



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

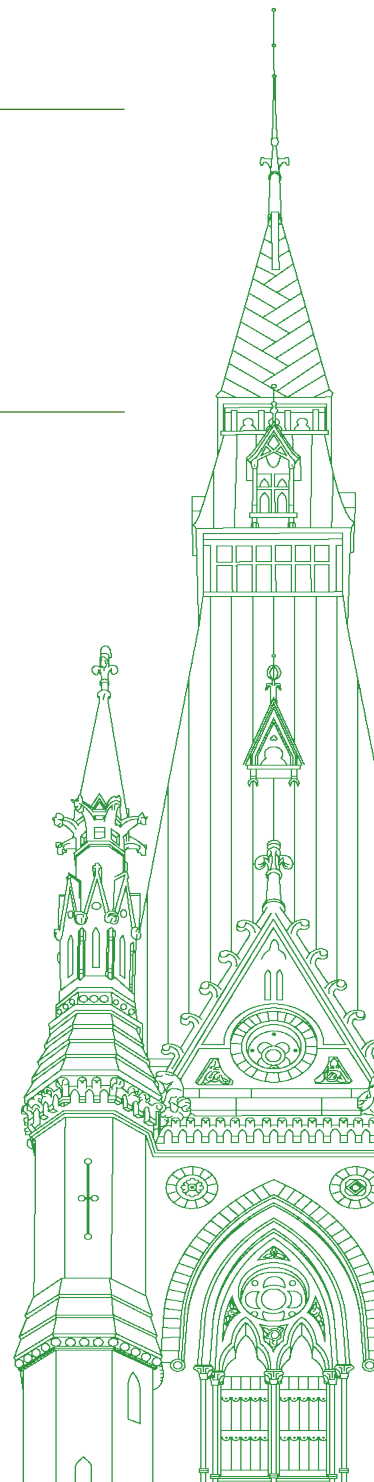
Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 008

Le mardi 28 octobre 2025

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le mardi 28 octobre 2025

• (1110)

[Français]

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

[Traduction]

Bienvenue à la huitième réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Nous reconnaissons que nous sommes réunis sur le territoire non cédé du peuple algonquin anishinabé.

La réunion d'aujourd'hui se déroule de façon hybride, conformément au Règlement.

J'aimerais rappeler aux participants les points suivants.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous donne la parole en vous appelant par votre nom. Pour ceux qui participent par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro et mettez-le en sourdine quand vous ne parlez pas. Au bas de l'écran, vous pouvez sélectionner le canal d'interprétation qui vous convient. Vous pouvez choisir le parquet, l'anglais ou le français.

Je vous rappelle que tous les commentaires doivent s'adresser à la présidence.

Pour les membres du Comité qui sont dans la salle, je vais vous rappeler la petite icône ici et vous demander d'éteindre vos cellulaires. Veuillez parler dans le microphone sans créer d'incidents acoustiques perturbateurs afin de ne pas blesser les interprètes.

La greffière et moi-même nous efforcerons de vous céder la parole aussitôt que vous lèverez la main.

[Français]

La réunion porte sur les effets de la politique d'immigration sur les soins de santé, ainsi que les défis d'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger.

[Traduction]

Conformément à la motion adoptée le mardi 23 septembre 2025, nous reprenons cette étude.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins de cette première heure.

À titre personnel, nous accueillons M. Scott Alexander, conseiller médical. Du Conseil médical du Canada, nous accueillons M. Viren Naik, directeur général. De la Société des Canadiens(nes) qui étudient la médecine à l'étranger, nous accueillons Mme Rosemary Pawliuk, présidente, et le Dr Douglas Munkley, médecin.

Chaque groupe dispose de cinq minutes, mais vous pouvez les partager comme bon vous semble. Je vais vous faire signe au bout de quatre minutes, puis un autre signal indiquant que vous aurez 30 secondes pour conclure. Si vous avez d'autres choses à dire, vous pourrez probablement les présenter en répondant à une question.

Oui, madame Konanz.

Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC): Madame la présidente, aurons-nous toute l'heure? Certains témoins sont en Colombie-Britannique. Aurons-nous l'heure complète?

La présidente: Nous avons jusqu'à 13 heures. S'il nous faut cinq minutes de plus, nous devrons demander si nos ressources sont disponibles.

Helena Konanz: Est-ce que cette heure va s'étendre jusqu'à 12 h 10?

La présidente: Il faudrait que tout le monde soit d'accord pour rester. Si quelqu'un ne peut pas rester, nous ne dépasserons pas 13 heures.

Helena Konanz: Cette heure...

La présidente: Essentiellement, c'est ce que vous demandez. Si nous dépassons cette heure et que tout le monde ne peut pas rester plus longtemps, nous devrons raccourcir l'heure suivante.

Dan Mazier (Mont-Riding, PCC): Madame la présidente, avec tout le respect que je vous dois, nous avons des témoins qui sont venus de la Colombie-Britannique. À mon avis, le moins que nous puissions faire est de leur consacrer entièrement la première et la deuxième heure.

La présidente: Nous pouvons réduire le nombre de témoins pendant la deuxième heure. Est-ce bien ce que vous dites?

Dan Mazier: Non, nous allons les entendre pendant les deux heures complètes.

La présidente: Monsieur Mazier, il faut que nous soyons tous d'accord de rester dans cette salle après 13 heures. Nous devons obtenir l'accord de tous les membres du Comité pour rester après 13 heures. Nous ne pouvons pas permettre à une seule personne de prendre cette décision.

Dan Mazier: Votons donc sur cette question. Le Comité est-il d'accord?

La présidente: Je vais poser la question au Comité.

Sommes-nous d'accord de rester après 13 heures?

Madame la greffière, avons-nous des ressources après 13 heures?

Très bien, alors c'est ce que nous ferons. Excellent.

• (1115)

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

La présidente: Nous devons toujours obtenir le consentement du Comité. Nous ne pouvons pas laisser un groupe ou une personne en décider.

Je comprends ce que vous dites, monsieur Mazier. J'essaie de respecter le processus. Merci.

Je vais céder la parole à M. Alexander.

Vous avez cinq minutes. Je vous ferai signe comme je l'ai décrit tout à l'heure.

Scott Alexander (conseiller médical, à titre personnel): Merci beaucoup, madame la présidente, et merci à tous les membres du Comité de nous avoir invités.

Je m'appelle Scott Alexander. Je suis né et j'ai grandi à North Vancouver, en Colombie-Britannique. J'ai obtenu mon diplôme de l'École de médecine de l'Université de Queensland en 2017 et je suis revenu au Canada avec l'intention d'y effectuer une résidence et d'y exercer ma profession. Cependant, je suis maintenant un médecin sans permis d'exercice au Canada, parce que je n'ai pas réussi à obtenir un poste de résident postdoctoral.

J'ai découvert ma vocation de médecin après être passé de l'Université de la Colombie-Britannique à l'Université Simon Fraser, où j'ai étudié la physiologie biomédicale et la kinésiologie. J'adore la science du corps humain.

À la Faculté de médecine, j'étais plus âgé que la plupart des étudiants et j'ai connu quelques revers au début, notamment en jouant au hockey junior. Je pensais que ma maîtrise renforcerait ma demande d'admission aux facultés de médecine canadiennes. Malheureusement, cela ne m'a pas réussi. J'ai payé de ma poche plus de 250 000 \$CAN pour étudier en Australie afin de revenir au Canada pour y exercer la médecine et y fonder une famille.

Je suis revenu au Canada avec mon diplôme australien et j'ai fondé une famille. J'ai présenté des demandes de postes de résidence en médecine familiale et en psychiatrie. J'ai essuyé deux rejets. Ensuite, on m'a dit que certains changements rétroactifs aux exigences des examens que j'avais réussis invalidaient mes résultats. J'avais réussi l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada et l'examen clinique objectif structuré du Conseil médical du Canada, qui n'étaient plus acceptables. J'ai dû passer des examens au niveau de la résidence: l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, Partie I, à passer avant d'entrer en résidence, et une version mise à jour de l'examen clinique objectif structuré du Conseil médical du Canada dans son nouveau format.

Ces changements ont annulé tout ce que j'avais fait pour obtenir un permis d'exercice — de nombreux Canadiens formés à l'étranger ont vécu cette même expérience —, et m'ont empêché de présenter une demande de résidence au cours des années suivantes. J'ai donc dû me réorienter vers les affaires médicales dans l'industrie pharmaceutique.

Ces huit dernières années, j'ai dispensé une médecine novatrice aux patients du Canada et une éducation scientifique aux médecins de tout le pays. Je suis très fier d'améliorer les soins aux patients, mais d'une autre manière que celle que j'avais prévue. Ce changement de carrière ne faisait pas partie de mes plans, et il reflète certains obstacles systémiques qui empêchent les Canadiens qualifiés formés à l'étranger d'exercer la médecine dans leur pays.

J'ai la chance d'assumer un rôle de médecin et de pouvoir discuter et établir des relations avec des médecins de partout au Canada. Bien souvent, quand je me présente à eux, je leur décris mon cheminement pour briser la glace. Ils réagissent presque tous avec beaucoup de surprise et d'empathie. Ils m'offrent des stages d'observation, des stages de préceptorat et des lettres de recommandation.

