres rende cette mesure inutile.

[Traduction]

La présidente: Vous n'y avez pas accès. Est-ce bien ce que vous essayez de dire?

Pouvons-nous suspendre la séance?

[Français]

Andréanne Larouche: Mon adjointe n'y a toujours pas accès.

J'ai déposé une motion lors de la dernière réunion, et je veux qu'elle soit maintenant approuvée officiellement.

• (1130)

[Traduction]

La présidente: Voulez-vous que ce soit officiellement approuvé par le Comité? Ce n'est pas nécessaire, mais allez-y. Je vais poser la question au Comité.

Est-ce que tout le monde est d'accord pour que Mme Larouche ait accès au cartable numérique?

Des députés: D'accord.

La présidente: Tout le monde a hoché la tête en signe d'approbation, madame Larouche.

[Français]

Andréanne Larouche: Madame la présidente, ce que je veux dire, c'est que la greffière avait confirmé que c'était la façon de faire. J'espère que ma demande va être approuvée et que je vais maintenant pouvoir poser mes questions aux témoins.

[Traduction]

La présidente: Tout le monde a signifié son accord.

Monsieur Mazier, invoquez-vous le Règlement?

Dan Mazier (Mont-Riding, PCC): Vous auriez dû avoir accès...

La présidente: Monsieur Mazier, je suis désolée. Vous n'avez pas droit à la parole à moins que vous ne posiez une question. Nous menons actuellement une étude, alors à moins que vous n'ayez un rappel au Règlement...

Dan Mazier: Oui, j'invoque le Règlement. Elle aurait dû y avoir accès le jour même où elle l'a demandé, soit mardi.

Y avez-vous accès maintenant?

La présidente: Ce n'est pas un rappel au Règlement, monsieur Mazier.

Mme Larouche a posé une question. Nous y répondons. Tout le monde était d'accord. Je lui ai dit qu'elle devrait y avoir accès.

Y avez-vous accès, madame Larouche?

[Français]

Andréanne Larouche: J'ai déposé une motion en bonne et due forme lors du dernier Comité. Je veux maintenant que le Comité approuve ma demande, afin que mon adjointe et moi puissions avoir accès au cartable numérique.

[Traduction]

La présidente: Mais est-ce que vous y avez accès?

[Français]

Andréanne Larouche: Mon adjointe n'y a toujours pas accès. C'est la raison pour laquelle je veux officialiser tout ça.

[Traduction]

La présidente: Vous n'y avez pas encore accès. D'accord. Nous veillerons à ce que vous y ayez accès.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci.

Je vais maintenant poser mes questions aux témoins.

Madame Voisin, dans vos remarques préliminaires, vous avez dit que les professionnels se heurtaient à des obstacles coûteux. C'est ce que j'ai noté. En effet, un coût est associé à la reconnaissance d'un diplôme. D'ailleurs, comme on le sait très bien, les questions de l'immigration économique et de la reconnaissance du diplôme relèvent du Québec.

Les mesures fiscales relèvent du fédéral. Pourraient-elles être mises en place pour soutenir les professionnels issus de l'immigration durant leurs études ou leur parcours pour faire reconnaître leur diplôme ou leur titre?

Jocelyne Voisin: Je dirais que oui. Comme vous l'avez mentionné, il y a des obstacles.

Lorsqu'un professionnel présente une demande auprès des différents organismes de réglementation, entre autres, ça lui coûte de l'argent. Ça lui demande aussi du temps, parce qu'il doit trouver tous ses documents. Selon son pays d'origine, ce n'est pas toujours facile d'avoir tous les documents dont il a besoin. Il y a des coûts liés à la demande.

Pour ce qui est des mesures fiscales, je ne suis pas certaine de comprendre desquelles vous parlez.

Andréanne Larouche: Lorsqu'une personne arrive ici pour suivre des cours, elle ne travaille pas. Souvent, cette personne n'a pas énormément d'économies pour vivre et pour payer son logement ou l'épicerie.

Pourrait-on reconnaître qu'un coût est associé à tout ça? Lorsque la personne arrive ici, elle ne peut pas travailler. Elle doit aussi suivre un cours de francisation — j'espère avoir le temps de revenir sur cette question avec un représentant du ministère de l'Immigration.

Je veux m'assurer qu'il est possible de mettre en place des mesures fiscales visant à la soutenir pendant ses démarches.

Jocelyne Voisin: Mme Baird pourrait peut-être vous parler des services qu'offre le ministère aux immigrants, à ceux qui arrivent au pays.

Ce que je peux dire, c'est que certaines provinces offrent des programmes de soutien aux professionnels qui viennent dans leur province.

Andréanne Larouche: Le fédéral pourrait aussi mettre en place des mesures pour les aider. Sinon, ça décourage les gens et ils abandonnent leur parcours. C'est pour ça que, finalement, ils ne font pas reconnaître leur titre ou leur diplôme. On ne peut pas laisser tout le poids sur le dos du Québec; il faut aider ces personnes et les soutenir pendant leur parcours.

Je vais maintenant passer à la question de la francisation, qui est importante.

Pensez-vous bonifier l'accord de 1991 pour y inclure des sommes qui seraient allouées à la francisation?

Louise Baird: Selon l'Accord Canada-Québec, un paiement est fait au Québec pour que celui-ci puisse fournir des services d'établissement et d'intégration. Chaque année, une compensation financière est versée par le gouvernement fédéral pour ces services, dont les services de francisation.

En 2024-2025, le Québec a reçu 867,3 millions de dollars.

• (1135)

Andréanne Larouche: Par contre, il y a encore des étudiants qui se heurtent à une barrière financière. Ils arrivent ici, mais ils n'ont pas assez d'argent pour vivre pendant qu'ils attendent qu'on reconnaisse leur diplôme ou qu'ils apprennent le français. Tout ça entraîne des coûts.

Il est vrai que des sommes ont été investies à cet égard. Cependant, reconnaissez-vous que, en matière de francisation, les besoins sont encore plus grands et qu'on aurait peut-être besoin de bonifier l'Accord Québec-Canada de 1991, notamment pour ce qui est de la question de la francisation?

La question de la langue est une barrière au Québec. Il serait donc important de s'assurer que plus de fonds y sont alloués.

Louise Baird: Il s'agit de services qui sont offerts par le gouvernement du Québec. Toutefois, le gouvernement fédéral lui verse un paiement pour ces services, une compensation annuelle qui inclut les services linguistiques, comme la francisation.

Andréanne Larouche: On pourrait quand même bonifier cet accord.

Il est vrai que c'est le Québec qui s'occupe de la francisation, mais l'Accord Québec-Canada pourrait être bonifié pour que le Québec puisse s'acquitter de sa responsabilité en matière de francisation.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

J'aimerais répéter au Comité que vous devez adresser à la présidence toutes les questions ou demandes de renseignements, tout ce que vous voulez. Merci.

Nous passons maintenant au deuxième tour. C'est un tour de cinq minutes.

Monsieur Mazier, pour les conservateurs, vous avez cinq minutes.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

Par l'entremise de la présidence, selon le ministère de l'Immigration, le gouvernement prévoit admettre 395 000 résidents permanents et 673 650 résidents temporaires au Canada cette année. Est-ce exact, oui ou non?

Louise Baird: Oui, ce sont les chiffres du plan de l'an dernier.

Dan Mazier: C'est plus d'un million de personnes. Combien de ces personnes sont médecins?

Louise Baird: Je n'ai pas ce chiffre.

Dan Mazier: Avez-vous des renseignements à ce sujet? Faites-vous une analyse à ce sujet?

Soyoung Park: J'ai fourni des chiffres plus tôt, mais jusqu'à maintenant en 2025, pour ce qui est des résidents permanents, plus de 9 000 personnes ont été admises dans le secteur des soins de santé. Il faudrait que je vérifie exactement ce... Cela dépend de ce que vous entendez par...

Dan Mazier: Avez-vous ce chiffre pour les médecins?

Soyoung Park: Pour les médecins, je peux vous dire que pour...

Dan Mazier: Si vous pouviez simplement déposer cette information, la ventilation, ce serait formidable.

Soyoung Park: Je crois que nous avons déjà répondu à une demande de ventilation des chiffres pour les médecins de famille et les spécialistes en chirurgie et en médecine clinique.

Dan Mazier: Si vous ne l'avez pas déposée au Comité, pourriez-vous le faire?

Soyoung Park: Oui.

Dan Mazier: Merci.

Le 13 octobre, le ministère de l'Immigration a publié un message sur les médias sociaux pour promouvoir le système de soins de santé gratuits du Canada auprès des nouveaux arrivants potentiels. Il a été vu sur Twitter près de deux millions de fois dans le monde. Qui a approuvé ce message alors que 6,5 millions de Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille?

Louise Baird: Notre groupe des communications du ministère publie des gazouillis et utilise d'autres médias sociaux pour parler de l'immigration au Canada. Parmi les sujets abordés dans ces communications figure la situation au Canada. De toute évidence, il y a beaucoup de choses à prendre en considération si vous songez à déménager dans un autre pays. Ces efforts cherchaient à parler non seulement du processus d'immigration, mais aussi de ce qu'est le Canada.

Dan Mazier: D'accord.

Est-ce que le ministère de l'Immigration ou, dans ce cas-ci, le service des communications paie pour toute publicité faisant la promotion de notre système de soins de santé à des non-Canadiens?

Louise Baird: Pas à ma connaissance. Je ne suis pas certaine de pouvoir l'affirmer catégoriquement, mais à ma connaissance, il n'y a eu aucune publicité payée.

Dan Mazier: Pourriez-vous déposer les renseignements sur la façon dont le service des communications travaille avec le secteur de la santé?

Louise Baird: Oui.

Dan Mazier: La ministre est-elle au courant de ces communications?

• (1140)

Louise Baird: Je ne le sais pas. Elle n'est sans doute pas au courant de certaines des communications courantes qui sont envoyées par le ministère.

Dan Mazier: Pour que nous comprenions bien ce que je vous demande de déposer, pourriez-vous remettre au Comité toutes les annonces et tous les messages publiés dans les médias sociaux concernant la promotion du système de soins de santé du Canada par le ministère de l'Immigration depuis 2020, y compris tous les coûts qui y sont associés? Merci.

Le ministère de l'Immigration effectue-t-il une analyse précise de la capacité actuelle du Canada en matière de soins de santé avant d'établir les niveaux d'immigration, oui ou non?

Louise Baird: Je ne suis pas certaine de pouvoir répondre par un oui ou un non. Je peux répondre du mieux que je le peux.

Nous effectuons des analyses et des consultations approfondies. L'examen de la capacité en matière de soins de santé a certainement été une des choses que nous avons examinées, en étroite collaboration avec les provinces et les territoires.

Dan Mazier: Pourriez-vous également déposer cette analyse? Nous vous en serions reconnaissants.

Devez-vous faire une évaluation de l'impact sur le marché du travail avant d'approuver la formation de stagiaires détenteurs d'un visa financés par l'Arabie saoudite dans des hôpitaux canadiens?

Soyoung Park: Une évaluation de l'impact sur le marché du travail n'est pas requise pour les stagiaires détenteurs d'un visa.

Dan Mazier: Une évaluation de l'impact sur le marché du travail vérifie le système pour s'assurer qu'il n'y a pas de Canadiens disponibles.

Soyoung Park: Oui... pour le programme des travailleurs temporaires.

Dan Mazier: C'est pour évaluer la situation et s'assurer qu'il n'y a pas de Canadiens disponibles pour pourvoir ces postes.

Soyoung Park: C'est exact. Dans le cadre du PTET, il y a une évaluation du marché du travail.

Dan Mazier: Oui.

Soyoung Park: Nous...

Dan Mazier: C'est bien.

J'ai une autre question.

La présidente: Merci.

Il vous reste huit secondes, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Combien de permis de travail le ministère de l'Immigration a-t-il approuvés l'an dernier pour que des stagiaires détenteurs d'un visa financés par l'Arabie saoudite puissent suivre une formation dans les hôpitaux canadiens? Si vous n'avez pas cette information, veuillez la déposer.

La présidente: Merci. Le temps est écoulé.

Je donne maintenant la parole à M. Eyolfson, du Parti libéral.

Vous avez cinq minutes, s'il vous plaît.

Doug Eyolfson: Merci, madame la présidente.

Cela a été confirmé plus tôt, mais je tiens à m'assurer, encore une fois, que cela figurera au compte rendu, car la question a été soulevée de nouveau. Je confirme que ces stagiaires détenteurs d'un visa,

ces résidents saoudiens qui arrivent au pays, n'enlèvent aucune place aux stagiaires canadiens. Il s'agit de places supplémentaires que le gouvernement saoudien finance en plus de son financement des facultés de médecine. Ils ne prennent pas la place de Canadiens qui seraient en formation et qui resteraient au pays, n'est-ce pas?

Soyoung Park: C'est exact. Ce sont des places supplémentaires. Elles ne sont pas seulement financées par le gouvernement saoudien...

Doug Eyolfson: C'est par d'autres gouvernements aussi, oui.

Soyoung Park: Les ententes sont conclues entre les établissements médicaux et les gouvernements.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Madame Park, vous avez dit que vous consultez les provinces au sujet de leurs besoins en main-d'œuvre. S'agit-il de toute la main-d'œuvre? Plus précisément, consultez-vous les provinces au sujet de leurs besoins en main-d'œuvre médicale pour l'octroi des permis?

Soyoung Park: Ce n'est pas nécessairement au niveau de l'octroi des permis.

Cependant, il y a des consultations annuelles au sujet du plan des niveaux d'immigration, et aussi sur l'immigration économique et les besoins des provinces et des territoires en matière de main-d'œuvre. Nous communiquons régulièrement avec nos homologues provinciaux pour veiller à ce que nos programmes soient harmonisés.

Doug Eyolfson: Merci.

Madame Voisin, vous avez dit qu'il existe une base de données nationale sur les besoins en matière de soins de santé par province. Les provinces ont-elles facilement accès à cette base de données?

Jocelyne Voisin: J'ai parlé d'un registre national des médecins...

Doug Eyolfson: Oui.

Jocelyne Voisin: ... qui ne porte pas sur les besoins en matière de soins de santé. Il s'agit d'une base de données réglementaire sur les permis d'exercice des médecins qui favorisera la mobilité de la main-d'œuvre partout au pays. Les organismes de réglementation de tout le pays sont en train d'y adhérer.

Doug Eyolfson: Bien. Toutes les provinces auront accès à cette base de données pour mieux planifier leurs propres besoins en matière de soins de santé.

Jocelyne Voisin: Absolument. Elles ont accès à la base de données, surtout lorsque les médecins présentent une demande pour passer d'une province à l'autre, afin de comprendre le statut d'agrément de ces médecins.

Doug Eyolfson: Un système, sinon un permis d'exercice canadien unique, du moins d'ententes entre les provinces qui permettraient au titulaire d'un permis dans une province d'exercer dans une autre, aiderait-il à répondre aux besoins en main-d'œuvre des différentes provinces?

Jocelyne Voisin: Absolument. Je pense que la mobilité de la main-d'œuvre serait très utile pour combler une partie de nos pénuries de main-d'œuvre, surtout dans les collectivités rurales et éloignées qui ont besoin de remplaçants, de médecins qui viennent faire des stages temporaires.

Cela aiderait également à retenir nos travailleurs de la santé en général s'ils avaient la possibilité de suivre leur famille en déménageant d'un endroit à un autre et aussi de servir dans des situations d'urgence afin que nous puissions déplacer nos ressources en soins de santé partout au pays lorsqu'il y a un besoin urgent.

• (1145)

Doug Eyolfson: Merci.

Madame Park, lorsque nous avons parlé des demandeurs d'asile déboutés, le terme « de mauvaise foi » a été utilisé. Il se définit comme étant faux ou non authentique.

Est-ce que ce terme décrit bien tous les demandeurs déboutés? Sont-ils tous de mauvaise foi?

Soyoung Park: Non, pas nécessairement. C'est un terme qui a été utilisé, mais nous parlons du taux de refus effectif, par opposition au taux d'acceptation, à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Ce serait probablement une meilleure évaluation.

Doug Eyolfson: Merci. Je crois que mon temps est écoulé.

La présidente: Merci. C'était très bien.

[Français]

Madame Larouche, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Mesdames, des demandes importantes pour le Québec concernent les deux ministères que vous représentez.

Je me tourne d'abord vers Mme Baird ou Mme Park.

Le gouvernement du Québec réclame 733 millions de dollars pour l'accueil des demandeurs d'asile et 500 millions de dollars pour couvrir l'aide sociale. Il demande également une compensation pour l'ensemble des services, ce qui comprend l'école et les services de soutien.

Allez-vous accéder à la demande du Québec? Avez-vous discuté avec le Québec du remboursement de ces sommes consacrées aux demandeurs d'asile?

[Traduction]

Louise Baird: Oui, le Québec a accepté un nombre assez élevé de demandeurs d'asile au cours des dernières années. Le gouvernement fédéral a indemnisé le Québec pour une partie de ces coûts, notamment par l'entremise du programme provisoire de logement. À ce jour, depuis 2017, le montant total est d'environ 1,1 milliard de dollars.

Comme vous l'avez mentionné, le Québec a demandé un montant supplémentaire pour les coûts engagés plus récemment. Le programme que nous avons à IRCC vise précisément les coûts de logement provisoire, et nous sommes donc en train d'examiner la demande et certains des coûts que le Québec a soumis.

[Français]

Andréanne Larouche: Je vais maintenant me tourner vers Mme Voisin ou Mme Owen.

Dans le dernier budget, il était question d'investir dans les infrastructures, par exemple les hôpitaux, mais il n'y a pas de sommes supplémentaires allouées aux transferts en santé, comme le demandait le Bloc québécois. Il ne faut pas seulement qu'il y ait de nou-

velles infrastructures, il faut aussi qu'il y ait des ressources humaines.

Envisagez-vous d'allouer des sommes non seulement pour les infrastructures, pour les hôpitaux, mais aussi pour les transferts en santé?

Jocelyne Voisin: Ce que je peux vous dire, c'est que le budget consacre des fonds aux services en santé. Le Québec va recevoir 38,3 milliards de dollars sur 10 ans, sur la base du plan « Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens ».

Ça a aussi été confirmé dans le budget.

• (1150)

[Traduction]

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole à Mme Konanz, pour cinq minutes.

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

J'ai une question pour Mme Baird ou Mme Park.

À propos de la formation, dans nos hôpitaux, de Saoudiens qui doivent rentrer chez eux après leur stage, on s'est beaucoup défendu autour de la table en disant que leurs places ne seraient pas prises s'ils n'étaient pas ici, ce qui est très intéressant, car il y a des milliers de personnes qui cherchent à se former dans les hôpitaux et qui resteraient ici, au Canada. C'est une situation vraiment très intéressante que nous essayons de bien saisir.

Une des choses que j'aimerais savoir, c'est combien de permis de travail le ministère de l'Immigration prévoit-il approuver cette année pour les stagiaires détenteurs d'un visa financés par l'Arabie saoudite?

Soyoung Park: Je dirais qu'il n'y a pas de plan ou de cible quant au nombre de visas dans cette catégorie. Les visas sont délivrés en fonction des demandes que nous recevons, et les ententes, comme je l'ai dit, sont conclues entre les facultés de médecine et les gouvernements étrangers, qui n'incluent pas seulement l'Arabie saoudite.

J'ajouterai que ce programme n'est pas unique au Canada. Il y a d'autres pays, comme les États-Unis et le Royaume-Uni, qui ont des programmes semblables.

Helena Konanz: Encore une fois, pour poursuivre dans la même veine, combien y a-t-il de stagiaires détenteurs d'un visa financés par l'Arabie saoudite ici à l'heure actuelle, et combien d'entre eux devront partir?

Soyoung Park: Je ne sais pas combien d'entre eux sont en provenance de l'Arabie saoudite.

Helena Konanz: D'accord. Pourriez-vous trouver cette information, s'il vous plaît, et la transmettre au Comité? Merci.

J'ai une autre question à vous poser. En ce qui concerne les soins de santé fournis par le PFSI, pouvez-vous, s'il vous plaît, présenter des chiffres ventilés par catégorie de groupes admissibles à ces soins de santé? Les groupes qui figurent sur votre site Web sont les demandeurs d'asile, les personnes protégées au Canada, les réfugiés réinstallés, les victimes de violence familiale, les détenus, les personnes visées par des politiques publiques temporaires particulières et les personnes dont l'admissibilité a été accordée à la discrétion du ministre.

Pouvez-vous ventiler les chiffres par catégorie et les transmettre au Comité?

Soyoung Park: Oui, nous pouvons le faire.

Helena Konanz: Très bien. Merci.

Ma prochaine question porte sur l'Institut pour la citoyenneté canadienne et le Conference Board du Canada, qui ont constaté que les nouveaux immigrants quittent le pays à un rythme quasiment record, les immigrants hautement scolarisés et hautement qualifiés quittant le Canada à un taux deux fois plus élevé que ceux qui sont moins scolarisés et moins qualifiés, ce qui est contraire à ce dont nous avons parlé au Comité. De toute évidence, nous ne voulons pas que cela se produise.

IRCC peut-il déposer auprès du Comité les renseignements que vous avez recueillis sur la migration continue des professionnels de la santé, plus précisément le nombre de résidents permanents dont l'admission à titre de professionnels de la santé a été approuvée et qui sont venus au Canada, puis ont quitté le pays au cours des 10 dernières années? Avez-vous cette information? Pouvez-vous déposer cette information?

Louise Baird: Je vais certainement vérifier si nous avons accès à cette information, et si nous l'avons, nous pourrions vous la fournir.

Helena Konanz: Merci. Ce serait formidable.

Le programme fédéral Entrée express des travailleurs qualifiés s'adresse aux travailleurs qualifiés qui ont de l'expérience de travail à l'étranger et qui veulent devenir résidents permanents du Canada.

IRCC a-t-il un objectif précis quant au nombre de professionnels de la santé qu'il cherche à faire immigrer au Canada dans le cadre du programme fédéral Entrée express des travailleurs qualifiés?

La présidente: Si vous n'avez pas la réponse, vous pourriez la déposer, comme toujours, pour que la greffière puisse la distribuer.

Louise Baird: J'ai sous les yeux le nombre total de travailleurs de cette catégorie dans le cadre du programme fédéral pour travailleurs hautement qualifiés, mais je n'ai pas la ventilation plus détaillée.

• (1155)

Helena Konanz: Pourriez-vous obtenir cette information pour le Comité et la déposer?

Merci.

La présidente: Merci beaucoup. Votre temps est écoulé, madame Konanz.

Je vais donner la parole à M. Powlowski, du Parti libéral, pour cinq minutes.

Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je m'adresse aux fonctionnaires du ministère de la Santé. Si j'ai bien compris, lorsque la ministre est venue ici, elle a dit que nous étions en train de négocier des ententes avec les collèges des diverses provinces. Je suppose qu'il s'agit des collèges de médecins et chirurgiens, et des collèges d'infirmières.

Quels types d'ententes...? Est-ce sur le financement que le gouvernement fédéral verse à ces collèges pour les aider à se pencher sur la question de l'accréditation des professionnels de la santé formés à l'étranger?

Jocelyne Voisin: Je crois que la ministre faisait référence au financement prévu dans le budget de 2024, qui était axé sur les nou-

veaux postes de formation pour les diplômés internationaux en médecine, les postes d'évaluation et le soutien à l'orientation.

Nous sommes en train de négocier des ententes pour acheminer ce financement. Certaines de ces ententes avec les provinces visent à appuyer certaines de leurs facultés de médecine.