Toutefois, ces offres proviennent de médecins. En discutant avec eux, j'en suis venu à comprendre que bien des programmes n'ont pas la capacité d'offrir plus de formation. L'un des goulots d'étranglement dont j'ai entendu parler est celui des visas pour les médecins formés à l'étranger. Bien qu'ils ne fassent pas directement concurrence en briguant des postes de résidence, ils limitent le nombre de postes de formation supervisée disponibles. Cela est dû aux contraintes liées à la capacité d'enseignement et au nombre limité d'heures dont disposent les médecins pour la supervision. Je n'avais pas considéré cet obstacle avant d'en discuter avec des médecins. Cependant, pour eux, qui souffrent d'épuisement et qui ont de la difficulté à prodiguer des soins à leurs patients, cet obstacle semble être le plus important de tous.

L'école de médecine que j'ai fréquentée était l'une des plus grandes institutions internationales. Elle comptait 250 étudiants étrangers, et 60 Canadiens suivaient les mêmes cours que moi. Quand j'ai obtenu mon diplôme en 2017, deux d'entre eux seulement ont essayé de revenir au Canada. Les autres ont décidé de rester en Australie. Ils sont pleinement formés et donnent des consultations à la population australienne.

Un grand nombre de mes pairs voudraient revenir au pays, mais ils me disent qu'ils se heurtent à des obstacles prohibitifs et que le processus manque de transparence. Cette perte de cliniciens qualifiés au profit d'autres régimes de santé pose un grave problème pour le Canada.

En conclusion, je vous dirai simplement que je reconnais que le Canada prend soin de sa population, mais il ne devrait pas perdre des Canadiens qui ont déjà été formés et qui se sont investis dans cette profession à cause d'un processus imprécis et incohérent et de changements rétroactifs.

La présidente: Je suis désolée de vous interrompre. Il vous reste 37 secondes.

Scott Alexander: Personnellement, je pense qu'il faut éliminer certains des goulots d'étranglement que créent les programmes de visa et les contraintes liées à la capacité. Il faut rétablir la prévisibilité de l'évaluation et de la délivrance des permis et accroître la capacité de formation clinique supervisée afin que les Canadiens qualifiés, mais formés à l'étranger, puissent franchir les dernières étapes requises ici au pays. Nous rétablirons ainsi l'équité envers les médecins et leurs familles, nous offrirons des cliniciens formés dans les régions qui en ont désespérément besoin et nous renforcerons les soins de santé pour tous les Canadiens.

Je demande au Comité de recommander des mesures concrètes pour que cela se produise dans les plus brefs délais.

Je vous remercie tous pour le temps que vous m'avez consacré.

• (1120)

La présidente: Merci beaucoup.

Je vais maintenant donner la parole à M. Naik, du Conseil médical du Canada.

Viren Naik (directeur général, Conseil médical du Canada):
Bonjour, madame la présidente et honorables députés.

[Français]

Je vous remercie de l'invitation à témoigner aujourd'hui.

[Traduction]

Je m'appelle Viren Naik et je suis le directeur général du Conseil médical du Canada. J'exerce également ma profession d'anesthésiste. J'aide ainsi à combler la pénurie qui sévit dans la capitale nationale et dont vous avez entendu parler au cours de ces dernières semaines.

Le Canada fait face à une très grave crise. Vous avez entendu des témoignages et des chiffres effarants à cet égard. Ce problème ne sévit pas seulement au Canada, mais dans le monde entier. L'Organisation mondiale de la Santé a prédit qu'il nous manquera 10 millions de professionnels de la santé d'ici à 2030.

Le Conseil médical du Canada a été créé en 1912 par une loi fédérale qui imposait une norme nationale de compétence des médecins pour encadrer la réglementation et la délivrance des permis d'exercice.

En situation de crise, nous constatons une érosion de ces normes. Je ne pense pas qu'aujourd'hui soit le moment d'abaisser ou de supprimer des normes, mais il faut absolument les moderniser, les rendre efficaces, efficaces et pertinentes. La norme nationale doit évoluer, tout comme les pratiques médicales. Si nous faisons bien les choses, nous pourrions assurer la sécurité des patients et maintenir la confiance du public. Notre permis et nos examens sont de bonnes mesures pour déterminer si une personne est prête à exercer sous surveillance.

Je vous dirais que nous appuyons la norme nationale de trois façons. La première est la vérification des titres de compétence. Heureusement, de nos jours, les cas de fraude ne sont plus aussi répandus, mais il y en a encore. Il est donc crucial de vérifier les connaissances médicales et, surtout, les considérations éthiques et culturelles qui doivent animer nos médecins. Comme nous ne pouvons pas vérifier toutes ces compétences, notamment le sens du professionnalisme et de la communication, en un seul examen, nous nous appuyons sur des outils d'évaluation et des stages de formation. Nous effectuons ainsi des évaluations efficaces et justifiables en milieu de travail grâce aux programmes de préparation à l'emploi dont vous avez parlé.

Cette crise est mondiale, mais elle crée aussi une concurrence mondiale, qui s'étendra dans nos provinces et nos territoires. Nous ne devons cependant pas la laisser accroître la complexité et la confusion des processus hétérogènes. Nous devons reconnaître que tout le recrutement doit respecter l'éthique. Toutefois, si nous agissons correctement au sein de cette crise mondiale, le Canada pourra devenir une destination de choix pour les médecins qui choisissent de migrer.

Plus important encore, au lieu de semer la confusion pour ceux qui sont déjà ici, nous devons préciser les voies qui leur sont accessibles.

Nos examens nous ont appris que, chaque année, nous écartons mille candidats qui possèdent les compétences nécessaires pour exercer sous supervision et pour obtenir éventuellement leur permis d'exercice. Cela est dû à la pénurie des postes de résidence et des programmes d'évaluation de la capacité à exercer.

J'ai trois recommandations à présenter au Comité.

Premièrement, nous devons préciser les exigences nationales — et non pas provinciales et territoriales —, que nous imposons aux diplômés de l'étranger. Nous devons définir nos attentes afin que ces médecins puissent déterminer si le Canada est une destination qui leur convient. Cela nous permettra aussi d'aider les médecins étrangers qui sont déjà ici au lieu de les laisser se débrouiller dans notre système sans soutien.

Deuxièmement, pour répondre à l'exigence d'expérience récente, nous devons élargir les possibilités de placement supervisé qui peuvent mener à l'obtention d'un permis d'exercice. Cela comprend des programmes de transition et des postes d'adjoint clinique. Nous devons aussi augmenter le nombre de postes en résidence et étendre considérablement nos programmes d'évaluation de la capacité à exercer, qui sont les moyens les plus efficaces d'aider ces médecins à obtenir leur permis d'exercice.

Ces possibilités de placement supervisé comprennent également le nouveau centre d'excellence d'évaluation médicale de la Nouvelle-Écosse, dont vous avez entendu parler et dont nous sommes partenaires. Ce programme novateur s'attaque directement aux goulets d'étranglement et aux problèmes de capacité qu'il détecte.

Troisièmement, nous devrions miser sur des plateformes numériques, comme le Registre national des médecins, afin de disposer d'une source unique et fiable de vérification des titres de compétences, des lieux d'exercice et des champs d'activité. Ce type de registre éliminera les vérifications redondantes des titres de compétences dans l'ensemble du système. Il facilitera la mobilité entre les provinces et, ce qui est probablement le plus important, il nous permettra de planifier les ressources humaines en santé afin d'éviter que les générations futures ne se retrouvent face à une crise comme celle que nous vivons actuellement.

Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Merci, *thank you, meegwetch*.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à la Société des Canadiens étudiant la médecine à l'étranger.

Je cède la parole à Mme Pawliuk. Êtes-vous le porte-parole de votre groupe?

• (1125)

Rosemary Pawliuk (présidente, Société pour les Canadiens(nes) qui étudient la médecine à l'étranger): En fait, nous allons nous partager la tâche. Le Dr Doug Munkley parlera en premier, et je présenterai la deuxième partie.

La présidente: Très bien.

Docteur Munkley, vous avez deux minutes et demie.

Douglas Munkley (médecin, Société pour les Canadiens(nes) qui étudient la médecine à l'étranger): Merci. Bonjour, mesdames et messieurs.

Je m'appelle Doug Munkley et j'exerce à temps plein ma profession d'urgentologue dans un hôpital communautaire de Niagara à fort volume depuis plus de 30 ans. J'ai également travaillé dans des établissements de soins primaires, de soins d'urgence et de consultations sans rendez-vous. Je suis aussi directeur médical des services médicaux d'urgence de Niagara. Ce service ambulancier dispense des soins à plus de 500 000 personnes dans notre région.

La région de Niagara est un endroit merveilleux où vivre et travailler. Cependant, nous souffrons également d'une grave pénurie de médecins de famille, et nous sommes désignés comme tels par le ministère de la Santé de l'Ontario. Cette pénurie de médecins omnipraticiens et spécialistes se fait sentir de plusieurs façons. Les personnes qui n'ont pas accès à des soins primaires ne reçoivent pas la prévention qu'il leur faut. De plus, les diagnostics et les traitements sont retardés, ce qui entraîne, évidemment, des effets indésirables sur la santé de la population. Pour les patients qui attendent la consultation d'un spécialiste ou une intervention chirurgicale, ces délais ont aussi de graves conséquences.