Marcus Powlowski: Pouvez-vous nous parler un peu de ces ententes? À quoi sert cet argent? Est-ce pour créer des évaluations de la capacité à exercer, ou est-ce...? Où va l'argent?

Jocelyne Voisin: Il y a trois volets de ce financement.

Le premier volet vise à créer de nouveaux postes de formation pour les diplômés internationaux en médecine. Il s'agit d'une combinaison de postes en résidence, c'est-à-dire de nouveaux postes en résidence dans les facultés de médecine et des postes d'évaluation de la capacité à exercer afin d'accroître les possibilités pour les diplômés internationaux en médecine de terminer leur formation et de faire évaluer leurs compétences pour exercer au Canada.

Le deuxième volet concerne la reconnaissance des diplômes étrangers. Il s'agit de projets comme des pôles d'information pour des professions clés comme les infirmières, les médecins et les physiothérapeutes. Ils proposent des guides étape par étape pour naviguer dans le processus de reconnaissance de leurs titres de compétence, du matériel de préparation aux examens, des ressources et des modules d'apprentissage.

Le troisième volet consiste à accroître la capacité d'évaluation. C'est l'une des lacunes. Il n'y a pas assez d'évaluateurs pour ces médecins. Il s'agit de projets qui peuvent accélérer l'évaluation et renforcer la capacité, par exemple, d'améliorer la formation des évaluateurs ou d'élaborer d'autres voies de certification ou des mesures de soutien à l'évaluation de la capacité à exercer.

Marcus Powlowski: En ce qui concerne la formation en résidence, vous avez dit que le premier volet devait servir à créer des postes de résidents et à mener des évaluations de la préparation à la pratique médicale. Cela veut-il dire que l'argent du fédéral sert directement à payer la formation en résidence de ces personnes? Cet argent sert-il à créer des postes de résidents?

Vous payez pour les postes de résidents, parce qu'autrement, l'argent vient des écoles de médecine et des hôpitaux, n'est-ce pas?

Jocelyne Voisin: Une partie du financement servira à payer les salaires des résidents. Nous appuierons ces nouveaux postes de résidents ou de formation. Conformément au budget de 2024, il y a jusqu'à 120 nouvelles places en formation.

Marcus Powlowski: Je m'excuse. Avez-vous dit 120?

Jocelyne Voisin: Oui, 120.

Marcus Powlowski: Pour l'ensemble du Canada, ce n'est pas beaucoup, surtout compte tenu de la pénurie de médecins. Ce chiffre ne semble pas très élevé.

Jocelyne Voisin: C'est peu, mais je pense que chaque petit pas compte, et les provinces et les écoles sont heureuses d'obtenir ce soutien.

Marcus Powlowski: Ma question s'adresse aux gens d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Je croyais que c'était le ministère chargé de l'emploi et des familles qui participait à la délivrance des permis de travail, mais est-ce IRCC? Pouvez-vous nous expliquer à qui ce rôle revient?

Soyoung Park: Il existe deux types de permis de travail temporaire. Il y en a un qui est administré conjointement par Emploi et Développement social Canada et IRCC. Le Programme de mobilité internationale relève uniquement d'IRCC.

Dans le cadre du programme des travailleurs étrangers temporaires, qui relève d'EDSC, il y a une étude d'impact sur le marché du travail. Cependant, à la fin du processus, ce sont les agents d'IRCC qui délivrent le permis de travail.

Marcus Powlowski: Nous avons reçu quelqu'un qui représentait les foyers de soins chroniques et qui nous a parlé de la pénurie de préposés aux services de soutien à la personne et de la difficulté d'en recruter. Il a été suggéré que vous abandonniez l'exigence relative à l'étude d'impact sur le marché du travail pour ces personnes.

Est-ce envisageable, compte tenu de la pénurie généralisée? Cela semble une étape inutile, alors qu'il existe un problème bien connu.

• (1200)

Soyoung Park: Il faudrait en discuter avec EDSC.

La présidente: Merci beaucoup.

Je remercie les témoins d'être venus et d'avoir si bien répondu aux questions, avec beaucoup d'expertise et de connaissances.

J'aimerais suspendre la séance, afin que nous puissions nous préparer pour la prochaine heure.

Merci.

• (1200)

(Pause)

• (1210)

• (1210)

La présidente: Je déclare ouverte la deuxième heure de ces délibérations.

Pour la deuxième heure, nous accueillons trois témoins: le Dr Aaron Burry, directeur général de l'Association dentaire canadienne; la Dre Keri McAdoo, directrice générale du Physician Assessment Centre of Excellence; et le Dr Peter Nickerson, de l'Association des facultés de médecine du Canada, qui comparait par vidéoconférence.

Soyez les bienvenus.

Je vais vous expliquer rapidement le processus. Vous avez chacun cinq minutes pour votre déclaration préliminaire. Je vais vous prévenir à une minute de la fin et une autre fois, à 30 secondes. Vous n'avez pas à me remercier. C'est simplement pour que vous sachiez où vous en êtes dans le temps. Ensuite, il y aura une période de questions et réponses. Merci.

Docteur Burry, vous avez la parole pour cinq minutes. Je vous en prie.

Aaron Burry (directeur général, Association dentaire canadienne): Bonjour.

Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous. Comme vous l'avez mentionné, je m'appelle Aaron Burry et je suis le directeur général de l'Association dentaire canadienne, ou ADC.

L'ADC est la porte-parole digne de confiance des dentistes qui travaillent à améliorer la santé buccodentaire de toutes les per-

sonnes vivant au Canada. Nous faisons la promotion de la santé buccodentaire, nous appuyons nos membres et nous faisons progresser la profession de dentiste. L'ADC représente plus de 21 000 dentistes en exercice dans tout le pays, et il s'agit d'une source d'information fiable pour la profession et à son sujet concernant les enjeux nationaux et internationaux.

J'aimerais vous donner aujourd'hui un aperçu de l'état actuel du secteur des soins buccodentaires, qui fait face à d'importants défis en matière de ressources, partout au Canada. Les cliniques dentaires ont de la difficulté à recruter et à maintenir en poste des assistants et des hygiénistes dentaires. La situation est semblable à celle de l'ensemble du système de soins de santé, et l'ADC a des suggestions à faire sur la façon dont les mesures stratégiques fédérales pourraient aider à améliorer la situation.

Un récent sondage de Statistique Canada a révélé qu'environ 80 % des cabinets dentaires au Canada sont aux prises avec une pénurie de personnel. Près de la moitié d'entre eux signalent des difficultés à embaucher des assistants et des hygiénistes dentaires, ce qui fait que plus de 7 200 postes étaient vacants en 2023, particulièrement dans les collectivités rurales, où les services sont plus rares.

La mise en œuvre complète du Régime canadien de soins dentaires signifie que plus de Canadiens qu'auparavant cherchent à obtenir un rendez-vous chez le dentiste. Si l'on veut que le programme réussisse à maintenir des soins de grande qualité, il est essentiel de s'assurer que la main-d'œuvre peut répondre à cette demande accrue.

Les récentes réformes des politiques fédérales en matière d'immigration ont éliminé le domaine des soins dentaires de ceux admissibles au programme de permis de travail postdiplôme, ce qui empêche les assistants dentaires diplômés de travailler au Canada. Cela mène à des décisions difficiles, car certaines écoles qui offrent de la formation en assistance dentaire prévoient déjà annuler leurs programmes. S'ils ne sont pas réglés, ces problèmes exerceront des pressions supplémentaires sur les cabinets dentaires.

En raison du besoin urgent d'assistants dentaires, et surtout des pressions exercées par le déploiement du Régime canadien de soins dentaires, l'ADC demande au gouvernement fédéral d'élargir l'admissibilité au PTPD, afin d'inclure l'assistance dentaire. Cela permettrait de mieux harmoniser les politiques d'immigration avec les critères d'admissibilité du gouvernement fédéral à ce programme.

Selon Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, les domaines d'études liés aux emplois qui font face à des pénuries à long terme devraient être prioritaires pour l'admissibilité au PTPD. L'assistance dentaire répond de toute évidence à ce critère, compte tenu des pénuries généralisées au Canada et de son rôle essentiel dans la prestation de soins buccodentaires à toutes les personnes vivant au Canada. Ce changement de politique fondé sur des données probantes aidera à remédier à la pénurie d'assistants dentaires, à attirer des talents étrangers et à offrir aux diplômés une voie équitable pour contribuer au système de soins de santé du Canada, en fournissant des soins adéquats et accessibles.

Les pressions sur la main-d'œuvre concernent davantage les assistants et les hygiénistes dentaires, mais il est également important de tenir compte de l'effectif des soins dentaires en général. Même s'il n'y a pas de pénurie de dentistes au Canada, la répartition est inégale: les centres urbains sont bien desservis, mais l'accès est limité dans les régions rurales.

Il y a aussi les défis liés à la reconnaissance des titres de compétences et aux cheminements vers l'exercice de la profession pour les dentistes formés à l'étranger. Ils représentent environ 8 % de tous les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada, mais seulement le quart d'entre eux pratiquent en tant que dentistes. Dans l'ensemble, les dentistes formés à l'étranger représentent 33 % des praticiens autorisés au Canada, et ce pourcentage augmente d'année en année.

La collaboration continue entre les partenaires fédéraux et provinciaux améliore les processus de reconnaissance des titres et aidera à faire en sorte que notre effectif des soins dentaires demeure solide, compétent et réceptif aux besoins changeants en matière de santé.

Je conclurai en disant que le système de santé buccodentaire du Canada se trouve à un tournant important. Des décisions stratégiques ciblées et pratiques, comme le rétablissement de l'admissibilité au PTPD pour les assistants dentaires, pourraient aider à atténuer certaines pressions dans l'immédiat et à améliorer l'accès dans les collectivités partout au pays.

Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité. J'ai hâte de répondre à vos questions et de collaborer avec vous pour trouver des solutions pratiques qui renforceront notre main-d'œuvre en santé buccodentaire.

• (1215)

La présidente: Merci beaucoup.

Je vais maintenant donner la parole au Dre Keri McAdoo, du Physician Assessment Centre of Excellence.

Merci.

Vous avez la parole pour cinq minutes, docteure McAdoo. Je vous en prie.

Keri McAdoo (directrice générale, Physician Assessment Centre of Excellence): Bonjour, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je m'appelle Keri McAdoo. Je suis la directrice générale du Physician Assessment Centre of Excellence de la Nouvelle-Écosse, le PACE. J'ai pratiqué en tant que médecin de famille dans une région rurale de la Nouvelle-Écosse pendant 20 ans, puis j'ai été registraire adjointe au College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. Au cours des sept dernières années, je me suis occupée principalement de la création de voies d'obtention de permis pour les médecins formés à l'étranger. Ce sont mes antécédents qui m'ont amenée à ce poste.

Je suis heureuse d'avoir l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. Je vais parler du PACE comme d'une solution évolutive et novatrice pour l'amélioration de l'accès aux soins, grâce à une évaluation des médecins formés à l'étranger, qui représentent de 20 à 25 % de la main-d'œuvre médicale canadienne et qui sont depuis longtemps une pierre angulaire du système de santé du Canada, en particulier dans les collectivités éloignées et rurales.

Le PACE a été établi en fonction de deux principes centraux. Premièrement, il y a une importante cohorte mondiale de médecins formés à l'étranger hautement compétents qui souhaitent pratiquer la médecine au Canada. Deuxièmement, dans le cadre d'une évaluation rigoureuse en milieu de travail, le PACE peut déterminer la compétence des médecins en maintenant la barre haute.

Le PACE est le premier programme du genre au Canada. Son lancement en 2025 a été rendu possible grâce à un partenariat avec le Conseil médical du Canada et le College of Physician and Surgeons of Nova Scotia, ainsi qu'au leadership et au soutien du gouvernement de la Nouvelle-Écosse. C'est le collège qui a pris l'initiative de développer le PACE, celui-ci étant maintenant un organisme fédéral sans but lucratif indépendant.