Le manque de médecins de famille et de services médicaux après les heures normales entraîne d'autres conséquences. Les patients n'ont d'autres recours que de se présenter à l'urgence. Les services provinciaux de télésanté, qui sont peu enclins à prendre des risques, ainsi que les cabinets de médecins, envoient ces patients au service des urgences. Ces facteurs font partie d'un problème systémique qui entraîne une surpopulation généralisée aux services des urgences. Quand ces services sont surpeuplés, les ambulances ne peuvent pas décharger leurs patients et ne sont donc pas disponibles pour répondre à de nouveaux appels.

Voici quelques solutions possibles à cette pénurie de médecins.

À l'heure actuelle, 3 500 étudiants canadiens étudient dans des facultés de médecine très respectées ailleurs au monde. Nous devons offrir un processus juste et équitable aux étudiants en médecine du Canada qui étudient à l'étranger pour qu'ils puissent obtenir des postes de résidence. Nous devons aussi éliminer les obstacles à la délivrance de permis afin que ces médecins puissent revenir au pays pour y exercer leur profession.

La présidente: Merci.

Madame Pawliuk, à vous la parole.

Rosemary Pawliuk: Comme l'a dit le Dr Munkley, 3 500 Canadiens étudient à l'étranger, et chaque année, 800 d'entre eux obtiennent leur diplôme. L'année dernière, nous en avons moins de 200, soit, exactement, 181. Sur ces 800 diplômés, 119 seulement ont présenté une demande pour revenir au Canada, non pas parce qu'ils ne veulent pas revenir au pays, mais parce qu'ils se heurtent à des obstacles de taille et qu'ils sont très mal accueillis.

Quand des médecins diplômés à l'étranger présentent une demande de résidence, on les sépare des diplômés des facultés de médecine canadiennes. La plupart de ces diplômés de l'étranger ne reçoivent que très peu d'offres de résidence, et cela dans un petit nombre de disciplines médicales. En Colombie-Britannique, ils ne peuvent présenter une demande que dans 4 disciplines sur 30, et, en général, il s'agit de résidences en médecine familiale. En plus, ces résidents doivent promettre de travailler là où le leur imposera une fois qu'ils obtiennent leur permis d'exercice.

Voilà pourquoi si peu de diplômés reviennent au Canada. Ils se sentent mal accueillis. Ils ont l'impression d'être des citoyens de deuxième classe, et ils se sentent trahis. Ce n'est pas viable du tout. Ces diplômés ont prouvé qu'ils possédaient les connaissances et les compétences attendues des étudiants en résidence. Ils se heurtent à ces obstacles même avec des équivalences bien soutenues.

Nous demandons une offre égale des occasions de résidence. Une fois l'équivalence prouvée, tous les Canadiens qui satisfont à la norme canadienne devraient avoir un accès égal aux postes de médecins résidents. Nous demandons également des examens uni-

formes. On entend beaucoup de stéréotypes négatifs. Par exemple, les gens prétendent que nos étudiants diplômés à l'étranger viennent de familles riches, ce qui est tout à fait faux. En réalité, la plupart d'entre eux ne viennent pas de familles aisées.

Je voudrais avant tout qu'on révoque le bulletin 230. Nous avons souligné l'importance de permettre à un plus grand nombre de praticiens de la médecine d'exercer leur profession. Les médecins résidents fournissent le traitement médical nécessaire. Ils montent dans l'autobus et travaillent tout de suite, dès le premier jour.

Quand nous avons demandé aux facultés de médecine d'augmenter le nombre de postes en résidence, même s'ils étaient financés par des fonds privés, on nous a répondu qu'elles n'avaient pas la capacité de former plus de médecins. Voilà pourquoi, en 2019, nous avons présenté une demande de révocation du bulletin 230, mais notre demande est restée sans réponse, malgré les problèmes. Nous n'avons reçu que des réponses évasives.

Les postes de résidence sont des emplois. Les résidents fournissent des services médicaux nécessaires. Ils sont payés conformément à une convention collective. En vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, avant qu'un visa de travail soit délivré à un étranger, l'employeur doit effectuer une étude d'impact sur le marché du travail pour prouver que les employés étrangers n'enlèvent pas d'emplois à des Canadiens.

En 2010, les facultés de médecine ont convaincu Service Canada et Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada que cette étude n'était pas nécessaire. Par conséquent, des étrangers viennent occuper des postes de résidence et de recherche et remplacent les mille Canadiens diplômés à l'étranger dont parlait M. Naik.

• (1130)

La présidente: Madame Pawliuk, votre temps est écoulé. Merci. Vous pourrez compléter votre présentation pendant la période de questions.

Rosemary Pawliuk: Oui, je serai heureuse de le faire, si vous me le demandez.

La présidente: Nous allons maintenant passer aux questions.

Le premier tour durera six minutes. Les six minutes comprennent les questions et les réponses. Je vais faire comme tout à l'heure. Je vais vous faire signe quand il vous restera une minute, puis 30 secondes.

Nous allons commencer par les conservateurs.

Monsieur Mazier, vous avez six minutes.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

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

Monsieur Naik, le ministère fédéral de l'Immigration a-t-il consulté le Conseil médical du Canada en établissant son Plan des niveaux d'immigration de cette année?

Viren Naik: Non, il ne nous a pas consultés.

Dan Mazier: Le ministère fédéral de l'Immigration a-t-il demandé des données sur la capacité actuelle du système canadien de soins de santé par rapport au Plan des niveaux d'immigration de cette année?

Viren Naik: Non, il ne nous en a pas demandé.

Dan Mazier: Mes prochaines questions s'adressent à la Société pour les Canadiens et Canadiennes étudiant la médecine à l'étranger.

Le ministère fédéral de l'Immigration approuve-t-il les permis qui permettent aux médecins étrangers de suivre une formation au Canada dans le cadre du programme des visas pour étudiants?

Rosemary Pawliuk: Oui. Il le fait sans étude d'impact sur le marché du travail, alors il n'y a pas d'analyse des répercussions sur les Canadiens. Il fait cela malgré nos objections et malgré notre demande. Il fait la sourde oreille à notre demande d'insister pour savoir quelles seront les répercussions sur les Canadiens.

Dan Mazier: Une fois que ces personnes ont terminé leur formation médicale au Canada, restent-elles pour exercer ici ou sont-elles obligées de retourner dans leur pays d'origine pour exercer leur profession?

Rosemary Pawliuk: En vertu du contrat qu'ils signent avec leurs parrains, ils sont tenus de retourner dans leur pays d'origine. La plupart d'entre eux le font, mais certains ne respectent pas leur contrat et restent ici.

Dan Mazier: Pourquoi le gouvernement fédéral approuve-t-il des permis de travail pour des médecins étrangers afin qu'ils puissent suivre une formation au Canada dans le cadre du programme de visa de formation en résidence et les renvoie ensuite chez eux, alors que des milliers de Canadiens qualifiés qui étudient la médecine à l'étranger ne peuvent pas obtenir un poste de résidence au Canada?

Vous pouvez tous deux répondre à cette question.

Rosemary Pawliuk: C'est une excellente question. Pourquoi fait-il cela?

Nous savons que cela s'est fait à la demande des facultés de médecine de l'Ontario avec l'appui des autres facultés.

Les facultés gagnent 100 000 \$ pour chaque demande. C'est ce qu'elles facturent chaque année à ces médecins étrangers. C'est une très bonne source de revenus. Les facultés gagnent des millions de dollars chaque année. Elles peuvent utiliser cet argent à leur discrétion.

Elles utilisent les ressources des contribuables et nos médecins qualifiés pour former ces étrangers afin d'encaisser beaucoup d'argent supplémentaire qu'elles peuvent utiliser comme elles le désirent, en recherche ou autre.

Je ne suis pas contre le fait qu'elles fassent de l'argent. Cependant, de nombreux Canadiens meurent, littéralement. Ils ne peuvent pas retourner au travail. Ils perdent leur maison parce qu'on ne soigne pas leurs troubles de santé... Cela devrait avoir beaucoup plus d'importance que l'argent supplémentaire que les facultés peuvent gagner.

Littéralement, des milliers... Comme l'a dit M. Naik, cette année, mille médecins qualifiés étaient prêts à travailler comme résidents, mais ils n'ont pas obtenu de poste.

Il y a quelques années, le ministère de la Défense voulait financer la formation de 50 résidents. Les facultés ont refusé, et elles n'en ont accepté que cinq en affirmant qu'elles n'avaient pas la capacité d'en former plus. L'année suivante, elles en ont accepté huit.

• (1135)

Dan Mazier: Je vous remercie pour cette explication. Cela m'amène à ma prochaine question.

Est-ce que les résidents étrangers qui détiennent un visa utilisent une capacité de formation médicale qui pourrait autrement être offerte aux Canadiens qui étudient la médecine à l'étranger?

Rosemary Pawliuk: Oui, tout à fait, et les chiffres le démontrent.

Dan Mazier: Docteur Munkley, voudriez-vous ajouter quelque chose?

Douglas Munkley: Oui.

Les hôpitaux universitaires dépendent des résidents. Ce sont d'excellents travailleurs qui dispensent beaucoup de soins dans les hôpitaux. Je suis convaincu que nous avons la capacité d'en former davantage.

Dan Mazier: Combien de Canadiens étudient actuellement la médecine à l'étranger, mais ne sont pas en mesure d'obtenir un poste de résident au Canada après avoir obtenu leur diplôme?

Rosemary Pawliuk: Il y en a 3 500 qui étudient à l'étranger. Chaque année, environ 800 d'entre eux obtiennent leur diplôme. L'année dernière, si je me souviens bien, 181 d'entre eux ont présenté une demande après avoir appris que le nombre de postes de résidents avait augmenté. En 2022, à cause des obstacles que nous avons décrits, 119 Canadiens seulement, sur 800, ont présenté une demande après avoir obtenu leur diplôme.

Leurs chances sont très minces. En Australie, on leur garantit presque un poste.

La présidente: Il vous reste une minute.

Dan Mazier: Quel pays profite le plus du programme de visa de formation en résidence?

Rosemary Pawliuk: Ce sont les États-Unis d'Amérique.

Pardon. Vous demandiez quels pays profitent le plus des résidents détenteurs d'un visa?

Dan Mazier: Je parlais des résidents détenteurs d'un visa, oui. Je suis revenu aux résidents détenteurs d'un visa.

Quel pays bénéficie...

Rosemary Pawliuk: C'est l'Arabie saoudite. À l'heure actuelle, 1 117 Saoudiens font leur résidence au Canada.

Dan Mazier: Avant d'inviter plus de médecins étrangers à immigrer, le gouvernement fédéral ne devrait-il pas veiller à ce que les Canadiens qualifiés qui ont étudié la médecine à l'étranger puissent revenir exercer ici?

La présidente: Vous avez neuf secondes pour répondre.

Rosemary Pawliuk: Oui.

La présidente: Merci.

Je vais maintenant donner la parole aux libéraux.

Madame Chi, vous avez six minutes.

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente. Par votre entremise, je tiens à remercier tous les témoins d'être venus aujourd'hui. Merci d'avoir pris le temps de venir à Ottawa par un matin glacial. Il fait de plus en plus froid.

Ma première question s'adresse à M. Naik.

Vous nous avez dit que le système canadien d'évaluation ou de planification des effectifs est quelque peu fragmenté.

De votre point de vue, où voyez-vous les plus grands décalages, et quelles mesures concrètes pourrions-nous prendre pour mieux relier ces systèmes afin que les médecins qui nous arrivent prêts à exercer puissent commencer plus rapidement?

Viren Naik: Nous devons expliquer très clairement nos exigences et nos attentes aux médecins en migration.

Nous devons mener une évaluation et respecter une norme nationale. Ce n'est pas nécessairement un examen, mais plutôt un programme d'évaluation. Nous devons rendre tout cela plus clair dès le début ou en amont afin que ces diplômés puissent prendre une décision éclairée avant de venir.

En réalité, toutes les provinces et tous les territoires cherchent à servir leurs contribuables. Les exigences des différentes provinces diffèrent quelque peu. Si nous pouvions établir plus de cohérence et adopter une approche nationale, tout cela serait plus clair pour les médecins qui veulent venir et pour ceux qui sont déjà ici.

Notre pays est une fédération, mais les pays qui ont une approche plus nationale, dans ce contexte de concurrence mondiale, offrent plus de clarté aux médecins diplômés étrangers et aux médecins formés à l'étranger.

Maggie Chi: Pourriez-vous nous parler plus en détail de la coordination fédérale? Devrions-nous améliorer les infrastructures numériques et le partage des données ou plutôt améliorer la conception du programme?

Vous avez parlé du centre d'excellence d'évaluation médicale de la Nouvelle-Écosse. Quel rôle joue-t-il?

Viren Naik: Pour nous aligner sur notre système national de placement en résidence et sur nos évaluations de préparation à l'exercice de la profession, nous devrions adopter des ensembles d'exigences et des processus de candidature nationaux plus cohérents. Ces deux aspects devraient être plus cohérents.

L'avantage réside dans le fait que, même si certains candidats n'hésitent pas à refaire leur résidence, nous savons qu'un médecin en milieu de carrière venant de l'étranger pourrait être mieux servi par une évaluation en milieu de travail dans le cadre de programmes axés sur l'exercice de la profession.

Si nous uniformisons les programmes de préparation à l'exercice des provinces et des territoires, tant dans les soins primaires que dans les spécialités, ces programmes seraient plus clairs et favoriseraient une approche nationale.

• (1140)

Maggie Chi: Merci, docteur Naik.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Alexander.

Je vous remercie beaucoup de nous avoir décrit ce que vous avez vécu personnellement pendant votre transition de l'Australie vers le Canada. Vous nous avez décrit les raisons pour lesquelles vous désiriez exercer la médecine. Je vous en suis très reconnaissante, parce que je pense que beaucoup de gens en ce moment vivent cette même expérience.

Le Dr Naik a abordé la question de la coordination. Pourriez-vous nous donner plus de détails sur la phase la plus déroutante de ce processus?

Ensuite, pourriez-vous nous dire ce qui vous aurait aidé à naviguer dans le processus? Quelles améliorations devrions-nous apporter à ce processus?

Scott Alexander: Merci beaucoup. Je vous remercie de comprendre ce que j'ai vécu.

Je trouve le Service canadien de jumelage des résidents assez simple. À mon avis, le plus grand obstacle est la limite d'accès imposée aux médecins étrangers, comme Mme Pawliuk l'a dit. Comme je viens de Vancouver, j'ai présenté une demande d'admission aux programmes de résidence de l'Université de la Colombie-Britannique. Cependant, on ne m'y offrait que quatre disciplines. Je n'aurais pas pu me lancer dans une sous-spécialité, comme la cardiologie ou l'endocrinologie, et il n'y avait aucun poste de chirurgien... rien ne répondait à mes intentions professionnelles. Heureusement, je désirais me lancer en médecine familiale et en psychiatrie, mais au-delà de ces disciplines, les possibilités étaient limitées, et la concurrence était redoutable.

À mon avis, pour rendre les processus plus transparents, il faudrait simplement comprendre pourquoi les diplômés désirent exercer dans une certaine spécialité. Ensuite, avant d'essayer de revenir au pays, il faudrait leur expliquer pourquoi cette spécialité ne leur est pas offerte. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles beaucoup de Canadiens avec qui j'ai étudié à l'étranger ont décidé de rester à l'étranger. Le Canada ne leur offrait pas la possibilité de se former dans le programme dans lequel ils s'étaient engagés.

Maggie Chi: Je ne sais pas trop à qui poser cette question, mais la voici.

Avez-vous observé dans d'autres pays, comme en Australie ou au Royaume-Uni, un processus très efficace dont nous pourrions nous inspirer?

Qui veut commencer?

Rosemary Pawliuk: À mon avis, c'est une perte de temps et d'énergie que d'obliger les médecins immigrants qui ont déjà exercé la médecine dans leur pays — le Canada n'a rien de spécial, les médecins sont excellents partout dans le monde — à suivre une formation en résidence. Par exemple, un neurochirurgien devra y passer sept ans. Quoi qu'il en soit, si ces médecins sont déjà formés, comme l'a dit le Dr Naik, les postes de résidence pourraient accueillir les nouveaux diplômés, qui ont vraiment besoin de cette période de formation pour assurer la sécurité de la population.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant au Bloc québécois, avec M. Thériault.

[Français]

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

Mes questions vont s'adresser à M. Munkley et à Mme Pawliuk.

Vous avez dit qu'il faudrait abolir la pratique instaurée par le Bulletin 230. Ce que je comprends, et ça a été établi par des chercheurs au Québec et à Ottawa, c'est que les étudiants étrangers qui viennent ici contribuent beaucoup au financement des facultés de médecine. D'une certaine manière, ce sont des vaches à lait. Pendant ce temps, des étudiants canadiens formés à l'étranger ont de la difficulté à revenir travailler au pays.

Cela ne traduit-il pas, dès le départ, quelque chose dont nous ne parlons jamais depuis le début de notre étude, à savoir le désinvestissement de l'État fédéral en santé, notamment dans les transferts en santé? Nous pourrions former davantage de gens ici et ramener nos gens chez nous si nous y mettions l'argent qu'il faut. Or la raison pour laquelle nous nous servons des étudiants étrangers, c'est qu'ils deviennent en quelque sorte des vaches à lait.

• (1145)

[Traduction]

Rosemary Pawliuk: Mon français n'est pas assez bon pour bien comprendre, et l'interprétation ne fonctionne pas.

La présidente: Je vais suspendre la séance jusqu'à ce que nous ayons réglé le problème.

• (1145)

(Pause)

• (1145)

[Français]

La présidente: Nous pouvons maintenant continuer.

Luc Thériault: Madame la présidente, dois-je reprendre du début, puisque les témoins n'ont pas compris ma question?

[Traduction]

La présidente: Nous avons arrêté le chronomètre. Tout va bien.

Allez-y. Vous avez trois minutes, monsieur Thériault.

[Français]

Luc Thériault: Madame la présidente, je demande de ravoir l'entière de mon temps de parole. Il m'a fallu deux minutes pour poser ma question, mais les témoins n'ont pas pu y répondre, parce qu'ils ne l'avaient pas entendue.

[Traduction]

La présidente: Je sais, mais nous retournons au moment où le problème s'est produit. Le chronomètre vous donne trois minutes et neuf secondes.

[Français]

Luc Thériault: Non, madame la présidente, je...

[Traduction]

La présidente: Demandez-vous plus de temps, monsieur Thériault?