Le PACE fonctionne au moyen de trois composantes intégrées. Premièrement, il s'agit d'un programme complet d'évaluation en milieu de travail axé sur les compétences, qui est offert par des évaluateurs médicaux bien formés. Deuxièmement, il s'agit d'une clinique médicale de soins primaires, qui donne accès à des soins à des milliers de patients qui, autrement, seraient sans fournisseur. Enfin, il s'agit d'un programme d'orientation de quatre jours conçu pour aider les médecins nouvellement arrivés en Nouvelle-Écosse à s'intégrer à notre système de santé et à nos collectivités.

Permettez-moi de décrire brièvement le fonctionnement de ce modèle. Le PACE offre une voie d'accès à un permis d'exercice indépendant aux médecins formés à l'étranger qui sont peut-être déjà au Canada ou qui pourraient y arriver en tant que nouveaux immigrants. Les évaluations sont effectuées par des médecins titulaires d'un permis et ayant reçu une formation approfondie du Conseil médical du Canada. Ces évaluateurs sont bien rémunérés pour leur expertise et ils sont profondément engagés à contribuer à cette solution novatrice.

Il est important de noter que cela n'ajoute pas à leur charge de travail, mais la reconfigure. Bon nombre de leurs patients, par exemple, sont maintenant des patients à la clinique du PACE. Les médecins formés à l'étranger prodiguent des soins directs aux patients, tout en étant étroitement supervisés par des évaluateurs sur place.

Le PACE est aussi un centre de santé pour des milliers de Néo-Écossais qui, auparavant, n'avaient pas accès à des fournisseurs de soins primaires. Après avoir réussi l'évaluation et obtenu un permis d'exercice indépendant, les médecins passent du PACE à la pratique et acceptent leurs propres patients.

Le fait d'aider les médecins à s'intégrer dans la pratique joue un rôle clé dans la rétention de ces médecins. Le College of Physicians and Surgeons offre un programme d'orientation de quatre jours, appelé Welcome Collaborative, qui est conçu pour aider les médecins formés à l'étranger à réussir leur transition vers la pratique médicale dans la province. Ce programme fait aussi le pont avec d'autres soutiens pour aider les médecins à s'établir dans une collectivité. Depuis la création du programme, il y a trois ans, 223 médecins y ont participé, et les commentaires ont été extrêmement positifs.

Le PACE prend de l'expansion. Une deuxième clinique ouvrira ses portes en décembre, ce qui doublera notre capacité. Une fois que les deux sites seront pleinement opérationnels, nous prévoyons commencer jusqu'à 45 évaluations par année. D'ici la fin de 2026, nous prévoyons avoir évalué 64 médecins au total pour l'obtention du permis d'exercice. Compte tenu de la taille de notre province, cela représente une augmentation transformatrice de l'offre de médecins. Nous estimons que la clinique du PACE fournira des soins primaires à 6 500 patients d'ici la fin de l'année prochaine.

Le PACE va au-delà des soins primaires. Nous avons créé un programme d'évaluation des médecins hospitalistes pour remédier à la grave pénurie qui sévit dans notre province. Nous prévoyons effectuer 30 évaluations dans le cadre de ce programme en 2026.

Rien de tout cela ne serait possible sans le leadership et l'appui financier du gouvernement de la Nouvelle-Écosse et du College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, ou sans la collaboration du Conseil médical du Canada et de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse.

Cette année, le PACE a eu l'honneur de recevoir le prix d'innovation en évaluation médicale et en remédiation de la Coalition for Physician Enhancement, qui reconnaît notre programme comme un chef de file mondial de l'innovation en matière d'évaluation des médecins.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

• (1220)

La présidente: Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole au Dr Nickerson, de l'Association des facultés de médecine du Canada.

Vous avez cinq minutes, docteur Nickerson. Je vous en prie.

Peter Nickerson (ancien président du conseil d'administration et doyen, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba, Association des facultés de médecine du Canada): Merci beaucoup.

Je m'appelle Peter Nickerson. Je suis le président sortant du Conseil d'administration de l'Association des facultés de médecine du Canada, doyen du Collège de médecine Max Rady et professeur de médecine interne à l'Université du Manitoba.

En commençant, j'aimerais souligner qu'au moment de l'obtention d'un diplôme de premier cycle en médecine, les diplômés sont affectés à des postes de résidence au Canada par le biais du Service canadien de jumelage des résidents, le CaRMS. Les résidents sont considérés comme des employés rémunérés du système de santé de la province dans laquelle ils travaillent. Ils sont inscrits à la faculté de médecine affiliée à un programme de formation agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins de famille du Canada.

Les diplômés internationaux en médecine sont des personnes qui ont obtenu leur diplôme dans une faculté de médecine à l'extérieur du Canada. Ils sont autorisés à postuler pour une résidence au Canada s'ils répondent aux critères. Ils sont à nouveau jumelés à un programme de résidence, encore une fois par l'entremise du processus de jumelage de CaRMS.

Un diplômé international en médecine sur trois qui postule au service de jumelage de CaRMS est un citoyen canadien ou un résident permanent qui a suivi des études de médecine à l'étranger en raison du manque de places dans les facultés de médecine de sa région d'origine au Canada. La capacité d'accueillir des diplômés internationaux en médecine dans le cadre du jumelage des résidents de CaRMS dépend de la capacité suffisante de formation en résidence financée par les provinces, tant pour les diplômés des facultés de médecine canadiennes que pour les diplômés internationaux en médecine.

Les médecins résidents titulaires d'un visa sont nés à l'étranger, et leur pays d'origine finance leur formation clinique dans le cadre d'un programme de résidence canadien. Ces personnes ne sont acceptées par les facultés de médecine et les systèmes de santé canadiens qu'après que les diplômés canadiens en médecine et les diplômés internationaux en médecine ont occupé tous les postes de rési-

dences financés par les provinces, et s'il reste une capacité résiduelle de formation dans le système de santé. En 2023-2024, 3 140 médecins résidents titulaires d'un visa travaillaient et étudiaient au Canada.

Les médecins formés à l'international sont des médecins pleinement certifiés pour exercer la médecine dans leur discipline en dehors du Canada. Pour exercer au Canada, ils doivent satisfaire aux normes des organismes de réglementation provinciaux. Cela peut aller d'un simple examen de leur formation et de leur expérience professionnelle à une évaluation formelle de leurs compétences avant l'obtention d'un permis d'exercer.

Pour contextualiser cette discussion, j'ai préparé trois diapositives à votre intention.

Sur la première diapositive, vous verrez la capacité de formation des facultés de médecine du Manitoba, qui était de 95 places par million d'habitants en 1982. Le gouvernement a réduit le financement dans les années 1980, de sorte qu'en 1994, la taille des nouvelles promotions était de 60 places par million d'habitants. En 1998, compte tenu de la pénurie de médecins qui en a résulté, la capacité d'accueil a été progressivement augmentée pour revenir à 90 places par million d'habitants en 2009.

Cependant, en 1999, alors que les effectifs des facultés de médecine augmentaient, la province a mis en place un programme officiel destiné aux médecins formés à l'étranger, en particulier en médecine familiale, sous la forme d'une évaluation de l'aptitude à la pratique, ou EAP, ou d'un programme de formation d'un an visant à les préparer à exercer au Canada.

Malheureusement, bien que la population du Manitoba ait continué d'augmenter depuis 2009, la capacité de formation des facultés de médecine n'a pas été augmentée pour maintenir le nombre de places à 95 places par million d'habitants. En substance, depuis 1980, le Manitoba, en ne maintenant pas sa capacité de formation à 95 places par million d'habitants, a manqué l'occasion de former plus de 800 médecins dans la province. Lorsque l'on examine l'écart entre le Manitoba et la moyenne nationale, on comprend mieux pourquoi nous sommes confrontés à une pénurie dans la province.

Cette situation n'est pas unique au Manitoba. La même tendance s'est produite dans l'ensemble du Canada.

Comme solution possible au problème de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, nous pouvons augmenter la capacité de formation des facultés de médecine du Canada. La diapositive 2 montre la capacité par province. Bien que nous ayons augmenté le nombre de places dans tout le Canada, il existe une hétérogénéité régionale marquée. Il convient de noter que seul un candidat sur cinq est admis en faculté de médecine, et que bon nombre de ceux qui ne sont pas admis sont tout à fait capables de suivre la formation, mais qu'il n'y a pas de places financées pour les former. C'est pourquoi de nombreux Canadiens vont à l'étranger pour se former.

Nous pourrions aussi augmenter le nombre de postes de résidence financés au Canada. Le fait que nous soyons en mesure d'accueillir des médecins résidents titulaires d'un visa financés par des sources externes nous indique que le système de santé dispose d'une capacité de formation supplémentaire, mais que les provinces ne financent pas cette capacité.

La diapositive 3 présente le ratio national des places de formation en résidence par rapport aux diplômés en médecine canadiens. En 2018, ce ratio était essentiellement de 1:1, et il a augmenté progressivement pour atteindre 1,12 en 2025, ce qui signifie qu'il n'y a que 12 % de postes de résidence financés de plus que de diplômés en médecine canadiens. Ces 12 % permettent d'accueillir des diplômés en médecine internationaux au Canada, tout en répondant aux besoins de nos propres diplômés en médecine. Au Manitoba, nous avons en fait créé un ratio de capacité de 1,3, qui est passé à 1,72 dernièrement.

La troisième solution consiste à accroître la capacité d'évaluer ou de former des médecins provenant de l'étranger. Les provinces peuvent améliorer le recrutement et le maintien en poste de médecins formés à l'étranger en améliorant la capacité d'évaluation de l'aptitude à la pratique ou, comme au Manitoba, en élaborant un programme de formation en médecine familiale d'un an pour les médecins formés à l'étranger qui ont besoin d'être exposés au système de soins de santé canadien et d'en faire l'expérience pour s'y adapter.

Merci beaucoup.

• (1225)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période des questions. Les questions de la première série sont d'une durée de six minutes. Les six minutes comprennent les questions et les réponses, alors je demanderais à tout le monde d'être bref. Nous passerons ensuite à un deuxième tour, si nous en avons le temps.

Nous allons commencer le tour de six minutes par M. Strauss, du Parti conservateur.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Merci, madame la présidente.

Monsieur Nickerson, merci beaucoup de vos observations. J'aimerais citer les documents d'information que vous nous avez envoyés, parce que je pense qu'ils sont très importants, et j'ai l'impression que le Comité est passé à côté de ces questions à plusieurs reprises.

Vous avez dit: « Le fait que nous soyons en mesure d'accueillir des médecins résidents titulaires d'un visa financés par des sources externes nous indique que le système de santé dispose d'une capacité de formation supplémentaire. » Avez-vous des réflexions à ce sujet? Il me semble que chaque poste de résidence qui va à un titulaire d'un visa pourrait aller à un Canadien si le financement était approprié. Est-ce que je résume bien votre pensée?

Peter Nickerson: Je pense que la réponse, c'est que le système de santé paie pour les postes de résidents. Il paie le salaire de ces personnes, et il paie les coûts de formation connexes aux universités pour qu'elles les supervisent dans leurs programmes. C'est vraiment aux provinces de décider ce qu'elles vont financer et combien de postes de résidents elles vont créer.

Matt Strauss: Merci.

J'ai aussi une question complémentaire sur les stagiaires saoudiens en particulier.

Pourriez-vous nous donner une idée du financement que reçoivent les facultés de médecine par étudiant saoudien titulaire d'un visa et de comment cela se compare au financement provincial équivalent dans l'ensemble du Canada?

Peter Nickerson: Le coût par médecin résident titulaire d'un visa, je crois — et il faudrait que je vous revienne avec le chiffre exact —, est d'environ 70 000 \$ par année. Le coût de la formation d'un Canadien se situe au même niveau. Essentiellement, nous facturons ce qu'il nous en coûterait pour former un Canadien.