[Français]

Luc Thériault: Je revendique mon temps de parole de cinq minutes afin de reprendre le temps perdu. Il m'a fallu deux minutes pour poser ma question, mais un problème technique a fait que les témoins n'ont pas pu l'entendre. Si je prends deux autres minutes pour poser ma question, ils vont avoir seulement une minute pour y répondre et je ne vais pas pouvoir poser d'autres questions.

[Traduction]

La présidente: Nous vous avons accordé cinq minutes, monsieur Thériault.

[Français]

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Rebonjour.

Les facultés de médecine n'ont pas à prouver qu'aucun Canadien n'est disponible pour occuper les résidences. C'est ce dont vous parliez quand vous parliez de l'idée d'abolir le Bulletin 230. Pendant ce temps, il y a des Canadiens qui étudient à l'étranger qui ne peuvent pas revenir travailler au Canada comme ils le feraient dans des conditions normales. C'est le problème que vous avez exposé.

On sait que cette pratique correspond à un besoin de financement, c'est-à-dire que ces étudiants étrangers contribuent énormément au financement des facultés de médecine. À l'origine, le problème, c'est le désinvestissement des gouvernements fédéral et provinciaux dans la formation des gens. Comme les transferts en santé ne sont pas au rendez-vous, on ne peut pas offrir de postes aux gens d'ici.

• (1150)

[Traduction]

Rosemary Pawliuk: Nous avons observé un fait intéressant: certains organismes ont offert de financer des postes de résidents pour les immigrants canadiens et pour les Canadiens qui étudient à l'étranger. Certaines municipalités ont offert cela. De grandes sociétés l'ont aussi offert, car elles sont basées dans des régions où elles ne trouvent pas assez d'employés parce qu'il n'y a pas de médecins ou parce que des communautés ethniques exigent des médecins sensibles à leur culture.

Les ministères de la Santé ont le monopole du financement. Ils n'autorisent pas d'autres financements. Les facultés ne veulent pas former ces médecins, car elles préfèrent former des médecins étrangers. Elles ouvrent le robinet et, quand elles ont rempli toutes les places, elles le referment. Autrement dit, si je voulais faire admettre cinq diplômés aujourd'hui et que le ministère de la Défense voulait en placer 20, les facultés devraient coordonner leurs efforts, et, comme cette coordination serait différente chaque année, il leur est beaucoup plus facile d'ouvrir et de fermer le robinet que de former des Canadiens.

Il y a du financement venant de l'extérieur du gouvernement. Je ne parle pas du financement des universités, car c'est une tout autre affaire.

Je ne pense pas que ce soit une question de financement. Il y a du financement privé, et les ministères de la Santé pourraient certainement faire mieux. Le problème réside dans la capacité de formation, selon les facultés de médecine. Elles disent qu'elles sont incapables de donner cette formation.

Elles utilisent nos installations de formation...

[Français]

Luc Thériault: La capacité de formation des facultés de médecine est liée aux ressources. Si ces facultés préfèrent avoir des étudiants étrangers, c'est parce qu'elles peuvent se financer davantage. À l'origine, la responsabilité du gouvernement fédéral est de ne pas se désengager du financement; en matière de santé, la part du gouvernement est de 21 ¢ par dollar alors que, au départ, elle devait être de 50 ¢ par dollar.

Dans le film québécois *La grande séduction*, une communauté essaie de trouver un médecin de famille qui veut venir pratiquer dans ce coin de pays. Si des communautés sont obligées de faire des choses comme celles-là, c'est que quelqu'un n'est pas au rendez-vous pour le financement de la santé au Canada. Êtes-vous d'accord avec moi?

[Traduction]

Rosemary Pawliuk: Je suppose que la question est la suivante: si le gouvernement versait plus de fonds, les facultés agiraient-elles différemment, ou préféreraient-elles recevoir de l'argent qu'elles peuvent utiliser à leur discrétion au lieu de recevoir des fonds?

Je ne sais pas ce qui motive les facultés, mais je suis d'accord avec vous, il faudrait plus de financement. Nous les encourageons à financer davantage pour donner plus de formation en résidence, mais s'il y avait plus de financement, viendrait-il des universités? Elles n'utilisent pas les fonds pour la formation, elles les utilisent à leur discrétion.

J'ai présenté une demande d'accès à l'information pour savoir s'il y a un lien. Le financement n'est pas utilisé pour la formation en résidence. Les universités s'en servent pour financer ce qu'elles veulent.

[Français]

Luc Thériault: Pensez-vous qu'on a exercé une certaine forme de corporatisme dans le milieu médical lorsqu'on a décidé d'enlever les contingents pour la profession et la formation?

[Traduction]

La présidente: Merci. Nous avons dépassé le temps prévu pour cette question.

Je vais passer à la personne suivante et au deuxième tour, qui est de cinq minutes.

Nous allons commencer par les conservateurs.

Madame Konanz, vous avez cinq minutes.

Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC): Merci à tous d'être venus aujourd'hui.

Ma question s'adresse au Dr Alexander.

Docteur Alexander, je vous remercie de nous avoir décrit votre expérience émouvante. Votre cheminement a été pénible, d'autant plus que tous les Canadiens qui nous écoutent savent que nous avons besoin de médecins de famille et de psychologues partout au pays. Nous en avons désespérément besoin.

Après avoir terminé vos études de médecine en Australie et décidé de revenir au Canada, saviez-vous que vous ne seriez pas en mesure d'exercer votre profession? C'est ma première question.

Scott Alexander: D'une certaine façon, non, je croyais que je continuerais à poser ma candidature pour des postes de résidence. J'ai accepté d'autres emplois pour subvenir aux besoins de ma fa-

mille pendant cette période tout en essayant d'obtenir un poste de résidence. Cependant, quand les exigences des examens ont changé et que je n'étais plus admissible, j'ai dû changer complètement d'orientation professionnelle.

● (1155)

Helena Konanz: On vous a donné de faux espoirs sur votre capacité d'exercer au Canada après votre arrivée ici. Je suis sûre que vous n'êtes pas le seul Canadien qui ait pratiqué à l'étranger et à qui on a donné de faux espoirs.

Scott Alexander: Dans une certaine mesure, au bout de deux ans, quand toutes mes demandes de résidence ont été rejetées, j'ai eu l'impression qu'on m'avait coupé l'herbe sous le pied, car il y avait désormais de nouvelles exigences à remplir pour avoir le privilège de demander la résidence au Canada.

Helena Konanz: Vous a-t-on offert de rester en Australie pour exercer la médecine dans le système de santé de ce pays?

Scott Alexander: Oui, bien sûr.

C'était un choix personnel. J'avais un poste d'internat dans un hôpital rural en Australie. J'ai cependant décidé de revenir au Canada pour que nous soyons plus près de ma famille et de celle de ma femme. C'est la seule raison pour laquelle nous sommes revenus.

Helena Konanz: C'est incroyable. Merci d'avoir pris cette décision.

D'après votre expérience à l'Université du Queensland, combien d'autres Canadiens qui étudient à l'étranger le font avec l'intention de revenir exercer au Canada, mais finissent par accepter des postes dans des systèmes comme ceux de l'Australie ou du Royaume-Uni?

Scott Alexander: C'est une excellente question.

Je dirais que quand nous sommes arrivés en Australie, la majorité des Canadiens — et je peux au moins parler pour les 60 étudiants de la même année que moi — avaient l'intention de revenir au Canada après avoir obtenu leur diplôme. Cependant, je crois qu'à la fin de leurs études, après avoir compris les exigences à respecter pour rentrer au Canada, un plus grand nombre d'entre eux se sont préparés à aller aux États-Unis dans le cadre de programmes d'étapes afin d'essayer d'obtenir un poste de résidence aux États-Unis au lieu de revenir au Canada.

D'autres se sont dit que le mode de vie en Australie était très semblable à celui du Canada et qu'ils auraient du plaisir à y exercer la médecine une fois qu'ils auraient leur diplôme.

Je dirais qu'au cours de la deuxième ou troisième des quatre années que j'ai passées à l'école de médecine, la plupart des Canadiens avaient déjà décidé qu'ils n'essayeraient pas de rentrer au Canada.

Helena Konanz: Je crois que vous avez dit tout à l'heure que 58 des 60 étudiants de votre année universitaire ont fini par rester en Australie ou par immigrer ailleurs. Avez-vous été encouragé activement par le gouvernement du Canada ou par une association médicale à revenir au pays?

Scott Alexander: Non, j'ai choisi moi-même de voir si j'aurais plus de chance en me joignant au système de jumelage des résidents ici au Canada.

Je savais que mes chances étaient très faibles. J'ai fini par comprendre que mes chances étaient minces, soit 10 % seulement, en calculant le nombre de candidats par rapport aux postes disponibles. J'ai pris un risque. Je pensais que j'aurais plus de temps pour essayer d'obtenir un poste de résidence — que j'aurais plus de deux ans —, mais je n'ai pas eu cette chance.

Helena Konanz: Je suppose que vous auriez aimé rester au Canada pour faire vos études au lieu de les faire à l'étranger.

Ma prochaine question porte sur les diplômés qui détiennent un visa de formation en résidence.

Dans le cadre de ce programme, les diplômés de facultés de médecine étrangères reçoivent des offres d'études supérieures au Canada. Ils étudient ici, ils occupent des postes, mais ils doivent repartir à la fin de leurs études. Je crois qu'un membre du Comité a dit que 1 117 Saoudiens occupent maintenant ces postes. Que pensez-vous du fait que vous n'avez pas obtenu un poste de formation ici et que ces postes sont occupés par des étudiants étrangers?