Matt Strauss: Je veux simplement m'assurer que cela figure au compte rendu, parce qu'il y a eu différentes choses qui ont été dites à ce sujet.

Selon votre compréhension, le Royaume d'Arabie saoudite donne le même montant par médecin résident titulaire d'un visa qu'une province donnerait à un médecin résident canadien?

Peter Nickerson: Donnerait à un...? Je parle du financement accordé aux facultés de médecine pour appuyer le programme de formation. C'est exact.

Matt Strauss: Pourriez-vous nous fournir des données par écrit à ce sujet? J'aimerais beaucoup avoir cela noir sur blanc.

Peter Nickerson: Oui, nous pouvons obtenir cette information pour vous.

Matt Strauss: D'accord. Merci.

Je crois savoir qu'il y a 1 000 titulaires de visa saoudiens au Canada. Soixante-dix mille dollars multipliés par 1 000, c'est, je crois, 70 millions de dollars, ce qui, à l'échelle du gouvernement du Canada, n'est pas beaucoup d'argent, alors j'aimerais vous raconter une histoire pour vous expliquer pourquoi je suis personnellement scandalisé par cela.

Je suis critique à l'égard de Chrystia Freeland pour bien des choses, mais en août 2018, elle a demandé la libération de militants des droits de la personne, en Arabie saoudite, qui avaient été emprisonnés pendant environ cinq ans parce qu'ils voulaient que les femmes aient le droit de conduire. Ensuite, l'Arabie saoudite a retiré le financement des visas de ces médecins résidents et a dit qu'elle allait les rapatrier. J'enseignais à la Faculté de médecine de l'Université Queen's à ce moment-là, et l'administration était aux abois à cause du manque à gagner que cela allait causer.

Quelques mois plus tard, Jamal Khashoggi a été brutalement assassiné et démembré. C'était un journaliste du Washington Post qui a été assassiné au moyen d'une scie à os, et ce genre de répression se poursuit encore aujourd'hui en Arabie saoudite. Cet été, un journaliste a été exécuté pour avoir critiqué le gouvernement dans des gazouillis.

Personnellement, j'ai été moralement scandalisé que la faculté de médecine où je travaillais fasse pression sur le gouvernement pour qu'il récupère cet argent d'une dictature brutalement répressive. Je me demande si vous avez des réflexions à ce sujet.

Pensez-vous que le fait de recevoir autant d'argent d'une dictature brutale et répressive compromet moralement les facultés de médecine au Canada?

Peter Nickerson: Je ne sais pas si je suis qualifié pour répondre à cette question.

Ce que je peux vous dire, c'est que nous offrons le même niveau de formation, en général, à ces personnes qui sont des médecins résidents détenteurs d'un visa. Je pense que l'idéal serait de financer davantage notre propre capacité de former les résidents qui vont rester au Canada. Dans l'ensemble, je pense que la plus grande lacune que nous avons au pays concerne le nombre de postes de résidents grâce auxquels nous avons la possibilité de garder ces personnes qui travaillent au Canada pour répondre aux besoins des Canadiens.

• (1230)

Matt Strauss: D'accord. Je vais pousser la réflexion un peu plus loin parce que je pense que nous devons tous disposer, en quelque sorte, des éléments nécessaires pour prendre nos propres décisions morales dans la vie.

La faculté de médecine où je travaillais a fait du lobbying auprès du gouvernement, dénonçant essentiellement les critiques de Chrystia Freeland au sujet du bilan de l'Arabie saoudite en matière de droits de la personne, pour récupérer l'argent perdu.

Vous souvenez-vous de cet épisode? Que pensez-vous de cela? À quelle faculté de médecine étiez-vous associé à l'époque? Cette faculté de médecine dénonçait-elle aussi Chrystia Freeland pour avoir critiqué le régime brutalement répressif de l'Arabie saoudite?

Peter Nickerson: Merci.

J'étais à l'Université du Manitoba. Je n'étais pas encore doyen à l'époque. L'Université du Manitoba ne considère pas les médecins résidents détenteurs d'un visa comme un mécanisme de financement dont elle dépend. Nous considérons le financement provincial que nous recevons à la faculté de médecine comme notre financement de base. Si nous finançons les médecins résidents détenteurs d'un visa, c'est en tant que capacité autorisée dans le système, mais ce n'est pas une chose pour laquelle nous faisons du lobbying.

Matt Strauss: Merci.

Nous avons entendu le témoignage d'un groupe qui représente les Canadiens qui ont terminé leurs études de médecine à l'étranger et qui veulent revenir. Il y a environ 800 médecins résidents par année qui ne peuvent pas trouver de poste par l'entremise de CaRMS. Le représentant du groupe en question a dit qu'il avait offert du financement. Des municipalités, ainsi que des fondations, des organismes de bienfaisance et des associations ethniques, ont offert de financer le retour chez eux de ces stagiaires.

Pourquoi les facultés de médecine n'acceptent-elles pas ce financement, alors qu'elles acceptent celui de l'Arabie saoudite?

Peter Nickerson: Encore une fois, je ne peux pas me prononcer sur les municipalités individuellement, parce que nous ne sommes pas concernés par cela.

Grâce à ce que notre gouvernement a fait au Manitoba, nous avons un financement suffisant pour avoir un ratio de 1,72 à l'heure actuelle, afin que nous puissions rapatrier des Canadiens au Manitoba avec d'autres diplômés internationaux en médecine.

La présidente: Merci. C'est la fin de cette série de questions, monsieur Strauss.

Je donne maintenant la parole à M. Powlowski, du Parti libéral, pour six minutes.

Marcus Powlowski: Docteur McAdoo, recevez-vous du financement fédéral de la province?

Keri McAdoo: C'est exact.

Marcus Powlowski: L'argent est versé parce que...?

Je pratique encore un peu la médecine. Je reçois des honoraires à l'acte, et lorsque nous facturons au système de soins de santé provincial, je suis payé. Est-ce que cela finance entièrement votre centre du PACE?

Keri McAdoo: Le gouvernement provincial le finance...

Marcus Powlowski: Est-ce directement plutôt que...?

Recevez-vous un montant annuel plutôt que d'être payé par patient reçu ou par service fourni?

Keri McAdoo: Il s'agit d'un montant annuel, parce que nous fournissons à la fois des soins de santé et des évaluations. Ce n'est pas une clinique typique à cet égard.

Marcus Powlowski: D'accord.

J'imagine que vous ne traitez pas un grand nombre de patients. Si vous étiez un médecin pratiquant en Nouvelle-Écosse et que vous vouliez gagner un salaire décent, vous verriez beaucoup de gens. En voyant beaucoup de gens, vous feriez beaucoup d'argent. Avec ce centre du PACE, vous recevez plus d'argent, je pense, parce que vous faites de la formation, alors vous n'avez pas à voir autant de personnes.

Je m'interroge simplement sur l'efficacité de la lutte contre la pénurie de main-d'œuvre en santé. L'efficacité et le but ont trait à la formation, pas au nombre de patients.

Keri McAdoo: C'est un modèle différent de celui d'une clinique typique, c'est certain. Le modèle de financement est fondé sur le nombre d'évaluateurs dans la clinique, et les évaluateurs supervisent le travail des médecins formés à l'étranger. Nous nous attendons à ce que l'équipe en voie autant qu'un médecin de famille à temps plein, selon le modèle de financement. Ce n'est pas le volume auquel on s'attendrait dans une clinique typique, parce qu'il y a du temps prévu pour le travail d'évaluation, à la fois pour l'évaluateur et pour le médecin formé à l'étranger.

Marcus Powlowski: Peut-être que Dr. Nickerson pourrait intervenir. Pourquoi avez-vous besoin du PACE? Pourquoi les médecins ne pourraient-ils pas jouer le même rôle dans la collectivité, en supervisant quelqu'un pour une évaluation de la préparation à la pratique?

Je pense que la réponse, et Dr. Nickerson pourra peut-être confirmer cela, c'est qu'il est difficile de trouver un nombre suffisant de personnes qui sont prêtes à faire l'évaluation de la préparation à la pratique. La raison pour laquelle vous existez est-elle en partie attribuable au fait qu'il est difficile d'amener des gens de la collectivité à faire ces évaluations?

• (1235)

Keri McAdoo: Oui. Il y a de toute évidence des défis à relever pour recruter et retenir des évaluateurs dans le modèle traditionnel d'évaluation de la capacité à exercer. Dans le modèle précédent utilisé pour les évaluations de la capacité à exercer, on demandait aux médecins de faire une évaluation tous les ans ou tous les deux ans et ils ne le faisaient peut-être pas régulièrement. Par conséquent, il se peut qu'ils n'aient pas la certitude de pouvoir faire ce travail d'évaluation. Grâce à PACE, les évaluateurs effectuent des évaluations régulièrement et se sentent confiants dans ce travail. Ils ont également reçu une formation poussée du Conseil médical du Canada, ce qui leur donne l'assurance qu'ils possèdent les compétences dont ils ont besoin pour faire ce travail.

Grâce à ce modèle centralisé de PACE, ils ont créé une communauté d'exercice de façon à s'entraider et à travailler ensemble pour développer leurs compétences, sans oublier qu'ils sont également rémunérés.

Marcus Powlowski: Votre programme, PACE, est-il ouvert aux médecins de n'importe quel pays, ou y a-t-il une décision quelconque selon laquelle certains pays vont produire des diplômés de niveau supérieur? Est-ce que tout se passe bien?

Keri McAdoo: C'est vraiment fondé sur la compétence que l'on s'attend à voir dans la clinique. Nous avons des critères d'admissibilité qui sont établis par le Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, auxquels s'ajoutent des critères de sélection. Nous n'identifions pas de pays en particulier. Il s'agit en fait de déterminer qui réussirait le mieux.

Marcus Powlowski: Docteur Nickerson, je sais qu'au Manitoba vous avez depuis un certain temps le programme d'évaluation de la capacité à exercer, l'ECE. Je crois comprendre que les données sont assez limitées. Je suppose qu'il y avait une trentaine de ces évaluations par année au Manitoba. Pourquoi n'en fait-on pas plus?

Est-ce que PACE pourrait être la solution? Peut-être que le Manitoba devrait faire quelque chose de semblable, afin de pouvoir attirer beaucoup plus de gens grâce à ce genre d'approche.

Peter Nickerson: C'est une excellente question.

Nous avons en fait lancé des ECE vers l'an 2000, au début sans tout à fait la normalisation dont vous a parlé la Dre McAdoo. Nous avons constaté que cela ne répondait pas nécessairement aux besoins des médecins formés à l'étranger, alors nous sommes passés à un programme d'un an dans le cadre duquel nous leur donnons essentiellement des rotations dans divers domaines — la médecine d'urgence, la médecine familiale et la pédiatrie — pour leur donner une plus grande orientation vers le système de santé canadien. Nous avons constaté que ce programme d'un an donnait de très bons résultats. Au fil des ans, 20 personnes par année ont participé au programme. Nous en sommes maintenant à 30.

Nous sommes en train de mettre sur pied un programme ECE au Manitoba qui ressemble beaucoup à ce que fait la Dre McAdoo. Cependant, nous consacrons du temps à former les évaluateurs par l'entremise du CMC et à créer le même genre de communauté d'exercice au Manitoba.

Comme la Dre McAdoo, je pense qu'il faut procéder à un certain dépistage pour déterminer qui est admissible à l'ECE, parce que vous n'avez généralement que trois mois pour le faire. Pour ce faire, il faut une évaluation complète afin que vous puissiez vraiment confirmer qu'ils sont prêts à exercer.

Marcus Powlowski: Je voulais aborder ce qui me semble être une question très importante.

La présidente: Je suis désolée, monsieur Powlowski, cette question m'intéresse tellement que je vous ai laissé aller sans vous interrompre. Il vous reste neuf secondes.