Scott Alexander: Cela me préoccupe profondément.

Je suis canadien, j'ai financé moi-même mes études à l'étranger, où j'ai reçu une formation équivalente, et j'ai réussi des examens équivalents afin de pouvoir revenir exercer dans mon pays d'origine. Quand j'ai découvert que des étrangers paient leurs frais d'études au Canada et occupent des postes de formation... Ce ne sont pas nécessairement des postes de résidence, mais ils occupent des postes de formation de médecins, alors je n'y suis pas admissible.

Cela me rappelle l'année 2018-2019, je crois, quand le gouvernement saoudien a eu des problèmes...

La présidente: Je vous demanderais de conclure, docteur Alexander. Nous avons dépassé le temps alloué.

Scott Alexander: ... avec des médecins canadiens, et qu'il allait en résulter des fermetures dans des hôpitaux en Ontario. C'était vraiment la première fois que j'entendais parler du programme de visa pour les médecins formés à l'étranger et des risques qu'il représentait pour le système canadien de soins de santé.

La présidente: Merci beaucoup. Nous avons dépassé de 36 secondes le temps prévu pour cette question. Je veux que les gens s'en tiennent à leur temps de parole.

Monsieur Eyolfson, vous avez cinq minutes.

• (1200)

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): C'est peut-être un changement qui est survenu depuis que j'y étais. Lorsque j'étais résident dans les années 1990, il y avait certains de ces résidents de l'étranger, en particulier en provenance d'Arabie saoudite.

Si je comprends bien, à l'époque où j'y étais, ces gens ne prenaient pas la place des Canadiens. Ils occupaient des places supplémentaires qui étaient créées grâce au financement supplémentaire et à l'argent versé en supplément aux facultés de médecine pour les aider à compléter le financement de leurs programmes.

Est-ce que cela a changé, ou crée-t-on encore des places en supplément pour eux sans que cela réduise les places disponibles dans les programmes de formation?

Rosemary Pawliuk: « En supplément » est une expression très intéressante, parce qu'on a dit à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada qu'il s'agissait d'un supplément parce que quelqu'un

d'autre les finançait. Les Canadiens ne les financent pas, et comme il n'y a pas de financement canadien, ces places sont en supplément.

En fait, elles ne sont pas en supplément, parce que lorsque les Canadiens demandent plus de formation et des fonds pour pouvoir former des Canadiens, on leur répond qu'on est désolé, mais qu'on n'a pas la capacité de formation nécessaire.

À mon humble avis, l'expression « en supplément » est trompeuse. Comment ces places pourraient-elles être en supplément s'il y a plus d'un millier de Canadiens qui sont prêts à les occuper et que nous utilisons nos ressources de formation pour les offrir?

Cette histoire de supplément, c'est comme si McDonald disait qu'elle n'a que de l'argent qu'elle va consacrer à des étrangers et qu'il s'agit donc d'un supplément...

Doug Eyolfson: Je suis désolé. Je n'aime pas vous interrompre, mais mon temps est limité.

Qui prend ces décisions? Est-ce une décision du gouvernement fédéral? Des universités? Ou encore des provinces? Qui prend cette décision?

Rosemary Pawliuk: Voulez-vous dire au sujet de l'exemption du processus des études d'impact sur le marché du travail, les EIMT? Cette décision a été prise par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et Service Canada à la demande des facultés de médecine, qui voulaient s'en servir comme moyen de générer des revenus.

Doug Eyolfson: La décision relève donc des facultés de médecine.

Rosemary Pawliuk: C'est exact.

Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Docteur Alexander, je suis désolé de ce qui s'est passé. Je sais que beaucoup de gens, comme vous, se sont fait couper l'herbe sous le pied. J'ai obtenu mon diplôme de médecine en 1993. Il y avait beaucoup de changements à la formation médicale à ce moment-là qui ont touché de nombreuses personnes qui avaient certains projets de résidence, et en raison des changements, ils n'ont pu réaliser ces projets. D'autres qui avaient fait un stage en bonne et due forme dans l'intention de travailler puis de faire ensuite une résidence n'avaient plus cette possibilité. À mon avis, ce n'est pas un changement que beaucoup de gens ont considéré comme positif à l'époque.

Je veux simplement apporter une précision. À votre connaissance, ces changements ont-ils été apportés par le gouvernement fédéral ou par les provinces?

Scott Alexander: Je ne connais pas la réponse officielle à cette question, mais je suppose, étant donné qu'il s'agissait d'un problème de demande au Service canadien de jumelage des résidents, le SC-JR, que cela relevait davantage du gouvernement fédéral que de n'importe quel programme individuel.

Doug Eyolfson: Merci.

Docteur Naik, vous avez parlé de la nécessité d'assurer une coordination à l'échelle du pays en augmentant le nombre de places de formation appropriées et en veillant à ce que tout diplômé en médecine, un Canadien qui a été formé à l'étranger, puisse obtenir un poste. Comment le gouvernement fédéral peut-il s'y prendre si les provinces s'y opposent en disant qu'il s'agit d'une responsabilité provinciale et que nous devons respecter nos champs de compétence?

• (1205)

Viren Naik: Je vous remercie de la question.

D'abord et avant tout, nous avons besoin des données. Les provinces et les territoires décident des places de formation dont nous avons besoin par l'entremise du SCJR, mais je pense que l'occasion manquée concerne les médecins formés à l'étranger. Ce sont eux qui ont terminé leur formation supérieure dans un autre pays et qui ont peut-être même déjà exercé la médecine.

Dans de tels cas, les programmes d'évaluation de la capacité à exercer peuvent rapidement amener quelqu'un à obtenir le permis d'exercice en aussi peu que 8 à 12 semaines. Le gouvernement fédéral pourrait faire en sorte que les paiements de transfert aux provinces et aux territoires soient consacrés à la mise sur pied et à l'expansion de ces programmes.

Les centres régionaux, comme le Physician Assessment Centre of Excellence en Nouvelle-Écosse, illustrent bien comment il est possible d'éliminer les goulots d'étranglement touchant les évaluateurs et la capacité d'évaluation partout au pays.

Doug Eyolfson: Merci.

En fait, je suis d'accord avec vous.

La présidente: Il vous reste cinq secondes, monsieur Eyolfson.

Doug Eyolfson: Merci.

Je dirais que nous avons déjà essayé le financement ciblé, et les provinces ont essentiellement torpillé cette façon de faire.

Je crois que mon temps est écoulé. Merci.

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Thériault pour deux minutes et demie.

[Français]

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Docteur Naik, vous avez parlé tout à l'heure de la pénurie mondiale de travailleurs de la santé. Comme on le sait, l'Organisation mondiale de la santé prévoit qu'il en manquera environ 11 millions d'ici 2030. Vous avez dit aussi qu'il fallait faire un recrutement éthique.

Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques, en 2021, la proportion de recrutement de professionnels de la santé formés à l'étranger était de 24 % pour le Canada, ce qui le situait au-dessus de la moyenne mondiale de 19 %.

Comment faut-il s'y prendre? Y a-t-il une contradiction entre notre besoin d'accueillir des gens formés à l'étranger et le recrutement éthique?

[Traduction]

Viren Naik: La question de la migration est complexe. Nous avons évidemment adhéré à l'objectif de recrutement éthique de l'Organisation mondiale de la santé, et Santé Canada a également produit un document à ce sujet.

Cela dit, les gens vont migrer, et même si nous ne devrions pas recruter activement, nous devrions certainement accepter d'éventuelles voies de migration. Il y a des pays dans le monde qui ne figurent pas sur la liste rouge et qui produisent plus de médecins qu'ils en ont besoin, et nous devrions les recruter activement. L'Inde, par exemple, compte entre 850 et 900 facultés de médecine.

Une partie de la surproduction de médecins est destinée à la migration. Nous devons saisir cette occasion, parce que dans un contexte de concurrence mondiale, d'autres pays ciblent des pays qui ne sont pas inscrits sur la liste rouge et y font du recrutement actif, et nous aussi pourrions en profiter.

[Français]

Luc Thériault: Vous avez parlé de pays où le nombre de personnes formées dépasse les besoins. Il pourrait s'agir de ressources disponibles pour le recrutement au Canada.

Quels sont ces pays, mis à part l'Inde?

[Traduction]

Viren Naik: Absolument. La seule chose que nous devons faire, c'est de reconnaître que la formation varie d'un pays à l'autre et de procéder aux évaluations appropriées, ainsi que d'examiner les pays où la formation pourrait être sensiblement équivalente à celle du Canada. Ces stagiaires ou ces médecins pourraient exercer ici sans aucune évaluation ou après une évaluation minimale.

La présidente: Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à M. Strauss, pour cinq minutes.

Nous terminerons juste à temps, mes amis, après une heure complète.

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

Docteur Naik, merci d'être venu.

À titre d'information, quels examens au total le Conseil médical du Canada, ou CMC, fait-il passer?

Viren Naik: Le CMC fait passer trois examens.

Il y a d'abord l'examen de qualification, qui est un examen écrit à choix multiples qui est délivré dans des pays du monde entier. Il est offert plus de 100 jours par année, dans le cadre de quatre séances différentes. Il n'y a donc aucun obstacle à passer cet examen. Cet examen se fait habituellement à la sortie de la faculté de médecine, avant l'exercice supervisé dans le cadre du programme de résidence.

Nous faisons aussi passer un examen clinique objectif structuré, ou ECOS, qui sert à la sélection des candidats aux programmes de résidence.

Enfin, nous faisons passer un examen de sélection, qui est utilisé avec une participation variable dans le cadre de nos programmes d'évaluation de la capacité à exercer.

• (1210)

Matt Strauss: En quoi les taux de réussite des diplômés de facultés de médecine canadiennes, des Canadiens qui étudient à l'étranger et d'autres médecins diplômés à l'étranger diffèrent-ils?

Viren Naik: Nos diplômés de facultés de médecine canadiennes réussissent très bien à nos examens de sortie de la faculté. Leurs notes oscillent entre 80 et 98 % à leur première tentative, et elles augmentent aux deuxième et troisième tentatives.

Les médecins diplômés à l'étranger — encore une fois, ayant suivi un programme différent et sachant que nous demandons des compétences propres au Canada, comme en santé autochtone et d'autres compétences culturellement adaptées — affichent habituellement un taux de réussite de 50 % à la première tentative.

Les Canadiens qui étudient à l'étranger se situent à peu près entre les deux. Cela tient en partie au fait qu'ils entament leur formation après une formation en contexte canadien et que certains Canadiens qui étudient à l'étranger fréquentent des facultés visant à les préparer à revenir exercer au Canada. Le programme d'études et la préparation aux examens sont donc orientés en ce sens. Leur taux de réussite tend à être plus proche de celui des diplômés des facultés de médecine canadiennes.

Matt Strauss: Vous avez dit que l'on fait passer l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, ou EACMC, partie I, à l'échelle internationale.

Viren Naik: C'est exact.

Matt Strauss: Savez-vous si le fait de réussir cet examen avant d'immigrer au Canada a une incidence sur les possibilités d'immigration d'une personne? Le secteur de l'immigration est-il au courant de ce facteur et en tient-il compte?

Viren Naik: Cela n'a aucune incidence sur les possibilités d'immigration en soi, mais nous faisons de notre mieux pour conseiller les candidats à ce sujet et les informer qu'ils devraient faire cet examen avant de présenter leur demande d'immigration.

Matt Strauss: Si je me souviens bien pour les avoir déjà faits, ces examens sont bien conçus et ils sont assez difficiles.

Ils sont administrés en français ou en anglais. J'aurais beaucoup de mal à réussir ces examens si je ne parlais ni français ni anglais. Pensez-vous que ces examens prouvent efficacement la maîtrise de la langue?

Viren Naik: Oui, et nous craignons aussi que la langue soit un obstacle. C'est la raison pour laquelle nous conseillons aux candidats de passer leur équivalent en anglais, leur examen pratique en anglais ou leurs autres examens linguistiques avant de passer ces examens.

Matt Strauss: Quand j'ai passé ces examens, puis après avoir travaillé dans quelques facultés de médecine différentes pour enseigner la médecine, je ne me souviens pas que quiconque ait eu d'anciens examens du CMC. Cela est en contradiction avec les examens du Collège royal.

Est-ce bien ce que vous avez compris? Qu'est-ce qui explique cette différence?

Viren Naik: Je pense que la différence, c'est que pour notre part, nous offrons aux candidats de nombreux examens pratiques qui équivalent à l'examen réel.

À cet égard, nous espérons assurer l'équité du système en mettant ces examens à la disposition des diplômés canadiens et étrangers.

Matt Strauss: Je pense que vous avez raison, et je vous en remercie.

J'ai quelques questions pour Mme Pawliuk.

Vous avez indiqué que sur les quelque 800 Canadiens qui sortent chaque année d'une faculté de médecine à l'étranger avec un diplôme, une centaine seulement présentent une demande pour rentrer au pays. Sur cette centaine de diplômés, combien arrivent à trouver un endroit pour faire leur résidence ici?

Rosemary Pawliuk: Cela varie d'une année à l'autre. Par exemple, lorsqu'il n'y en a eu que 119, le taux de réussite a été assez bon, soit seulement 23 — ou à peu près, si j'ai bonne mémoire — sans jumelage. Cependant, plus le nombre de personnes qui reviennent est élevé, plus le taux de réussite diminue.

Matt Strauss: Sur les quelque 700 qui ne présentent pas de demande pour revenir, où ont-ils tendance à aboutir?

Rosemary Pawliuk: Presque tous les gens qui étudient en Australie finissent par y rester, non pas parce qu'ils le veulent, mais parce qu'ils ont l'impression de ne pas avoir le choix.

Le deuxième groupe en importance est celui qui reste aux États-Unis. Plus de deux fois plus de Canadiens qui étudient à l'étranger finissent par suivre leur formation aux États-Unis plutôt qu'au Canada.

Matt Strauss: Je n'ai pas de question à ce sujet. Je veux simplement dire qu'il est complètement insensé que des Canadiens aient à payer un quart de million de dollars pour suivre une formation médicale ailleurs et que nous laissions le système de soins de santé américain en profiter alors qu'ils pourraient servir notre pays, si c'est ce qu'ils veulent faire.

Vous avez indiqué à quelques reprises qu'il y a une différence entre les places où faire sa résidence et la capacité de résidence. Si ces stagiaires ayant un visa utilisent une salle d'opération comme stagiaires en anesthésie et qu'ils sont suivis par un précepteur, ils réduisent la capacité même s'ils apportent leur propre financement.

Vous avez parlé à quelques reprises de financement privé pour les Canadiens qui étudient à l'étranger. Quelles en sont les sources?

La présidente: Il vous reste 20 secondes.

Rosemary Pawliuk: Il s'agit de municipalités, de sociétés, de groupes communautaires, de groupes ethniques et de fondations sans but lucratif.

La présidente: Merci.

Nous allons maintenant passer au dernier intervenant pour les libéraux, M. Powlowski.

Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Permettez-moi d'abord de dire à Dr Alexander en particulier que nous partageons sa frustration. Je suis moi aussi un médecin de longue date, mais en tant que député, il est certainement frustrant de voir qu'il y a beaucoup de collectivités dans ma circonscription, des collectivités rurales, qui veulent vraiment des médecins et qui ont besoin d'eux, et nous voyons quelqu'un comme vous et nous nous grattons la tête pour comprendre.

Le problème tient en partie au fait qu'une grande partie du goulot d'étranglement lié à l'obtention des titres de compétence des médecins formés à l'étranger vient de l'obligation pour eux de passer par la province pour obtenir leur permis avant de pouvoir exercer.

Fait intéressant, comme Dr Naik l'a dit, le Conseil médical du Canada a été créé par une loi fédérale en 1912. De plus, le Collège royal des médecins et chirurgiens établit des normes nationales. Bien que la réglementation des professions relève de la compétence provinciale, elle comporte évidemment aussi un volet fédéral. Comme mon bon ami le député néo-démocrate Don Davies le dit souvent, c'est un domaine de compétence partagée.

Cela dit — et je sais, docteur Naik, que quelqu'un a devancé ma question —, que pouvons-nous faire de plus pour régler le problème de la reconnaissance des titres de compétences des personnes formées à l'étranger? Vous avez parlé d'évaluations de la capacité à exercer. Je signale qu'en 2023, le gouvernement fédéral a donné un demi-million de dollars au Conseil médical du Canada pour l'aider à cet égard.

Vous avez parlé d'évaluations de la capacité à exercer et du fait que l'accès à ces évaluations pourrait être une condition au versement des paiements de transfert du gouvernement fédéral aux provinces. Cela pourrait s'avérer difficile, parce que le gouvernement fédéral peut dire qu'il veut ceci ou cela, mais les provinces vont-elles vraiment obéir, et que pouvons-nous faire si elles ne le font pas?

Étant donné qu'il s'agit d'un domaine de compétence partagée et que c'est une question sur laquelle nous voulons nous pencher pour accroître le nombre de personnes formées à l'étranger qui obtiennent leurs titres de compétence, y a-t-il un moyen par lequel nous pourrions investir directement des fonds fédéraux pour essayer d'en faire plus afin qu'un plus grand nombre de personnes suivent le programme d'évaluation de la capacité à exercer?

• (1215)

Viren Naik: Comme l'ont dit Dr Alexander, Mme Pawliuk et son équipe, je crois, le cours du Service canadien de jumelage des résidents, ou SCJR, est très clair. Il s'adresse aux diplômés qui sortent de la faculté de médecine.

Pour ce qui est de l'hétérogénéité de la formation des médecins à l'étranger en vue de l'évaluation de la capacité à exercer, elle est vécue non seulement par le stagiaire, mais aussi par les programmes d'évaluation. Je pense qu'ils aimeraient une harmonisation. Pour ce qui est de la gouvernance de ces programmes, certains relèvent d'un organisme de réglementation, d'autres d'une université et d'autres sont gérés par une partie externe. Cependant, ils sont tous à la recherche d'une approche nationale — un processus national de recrutement ou de jumelage — qui leur permettrait de ne pas détourner les ressources vers ce recrutement et les difficultés...

Marcus Powlowski: À votre avis, qui devrait assumer cette responsabilité?

Viren Naik: Je pense qu'il pourrait s'agir d'un consortium. Nous sommes les intendants de la collaboration nationale en matière d'évaluation qui a lancé l'évaluation de la capacité à exercer en 2017. Nous avons un groupe de travail, je dirais, et un comité qui se réunit, des programmes d'évaluation de la capacité à exercer. Le désir de centraliser le recrutement serait bien accueilli non seulement par eux, mais aussi par les candidats. Il leur permettrait d'avoir un seul processus de demande, comme celui du SCJR, et de savoir où ces programmes d'évaluation de la capacité à exercer pourraient être offerts.