Marcus Powlowski: Je crois savoir qu'il y a un groupe d'établissements qui offrent des ECE qui respectent les normes nationales et essaient de les établir. Ils s'intéressent à un programme de type Service canadien de jumelage des résidents, le CaRMS, pour des ECE à l'échelle nationale.

Est-ce quelque chose que le gouvernement fédéral devrait peut-être envisager de financer?

Keri McAdoo: Je pense que vous faites allusion au Conseil médical du Canada. Je ne sais pas si c'est ce que vous décrivez, mais il y a une évaluation nationale collaborative par l'entremise du CMC qui réunit diverses ECE. Je pense que c'est ce que vous décrivez.

La présidente: Merci beaucoup.

[Français]

Madame Larouche, vous avez maintenant la parole pour six minutes.

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les trois témoins d'être des nôtres. Leurs propos sont éclairants.

Ma première question s'adresse au Dr Nickerson.

Corrigez-moi si je me trompe, mais, dans une de vos réponses, vous avez dit que, selon vous et selon l'Association des facultés de médecine du Canada, la rétention de ceux qui travaillent au Canada devrait être une priorité.

De notre côté, nous sommes d'avis que, si on est obligé d'aller chercher autant de travailleurs étrangers, c'est parce que des étudiants d'ici vont étudier à l'étranger, mais ne reviennent pas au pays après leurs études à cause des conditions de travail.

Ai-je bien compris? La priorité devrait-elle être de garder les étudiants ici, pour qu'ils travaillent au Canada?

• (1240)

[Traduction]

Peter Nickerson: Nous devrions nous intéresser aux diplômés canadiens en médecine que nous formons. Nous voulons évidemment les garder ici, au Canada. Nous avons beaucoup investi dans ces diplômés. La plupart des étudiants en médecine coûtent, en moyenne, 430 000 \$ au total pour une formation sur quatre ans.

Pour les personnes que nous avons inscrites à nos programmes de résidence, nous espérons qu'à la fin de leur formation en résidence, elles resteront au Canada et aideront la main-d'œuvre canadienne. Aucun doute, c'est ce que nous devrions faire.

[Français]

Andréanne Larouche: Pour cela, il faudrait pouvoir leur offrir de bonnes conditions.

Dans le dernier budget, on a annoncé que des sommes seraient consacrées aux infrastructures des hôpitaux. Toutefois, on n'a pas répondu à la demande du Québec, qui veut une augmentation des transferts en santé et le retour d'une indexation annuelle à 6 % après 2028. Il s'agit non seulement d'une demande du Québec, mais aussi d'autres provinces.

Selon vous, à quoi sert d'avoir des hôpitaux alors qu'on n'est pas en mesure d'offrir de bonnes conditions de travail aux personnes qui y travaillent? Si on veut garder les travailleurs ici, il faut leur offrir de bonnes conditions. Si on gardait ici ceux qui travaillent, peut-être qu'on aurait moins besoin d'aller chercher des travailleurs à l'étranger.

Qu'avez-vous à nous dire sur la question des transferts en santé?

[Traduction]

Peter Nickerson: Je pense que vous soulevez un excellent point en ce sens que la population du Canada a considérablement augmenté au cours des dernières années, alors nous devons créer l'infrastructure, tant dans les facultés de médecine que dans le système de santé, afin d'être en mesure d'appuyer à la fois la prestation des soins de santé et la formation.

Il faut investir à la fois dans l'infrastructure des facultés de médecine et dans celle du système de santé pour soutenir la capacité et la qualité dans le milieu de formation ainsi que dans le milieu de travail. Les raisons pour lesquelles les gens choisissent de rester et de travailler dans une région donnée dépendront en grande partie du groupe de médecins auquel ils se joignent, ainsi que des conditions du système de santé dans lequel ils travaillent.

[Français]

Andréanne Larouche: C'est tout à fait exact. Si on a de nouvelles d'opération, elles ne doivent pas être vides. Il faut offrir de bonnes conditions aux personnes qui veulent venir y travailler. Évidemment, il doit y avoir des humains dans une salle d'opération. La rétention des étudiants qui pourraient travailler ici est cruciale.

Je vais maintenant me tourner vers la Dre McAdoo, qui représente le Physician Assessment Centre of Excellence.

Je rappelle que la question de l'immigration économique et celle de la reconnaissance des diplômes relèvent du Québec, notamment.

Les gens qui travaillent dans votre clinique, qui sont supervisés par votre centre, attendent qu'on reconnaisse leur diplôme. Quelles difficultés vivent-ils? Ont-ils des difficultés financières? Ils sont ici, mais ils doivent entreprendre des démarches. Il y a des coûts associés à tout ça, mais ils n'ont pas un salaire qui leur permet de vivre adéquatement pendant qu'ils sont sous votre supervision.

Serait-il utile que le fédéral mette en place des mesures fiscales?

[Traduction]

Keri McAdoo: Les médecins formés à l'étranger qui viennent au PACE reçoivent une allocation hebdomadaire pendant la période d'évaluation et une allocation mensuelle pour le logement, mais il est évident que c'est un défi financier pour les médecins de venir faire ce travail. Le logement est manifestement un défi pour les médecins qui veulent se rendre à notre centre d'évaluation. C'est un problème qu'il faut régler.

La présidente: Merci.

Je passe maintenant au deuxième tour. C'est un tour de cinq minutes.

Madame Konanz, vous avez cinq minutes.

• (1245)

Helena Konanz: Merci, monsieur le président.

Docteur Burry, en ce qui concerne les soins dentaires administrés dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire, le nombre d'utilisateurs des services dentaires a-t-il augmenté au cours des 10 dernières années?

Aaron Burry: Je n'ai pas cette information. Il faudrait que je vous revienne à ce sujet. Cela relève du gouvernement fédéral.

Helena Konanz: Les chiffres que donne le gouvernement démontrent qu'il y a une augmentation de 464 % depuis 2016, le nombre d'utilisateurs ayant augmenté de 110 000.

Quels sont les obstacles bureaucratiques ou les retards que ce nombre accru d'utilisateurs de ce programme de santé impose aux cabinets dentaires?

Aaron Burry: Il s'agit d'un programme très limité, axé principalement sur les soins très urgents et émergents. Je pense donc que le principal problème du programme est précisément que les gens arrivent avec des besoins qui sont beaucoup plus grands que ce à quoi le programme est censé répondre.

Helena Konanz: Je me posais des questions à ce sujet. Je lève mon chapeau au club Rotary local auquel j'appartiens. Nous avons recueilli des fonds pour les services dentaires des enfants ukrainiens de la région, et je me demandais pourquoi ils n'y ont pas droit. Le coût est passé à 256 millions de dollars, alors qu'il n'était que de 13 millions de dollars il y a 10 ans.

Y a-t-il un processus différent que les cabinets de dentistes doivent suivre dans le cadre de la couverture dentaire du Programme fédéral de santé intérimaire si des services sont rendus à un demandeur d'asile dont la demande a été rejetée par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié, comparativement aux services fournis à un réfugié approuvé?

Aaron Burry: Il faudrait que je vous revienne là-dessus. Il y a longtemps que je n'ai pas traité publiquement de réfugiés dans le cadre de ce programme. Il y a de nombreuses catégories de personnes qui entrent au pays. Chaque personne peut avoir une approche différente.

Helena Konanz: Pensez-vous que vous pourriez me fournir cette information lorsque vous la recevrez?

Aaron Burry: Bien sûr.

Helena Konanz: Ce serait formidable.

J'ai une autre question.

En fait, je crois que je vais maintenant céder la parole à M. Mazier.

Dan Mazier: Merci.

Madame la présidente, j'ai la parole. J'aimerais proposer la motion suivante puisqu'il sera bientôt 13 heures.

Je propose cette motion, étant donné que le coût du...

La présidente: Excusez-moi. Prenez-vous une partie du temps de parole de Mme Konanz?

Helena Konanz: C'est ce que j'ai dit, oui.

La présidente: D'accord. Merci.

Dan Mazier: Je propose:

Que, étant donné que:

Le coût du Programme fédéral de santé intérimaire a connu une hausse de 66,3 millions de dollars en 2016-2017 à 797,2 millions de dollars en 2024-2025, soit une hausse de plus de 1 100 % en moins de 10 ans.

Le nombre total d'utilisateurs ayant présenté des demandes au titre du Programme fédéral de santé intérimaire a connu une hausse significative, passant de 84 967 utilisateurs en 2016-2017 à 426 750 utilisateurs en 2024-2025, soit une hausse de plus de 400 % en moins de 10 ans.

Au Québec seulement, le nombre d'utilisateurs ayant présenté des demandes de remboursement au titre du Programme fédéral de santé intérimaire a connu une hausse de plus de 810 % en moins de 10 ans, passant de 11 900 utilisateurs en 2016-2017 à 108 440 en 2024-2025.

Au cours de l'étude des comités de la santé sur les répercussions de la politique d'immigration sur les soins de santé au Canada, le comité a entendu des témoignages concernant le manque de surveillance du programme, les pratiques de facturation douteuses et la forte augmentation de l'utilisation et des coûts du Programme fédéral de santé intérimaire;

le comité:

donne instruction à la présidente afin qu'elle écrive à la vérificatrice générale du Canada afin de lui suggérer de mener une vérification approfondie du Programme fédéral de santé intérimaire du gouvernement fédéral afin d'examiner la hausse significative des coûts, de l'utilisation et des répercussions sur les systèmes de santé provinciaux d'ici le 07 février 2026;

b) donne instruction à la présidente afin qu'elle écrive au directeur parlementaire du budget pour lui demander de réaliser une analyse financière du Programme fédéral de santé intérimaire afin de prévoir les dépenses futures et d'évaluer les facteurs à l'origine de la forte hausse récente des coûts et de l'utilisation, d'ici le 30 janvier 2026; et

c) invite la vérificatrice générale du Canada et le directeur parlementaire du budget à comparaître séparément devant le comité afin de présenter et de discuter leurs conclusions respectives s'ils publient un rapport.

D'après ce que nous avons entendu ici au cours des séances précédentes, je pense qu'il s'agit d'un sujet très important. Nous devons vraiment comprendre cet important sujet.

• (1250)

La présidente: J'ai une liste d'intervenants. Nous sommes saisis d'une motion.

Allez-y, monsieur Bailey.

Burton Bailey: Je suis désolé. Je n'ai rien à dire pour l'instant.

La présidente: D'accord.

Madame Chi.

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

Si vous me le permettez, je crois que cette motion est irrecevable. Nous sommes toujours en train d'entendre les témoins. Nous étions au milieu d'une série de questions.

Je viens de recevoir l'avis de motion. N'avons-nous pas besoin d'une période de diffusion avant de voter? C'est ce que je comprends des règlements.

La présidente: Je suis désolée, madame Chi. Si vous voulez suspendre la séance pour examiner la motion, je serai heureuse de le faire.

Elle est recevable parce que c'est un sujet dont nous discutons en ce moment.

Je vais suspendre la séance pour l'examiner. Est-ce bien ce que vous demandez?

Des députés: Non.

La présidente: Vous voulez simplement en discuter. D'accord. Je ne vais pas suspendre la séance.

Madame Chi, vous avez la parole.

Maggie Chi: C'est ce que je voulais dire.

La présidente: Nous allons passer à M. Eyolfson.

Doug Eyolfson: Merci.

J'aimerais savoir s'il s'agit d'un rappel au Règlement. N'avons-nous pas besoin de discuter officiellement d'une question liée aux travaux du Comité pour présenter une motion comme celle-ci?

La présidente: S'il y a une motion concernant la question à l'étude — et c'est le cas de la motion —, elle est recevable. Cela signifie que je devrai peut-être simplement... Compte tenu du temps dont je dispose et de la liste des personnes qui figurent sur ma liste, il se peut fort bien que je doive remercier nos témoins d'être venus et de leurs excellentes interventions.

Vous pouvez partir si vous le souhaitez, parce que nous discutons de la motion maintenant. Merci.

Allez-y, monsieur Eyolfson. Voulez-vous en parler ou non?

Doug Eyolfson: Non, merci. J'ai fait valoir mon argument.

La présidente: Je donne la parole à M. Powlowski.

Marcus Powlowski: Je veux certainement en parler, surtout avec les témoins qui sont ici. Je pense que nous touchons en quelque sorte au cœur du problème et à la façon dont nous pouvons régler ce problème de reconnaissance des titres étrangers. Nous avons ici d'excellentes personnes à qui j'aimerais poser des questions. Au lieu de cela, nous nous aventurons sur cette voie, qui est vraiment une question de dépenses. Nous sommes le Comité de la santé et c'est une question de dépenses et d'optimisation des dépenses.

Il y a beaucoup de problèmes de santé dont nous pourrions parler. J'aimerais que nous fassions notre étude sur le cancer. Il y a l'étude sur la crise des opioïdes que nous pourrions mener. Il y a beaucoup de problèmes de santé que nous pourrions régler. Nous nous attaquons à cette notion du Parti conservateur selon laquelle nous gaspillons de l'argent sur ces étrangers qui viennent ici et utilisent nos services de santé — je sais que cela plaît à une certaine base conservatrice qui veut entendre qu'il y a trop d'étrangers et que nous dépensons des dollars canadiens pour les étrangers — au lieu de faire ce que nous devrions faire comme comité des soins de santé, qui porte sur les questions de santé. Par conséquent, je ne suis pas du tout d'accord pour que nous consacrons de l'argent et du temps à cette question.

La présidente: Monsieur Bailey.

Burton Bailey: Je ne suis pas du tout d'accord. Mettez la question aux voix, s'il vous plaît.

La présidente: Parlez-vous de la motion ou non?

Je vais décider quand mettre la motion aux voix, monsieur Bailey, puisque personne d'autre ne veut intervenir au sujet de cette motion.

Si vous parlez de la motion ou contre, je vous donne la parole. Si vous me dites de demander un vote, je ne vous donnerai pas la parole parce que ce n'est pas ce qui convient.

Monsieur Mazier, je vous ai entendu marmonner. Voulez-vous intervenir?

Dan Mazier: Oui, en fait, je demandais la parole.

En ce qui concerne le point soulevé par M. Powlowski, nous pourrions simplement mettre la question aux voix. C'est ce que je recommanderais. Nous avions les témoins présents. Nous pouvons les ramener et reprendre nos travaux.

C'est ce que je recommanderais. Passons au vote si personne d'autre ne veut intervenir.

La présidente: Vous pouvez recommander que nous tenions le vote, mais tant que j'ai une liste d'intervenants, nous ne pourrions pas voter, monsieur Mazier.

Je consulte la liste. Nous avons Mme Chi.

Maggie Chi: Merci, madame la présidente.

Je suis plutôt d'accord avec M. Powlowski. Nous sommes en train d'inviter des témoins et ils ont pris le temps de venir en personne. Nous voulions vraiment creuser un peu plus le programme PACE en Nouvelle-Écosse, car on y présente un modèle qui aide à former des médecins et des médecins de famille. J'avais beaucoup de questions à ce sujet. Je pense qu'il est vraiment important de le mentionner dans l'étude.

Cela me déçoit. C'est du temps que les témoins nous ont accordé.

Cela dit, je propose de lever la séance.

• (1255)

La présidente: Il n'y a pas de débat sur la motion d'ajournement de la réunion.

Ceux qui sont en faveur de lever la séance...

Monsieur Mazier, me permettez-vous de présider une réunion et d'arrêter de crier après moi, s'il vous plaît? Je parle. Vous ne me laissez pas terminer. Vous me criez après. Arrêtez de crier après moi. S'il vous plaît, laissez-moi terminer mon travail. Merci.

Nous sommes saisis d'une motion d'ajournement. Elle ne peut être sujette à débat. Je vais mettre aux voix la motion d'ajournement.

(La motion est rejetée.)

La présidente: Notre séance se poursuit. Il nous reste cinq minutes.

Nous sommes saisis d'une motion et personne ne veut se prononcer pour ou contre la motion.

Je vais mettre la motion aux voix. Voulez-vous un vote par appel nominal?

Marcus Powlowski: J'aimerais un vote par appel nominal, s'il vous plaît.

(La motion est adoptée par 5 voix contre 4.)

La présidente: Nous avons quatre minutes. Je vois ici quelqu'un qui est encore en mode virtuel. Aimerez-vous avoir encore quatre minutes?

Je pourrais aller jusqu'à cinq minutes. M. Eyolfson a cinq minutes.

Doug Eyolfson: Merci, madame la présidente.

Je suis désolé de cette interruption. Cela fait partie de la façon dont les comités fonctionnent. Ce sont des choses qui arrivent.

Docteur Nickerson, je m'appelle Doug Eyolfson. Je suis heureux de vous revoir. Cela fait un bon moment.

Vous avez parlé de la réduction des places dans les facultés de médecine et des postes de résidence depuis les années 1980 et de la façon dont la situation s'est améliorée. Vous avez dit que ce sont les gouvernements provinciaux qui faisaient ces réductions. Est-ce exact?

Peter Nickerson: Oui. Ce sont les gouvernements provinciaux qui fixent le nombre de places que peuvent offrir les universités. Elles ont toutes diminué pendant les années 1980 jusqu'à la fin des années 1990, puis elles sont revenues au niveau actuel.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Comme j'ai déjà travaillé au gouvernement fédéral et que j'y suis revenu aujourd'hui, je sais qu'il est parfois difficile d'essayer de coordonner les efforts avec les provinces. Nous voulons encourager les provinces à faire certaines choses, comme le financement de places, mais nous avons tendance à rencontrer de la résistance si nous affectons des fonds à une initiative donnée.

Encourageriez-vous les gouvernements provinciaux à collaborer avec le gouvernement fédéral pour augmenter le nombre de places dans les facultés de médecine et le nombre de postes de résidence?

Peter Nickerson: Oui. Je pense que c'est ce dont nous avons vraiment besoin: une coopération fédérale-provinciale pour accroître davantage la capacité actuelle.

Si nous nous comparons à d'autres pays de l'OCDE, au niveau actuel de 93 par million en moyenne, nous sommes bien en deçà de ce qui se passe en Australie ou au Royaume-Uni, soit entre 120 et 130 par million. De toute évidence, d'autres pays font mieux que nous.

Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Docteur Burry, vous avez dit que les assistants et assistantes dentaires n'étaient pas admissibles. De quel programme parliez-vous?

• (1300)

Aaron Burry: C'est le Programme de permis de travail postdiplôme, le PPTPD. C'est un programme fédéral lié aux groupes prioritaires.

Doug Eyolfson: D'accord. Avaient-ils déjà participé à ce processus?

Aaron Burry: Oui.

Doug Eyolfson: A-t-on donné une raison pour leur retrait?

Aaron Burry: Non.

Doug Eyolfson: Je suppose que vous encourageriez l'inverse, dans ce cas.

Aaron Burry: C'est essentiellement ce que nous demandons. Il s'agit de faire tout ce que nous pouvons compte tenu des pénuries que nous prévoyons.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Parmi les assistants dentaires et les hygiénistes dentaires, y en a-t-il que vous connaissez qui font actuellement partie du programme des travailleurs étrangers temporaires?

Aaron Burry: Pas que je sache... non.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Docteur McAdoo, vous avez parlé de votre programme et du fait qu'il est financé par la province et le Conseil médical du Canada. Il y a les frais de facturation. Ensuite, est-ce qu'une allocation est versée aux médecins qui y travaillent pour la formation?

Keri McAdoo: Le financement provient du gouvernement provincial. Le Conseil médical du Canada n'accorde pas de financement. Une partie de ce financement sert à payer les honoraires des médecins qui sont évalués.

Doug Eyolfson: Une augmentation du financement de ce programme par le gouvernement fédéral vous aiderait-elle à mieux faire votre travail?

Keri McAdoo: Il y a beaucoup de façons d'améliorer notre façon de faire les choses. J'ai parlé tout à l'heure de la question du logement, de l'élargissement de la collaboration en matière d'accueil, de l'élargissement de l'établissement post-PACE dans la collectivité, du mentorat... Il y a beaucoup de façons d'améliorer le programme.

Doug Eyolfson: Merci.

Docteur Nickerson, quelqu'un a parlé de l'infrastructure fédérale des soins de santé et du fait que les provinces sont soumises à beaucoup de contraintes financières en matière d'infrastructure et de personnel.

Lorsque le gouvernement fédéral finance l'infrastructure de la santé, cela ne permet-il pas effectivement à un gouvernement provincial comme celui du Manitoba d'avoir plus d'argent à dépenser pour améliorer les niveaux de personnel, les conditions de travail et ce genre de choses?

Peter Nickerson: Oui, je l'espère bien. Avec un peu de chance, nous nous en rendrions compte aux premières lignes de la structure hospitalière et pour le personnel de soutien au sein de cette infrastructure.

Doug Eyolfson: Merci. Je n'ai pas d'autres questions.

La présidente: Il vous restait six secondes. Très bien. Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à Mme Larouche.

[Français]

Madame Larouche, vous disposez de deux minutes et demie.

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Moi aussi, je vais me tourner vers M. Burry.

Dans vos remarques préliminaires, vous avez parlé des effets du nouveau programme d'assurance. Au Québec, nous avons déjà une forme d'assurance dentaire; elle ne couvre pas tout, mais elle existe. Le gouvernement du Québec demandait un transfert de fonds, afin de pouvoir bonifier son programme dentaire. Le Québec connaît les besoins sur le terrain. De plus, ça fait partie de ses champs de compétence. Il sait ce qu'impliquerait une bonification du programme dentaire.

Si j'ai bien compris, ce programme a généré plus de demandes en vertu de ce programme, ce qui fait qu'on doit trouver plus d'employés ici et à l'étranger. On a besoin de personnel.

Aurait-il été préférable de répondre à la demande du Québec, plutôt que d'imposer un nouveau programme sans avoir préalablement évalué les besoins en matière de main-d'œuvre? Le Québec a déjà un programme, et sa connaissance des besoins aurait pu aider à bonifier le programme. C'est l'un des problèmes qui ont été créés.

Aaron Burry: Je vous remercie de votre question.

[Traduction]

Du point de vue de l'Association dentaire canadienne, nous ne cherchons pas vraiment à déterminer à quelle administration il revient d'offrir des soins bucco-dentaires. Ce dont nous avons besoin pour ces...

La présidente: Je pense que nous avons des problèmes d'interprétation.

[Français]

Andréanne Larouche: En effet, madame la présidente, je n'avais pas accès à l'interprétation.

Comme j'ai maintenant accès à l'interprétation, pourriez-vous laisser au témoin quelques secondes de plus, afin qu'il puisse répondre à ma question?

● (1305)

[Traduction]

La présidente: Oui, nous l'avons fait.

Recommençons et voyons ce qui se passe.

Aaron Burry: Madame la présidente, l'Association dentaire canadienne n'a pas de position précise à ce sujet en ce qui concerne la prestation des services de santé bucco-dentaire.

Ce que nous voulons, ce sont les programmes les plus efficaces possible pour offrir des soins de santé bucco-dentaire aux Canadiens, que ce soit au niveau fédéral ou provincial à l'heure actuelle.

[Français]

Andréanne Larouche: On a justement observé des problèmes sur le plan de l'efficacité du programme. Au Québec, des gens sont venus nous dire que toutes les demandes n'étaient pas acceptées. Il y a aussi des médecins qui ne voulaient pas adhérer au programme, parce que celui-ci manquait de clarté ou qu'ils n'avaient pas suffisamment d'information.

Avez-vous observé la même chose?

[Traduction]

Aaron Burry: Oui, pour ce qui est des défis liés à ce programme en particulier, nous les avons effectivement observés, mais en même temps, nous travaillons directement avec Santé Canada pour trouver des solutions.

Encore une fois, ce qui nous intéresse beaucoup, c'est que les Canadiens obtiennent les soins de santé bucco-dentaire dont ils ont besoin.

La présidente: Merci beaucoup.

Je donne la parole à M. Bailey pour cinq minutes.

Burton Bailey: Par l'entremise de la présidente, j'aimerais m'adresser au Dr Nickerson, du Manitoba.

Pourriez-vous clarifier ceci? Vous avez dit qu'il en coûte 430 000 \$ pour former un étudiant en médecine. En Alberta, on prétend que c'est plus de 1 million de dollars. Est-ce que vous incluez les allocations qu'ils recevraient?

Peter Nickerson: Non, je citais un document du Sénat de 2002, ajusté à l'inflation, comme moyenne canadienne.

Burton Bailey: Pourriez-vous me dire combien de jumelages du CaRMS il y a à Winnipeg? Donnez-moi une ventilation générale. Il y a la médecine familiale et, bien sûr, les autres sont des spécialistes.

Auriez-vous 90 places?

Peter Nickerson: Nous offrons 190 places. Pour ce qui est de la médecine familiale, nous avons 82 places.

Burton Bailey: Se peut-il que vous ne sachiez pas que le gouvernement saoudien fait des dons à l'Université du Manitoba pour accepter ces étudiants saoudiens?

Peter Nickerson: À ma connaissance, nous ne recevons pas de dons.

Ce que nous avons pour les stagiaires titulaires d'un visa, c'est un montant fixe que leur pays paie à l'établissement pour former ces personnes.

Burton Bailey: Seriez-vous au courant si le gouvernement saoudien faisait des dons à l'université, ou est-ce quelque chose dont vous ne seriez pas au courant?

Peter Nickerson: Je ne suis pas au courant de cela.

Burton Bailey: D'accord. Je comprends cela.

Y a-t-il quoi que ce soit qui oblige vos diplômés du programme de jumelage du CaRMS à rester dans la province?

Peter Nickerson: Pour les diplômés canadiens en médecine, non.

Nous avons un retour de service pour les diplômés internationaux en médecine qui restent au Manitoba pendant un certain temps.

Burton Bailey: Merci.

Par l'entremise du président, docteur McAdoo, je vous remercie de votre travail. Je ne suis pas encore allé à votre centre, mais j'ai parlé à beaucoup de gens qui l'ont fait. J'aimerais vous demander quel genre de défis vous avez dû relever lorsque vous avez lancé votre programme. Pensez-vous que c'est quelque chose qui pourrait être intégré dans d'autres provinces?

Keri McAdoo: Je vous en remercie.

Il y avait beaucoup de contraintes de temps, c'est certain. Il a été annoncé en octobre, et nous étions fonctionnels en janvier. Nous avons commencé nos premières évaluations en février, alors le temps pressait de toute évidence. Il a aussi été difficile de trouver suffisamment de locaux pour la clinique pendant cette courte période. Nous étions limités par le nombre d'évaluations que nous pouvions faire en fonction du nombre de salles d'examen clinique à notre disposition. C'est pourquoi nous allons ouvrir un autre local en décembre. Évidemment, nous avons dû recruter toute notre équipe, nos candidats et nos évaluateurs. Cela en faisait partie. Nous avons mis sur pied le programme très rapidement.

Nous avons maintenant une base très solide et nous avons prouvé qu'elle est évolutive. Nous avons déjà pris de l'expansion et sommes toujours en phase de croissance rapide. Nous avons commencé par un très petit nombre de candidats et ce nombre augmente régulièrement. Nous doublerons notre capacité en décembre pour le programme de soins primaires en cabinet.

Pour ce qui est des défis à venir, nous allons envisager d'élargir le programme d'orientation offert par l'entremise du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse afin d'en étendre la portée et l'ampleur, du moins nous l'espérons. Nous allons également envisager de construire des locaux spécialement conçus pour que nous ayons plus d'espace pour faire ces évaluations et continuer à développer le programme. Bien sûr, nous allons aussi parler de l'évaluation des programmes. Nous recueillerons beaucoup de données, ce qui nous aidera à déterminer comment ces types de programmes progressent.

Pour répondre à la dernière question, qui est de savoir si cela pourrait être fait dans d'autres domaines, je dirais que c'est certainement adaptable localement. Cela pourrait se faire à l'échelle régionale. À mesure que nous prendrons de l'expansion, nous aurons la

capacité de faire ce genre de travail. Cela pourrait se faire dans d'autres provinces aussi, s'il y a une volonté de le faire.

• (1310)

Burton Bailey: Merci beaucoup. J'ai terminé.

La présidente: Merci.

Madame Chi.

Maggie Chi: Merci.

Je remercie tous les témoins d'être parmi nous aujourd'hui. Mes questions s'adressent au Dr Nickerson. J'ai quelques questions d'éclaircissement.

Qui décide du nombre de places dans les facultés de médecine et du nombre de postes de résidence? Pouvez-vous nous en parler rapidement?

Peter Nickerson: Bien sûr. C'est approuvé par le ministère de l'Enseignement supérieur du gouvernement du Manitoba.

Maggie Chi: Merci.

Comme vous l'avez déjà mentionné, les stagiaires résidents titulaires d'un visa ne sont acceptés qu'une fois que tous les postes de résidence financés par la province pour les Canadiens ont été pourvus. Ensuite, on demande explicitement aux provinces si elles veulent financer les postes restants. Si une province refuse de combler les places restantes et que le stagiaire paie pour la formation, cela enlève-t-il quelque chose à un diplômé canadien?

Peter Nickerson: Non. En fait, nous avons eu des discussions avec les gouvernements provinciaux au sujet de la possibilité d'avoir des stagiaires titulaires d'un visa. Ils veulent s'assurer que nous n'acceptons pas de stagiaires titulaires d'un visa dans des endroits où nous avons un besoin urgent de former des personnes qui vont rester au Manitoba.

Maggie Chi: Si une province voulait effectivement financer les postes restants pour, disons, un diplômé canadien, elle pourrait le faire — ce qui veut dire que les stagiaires qui obtiennent un visa n'ont accès qu'à la capacité non réclamée. Est-ce exact?

Peter Nickerson: Tout à fait. Nous comblons les 190 places disponibles. Nous avons encore des stagiaires titulaires d'un visa dans la province, mais ils ne dépendent pas du fait que ces places ne sont pas comblées. Il s'agit de savoir si le système a la capacité de les intégrer au système de soins de santé. Le pays d'origine paie pour la formation.

Maggie Chi: Je vais partager mon temps avec M. Powlowski.

Marcus Powlowski: Docteur McAdoo, j'ai commencé à aborder cette question. C'est peut-être le Conseil médical du Canada. C'est le président du Conseil médical du Canada qui m'en a parlé. Je pensais qu'il y avait un groupe informel des divers organismes qui participent à l'établissement d'évaluations de la capacité à exercer. Dans certaines provinces, il s'agit du collège des médecins et chirurgiens. Dans d'autres, c'est un organisme indépendant. Dans d'autres endroits encore, on dirait que ce sont des hôpitaux universitaires. Essayez-vous d'établir des normes nationales pour les évaluations de la capacité à exercer?

Keri McAdoo: Oui, c'est par l'entremise du Conseil médical du Canada que les groupes se réunissent volontairement.

Des normes ont été élaborées il y a quelques années pour certaines disciplines dans le cadre de programmes d'évaluation de la capacité à exercer, mais je laisserais au Conseil médical du Canada le soin de décrire ce qu'il a...

Marcus Powlowski: Notre gouvernement a engagé pas mal d'argent pour aider les travailleurs de la santé formés à l'étranger à obtenir des titres de compétences au Canada. Il me semble — et vous pourriez faire cette recommandation — que nous pourrions investir dans une organisation plus officielle d'organismes qui administreraient des évaluations de la capacité à exercer.

L'autre chose que j'ai entendue, c'est qu'il y avait un certain intérêt à ce qu'il y ait un jumelage national pour que les médecins qui viennent au Canada puissent, plutôt que de présenter une demande dans chaque province, avoir un genre de processus du CaRMS qui ferait en sorte qu'il n'y aurait qu'un seul endroit où déposer leur demande. Ensuite, les diverses provinces pourraient choisir les personnes qu'elles feraient venir. Seriez-vous en faveur de créer ce genre de jumelage?

Keri McAdoo: Je n'avais pas envisagé cela auparavant, mais il serait raisonnable de rendre le programme plus accessible à un plus grand nombre de personnes.

J'ai oublié quelle était la première question. Vous aviez une question à deux volets.

Marcus Powlowski: C'était seulement au sujet d'un jumelage national. J'aurais pensé qu'un jumelage national serait souhaitable.

Keri McAdoo: Oui. Il serait certainement utile d'avoir accès à l'information pour que les médecins formés à l'étranger n'aient pas à répéter des demandes.

Marcus Powlowski: Enfin, docteur Nickerson, je crois que le Manitoba est la seule province qui offre ce programme de transition d'un an pour accroître les compétences et les connaissances des médecins formés à l'étranger.

Êtes-vous la seule province, et diriez-vous que ce pourrait être un programme dans lequel investir de l'argent pour régler ce problème? Il serait peut-être bon que le gouvernement fédéral investisse pour aider à créer des établissements semblables dans d'autres provinces.

• (1315)

Peter Nickerson: Oui, nous sommes les seuls au pays à avoir ce programme. Il a été très efficace. Nous avons vu des personnes obtenir leur diplôme à la fin du programme et nous n'avons pas reçu de plaintes de patients par la suite venant du collège. De plus, nous savons que 75 % de ces personnes restent au Manitoba et exercent à long terme.

Marcus Powlowski: De façon officielle, le recommanderiez-vous comme un bon modèle que les autres provinces pourraient vouloir suivre?

Peter Nickerson: Oui, nous pensons qu'il est à la fine pointe. Il devrait être recommandé à l'échelle nationale.

Marcus Powlowski: Merci.

La présidente: Je remercie les témoins d'être restés. En fait, il est heureux que vous soyez restés et que nous ayons pu poursuivre la séance.

Merci à tous. La séance est...

Dan Mazier: Madame la présidente...

La présidente: Oui, allez-y.

Dan Mazier: Je n'ai que quelques questions.

La présidente: S'agit-il d'un rappel au Règlement ou simplement d'une question?

Dan Mazier: Ce sont des questions.

Que faisons-nous mardi prochain pour l'ordre du jour?

La présidente: Mardi, nous recevrons la remplaçante de la doyenne.

Nous avons demandé à la remplaçante du doyen de venir à cette date, et elle a répondu. La doyenne, qui vient de Toronto et que nous avons convoquée à comparaître mardi, envoie la Dre Houston. J'en ai discuté avec vous pendant la suspension de nos travaux, monsieur Mazier, et vous étiez d'accord.

Dan Mazier: C'est le 27. Ce n'est pas mardi. Quelle est la date mardi prochain?

La présidente: Mardi prochain, c'est le 27, je crois. Non. Jeudi prochain, c'est le 27.

Mardi prochain, nous discuterons de l'épidémie d'opioïdes et de la crise des drogues toxiques au Canada, ainsi que du rapport provisoire demandé par Luc.

Dan Mazier: Merci.

Comme autre question, nous avons demandé beaucoup de données aux ministères au cours de la première heure. Je me demande si nous pourrions demander que ce soit fait d'ici mercredi prochain pour le Comité.

La présidente: Nous pourrions en faire la demande, mais c'est le ministère qui décidera du temps qu'il faudra pour les recueillir.

Dan Mazier: Oui, si nous pouvions simplement savoir combien de temps cela prendrait...

Merci.

La présidente: D'accord. Y a-t-il autre chose?

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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