À l'autre extrémité de l'évaluation de la capacité à exercer, nous pourrions créer des programmes nationaux pour appuyer les diplômés une fois qu'ils ont quitté l'évaluation. L'un des plus grands défis, évidemment, c'est d'acquiescer de l'expérience et c'est pourquoi nous devons trouver la meilleure façon de les aider à réussir dans les collectivités rurales et éloignées.

Marcus Powlowski: Pensez-vous que les provinces seraient d'accord avec un tel programme national?

Viren Naik: Encore une fois, je pense que la gouvernance de ces programmes d'évaluation de la capacité à exercer ne relève pas du gouvernement. Je pense que la gouvernance et les gens qui administrent ces programmes s'en réjouiraient. S'ils ont l'écoute du gouvernement, alors ils l'accepteraient.

Marcus Powlowski: Pour ce qui est des programmes complémentaires dont nous ont parlé d'autres témoins, les médecins formés à l'étranger ont peut-être besoin de six mois, d'un an ou de deux ans. Je ne vois pas beaucoup de provinces ou d'hôpitaux uni-

versitaires qui offrent cela. Savez-vous s'il existe des programmes complémentaires de ce genre à quelque part? Que pouvons-nous faire de plus pour attirer des médecins formés à l'étranger?

Viren Naik: Je pense que le Manitoba est un chef de file dans ce domaine. Cette province offre un programme de transition qui sert à la fois de rampe d'accès et de porte de sortie pour l'évaluation de la capacité à exercer. Nous constatons une certaine participation dans d'autres provinces, comme la Nouvelle-Écosse, par l'entremise de programmes en médecine hospitalière.

Là où nous avons des adjoints cliniques, ce qui signifie essentiellement qu'ils travaillent dans le cadre d'un cabinet supervisé, comme en Colombie-Britannique, c'est encore une fois un signe de réussite lorsqu'on fait passer la personne à une évaluation poussée de la capacité à exercer en vue de l'amener vers un permis d'exercice plus indépendant.

Il y a des exemples. Nous pourrions tout à fait nationaliser ces programmes.

• (1220)

La présidente: Merci beaucoup.

Je pense que nous sommes arrivés à la fin de la séance.

Avant de remercier les témoins, je tiens à dire, docteur Alexander, que je sais exactement ce qui se passe dans votre cas. Faisant fi de mes conseils, mon fils est allé étudier à l'Université de Sydney. Il l'a fait parce qu'il avait obtenu une bourse complète de cette université. Il est ensuite resté en Australie.

Là-bas, ils suivent un programme de résidence de cinq ans en médecine d'urgence. Je dois donc maintenant me rendre en Australie pour voir mes petits-enfants, donc je compatis avec vous. Je comprends votre situation. Il a décidé de rester, parce qu'on lui a offert toutes sortes d'avantages pour rester en Australie.

Merci beaucoup.

Mesdames et messieurs les témoins, je vous remercie de votre temps et de votre énergie ainsi que d'avoir répondu à des questions très complexes.

Je vais maintenant suspendre la séance pour nous préparer à la prochaine heure.

Merci beaucoup.

• (1220)

(Pause)

• (1230)

La présidente: Nous commençons à 12 h 30 et nous terminerons à 13 h 30.

Encore une fois, je vous demande tous d'essayer de respecter le temps qui vous est alloué. Nous avons largement dépassé le temps alloué au dernier tour.

Les témoins sont-ils tous en ligne?

D'accord.

Nous accueillons, à titre personnel, Dr Arun Anand. Dr Anand est en ligne. Nous recevons aussi le Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D, représenté par Geoffrey Barnum, gestionnaire principal. Pour ce qui est du groupe des professionnels de la santé du Canada formés à l'étranger, nous accueillons, pour la Fondation médicale canadienne, Eva Slawecki, conseillère.

Je vais maintenant vous expliquer comment les choses se passent ici. Vous avez cinq minutes chacun pour faire votre déclaration. Je vais vous prévenir à une minute avant la fin, puis à 30 secondes, pour vous permettre de conclure. Il y aura ensuite une période de questions et réponses. Cela se poursuivra jusqu'à 13 h 30.

Merci beaucoup.

Je vais commencer par Dr Anand.

Vous avez cinq minutes, docteur Anand.

Arun Anand (médecin, à titre personnel): Bonjour, madame la présidente et membres du Comité.

Je m'appelle Arun Anand et je suis anesthésiste en Alberta. Je suis cofondateur de plusieurs initiatives visant à améliorer l'accès aux services chirurgicaux et la viabilité de la main-d'œuvre dans notre province.

J'ai également travaillé avec des communautés autochtones et rurales afin de renforcer l'accès aux soins chirurgicaux et dentaires au Manitoba. Je suis actuellement, ou j'ai déjà été, titulaire d'un permis pour exercer la médecine en Ontario, en Alberta, au Nouveau-Brunswick, au Manitoba et en Saskatchewan.

Je suis heureux d'avoir l'occasion de vous parler aujourd'hui des contraintes systémiques auxquelles fait face notre système de soins de santé et d'expliquer comment la politique fédérale peut jouer un rôle plus important en harmonisant les activités de ceux qui planifient l'infrastructure, l'immigration et la reconnaissance des titres de compétence avec les réalités sur le terrain.

J'ai constaté que la planification du système d'immigration, de délivrance des titres de compétence et du système de santé du Canada suivent des voies distinctes. Ce décalage est maintenant visible dans les pénuries de main-d'œuvre, les longues attentes et les déficits croissants des hôpitaux.

Le leadership fédéral peut aider à harmoniser ces éléments.

Premièrement, les cibles en matière d'immigration devraient être coordonnées avec la capacité du système de soins de santé.

Le Canada prévoit accueillir 395 000 résidents permanents en 2025, avec des cibles théoriques de 380 000 en 2026 et de 365 000 en 2027, après avoir affiché la croissance démographique la plus rapide depuis 1957, soit 3,2 % en 2023, ou 1,27 million de personnes. La capacité de notre système ne suit pas le rythme.

Le Canada compte 2,8 médecins pour 1 000 habitants comparativement à 3,7 médecins pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE, et 2,6 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants par rapport à la moyenne de 4,3 lits pour l'OCDE. L'immigration contribue à l'édification de la nation, mais elle doit être proportionnelle aux places de formation, au temps en salle d'opération et au nombre de lits d'hôpitaux.

Deuxièmement, les obstacles à la reconnaissance des titres bloquent la mobilité des médecins. Nous avons fait des progrès partiels. Le registre de l'Atlantique montre que la mobilité régionale peut fonctionner, mais la transférabilité nationale demeure inégale. Un de mes collègues qui a obtenu sa qualification dans le cadre du programme d'évaluation de la capacité à exercer de l'Alberta ne peut pas travailler en Colombie-Britannique, mais il peut tout de même exercer en toute sécurité en Alberta. De toute évidence, cela reflète des parcours incohérents entre les provinces. Un permis pan-

canadien ou une véritable reconnaissance mutuelle aiderait au moins en partie à relever certains des défis liés à la main-d'œuvre.

Troisièmement, la fragmentation coûte cher. Les frais annuels des collègues à eux seuls dépassent 2 000 \$ en Alberta et en C.-B. avant les cotisations des associations professionnelles et les primes de l'Association canadienne de protection médicale, l'ACPM. De plus, ces coûts se multiplient lorsque vous vous inscrivez dans différentes provinces pour servir les populations mal desservies ou vulnérables. Les primes de l'ACPM varient également selon la région et la portée du travail, ce qui ajoute des frictions au service interprovincial. Par exemple, pour avoir mon permis d'exercer en Ontario, je paie le double du coût de l'ACPM; j'ai donc envisagé d'abandonner mon permis d'exercer en Ontario, même si j'y vais souvent et que j'exerce souvent à Ajax lorsque je suis disponible.

Quatrièmement, le Canada perd de l'élan en ce qui concerne les parcours de la formation à la pratique, surtout en chirurgie. Les études d'emploi du Collège royal montrent que de 14 % à 19 % des nouveaux spécialistes n'avaient pas assez exercé leur spécialité au moment d'obtenir leur certification, et ce, pendant plusieurs années. En chirurgie orthopédique, une moyenne de 37 % des répondants n'ont déclaré aucun emploi à l'obtention de la certification entre 2011 et 2018, attribuant cette situation aux limites relatives au temps en salle d'opération, au nombre de lits et au personnel, et non au manque de patients. Une analyse récente du Journal canadien de chirurgie confirme que les chirurgiens orthopédistes en début de carrière comptent souvent sur des remplacements et sur du travail à temps partiel en raison du manque de postes.

Lorsque les possibilités sont limitées, les diplômés se tournent vers les États-Unis. Selon l'Association canadienne d'orthopédie, 72 nouveaux diplômés ont quitté le pays en 2020 pour travailler à temps plein à l'extérieur du Canada. De toute évidence, il y a une lacune dans notre planification des ressources humaines et de l'infrastructure, et cela ne concerne pas nécessairement la reconnaissance des titres de compétence des médecins étrangers. La concordance est absente à tous les niveaux dans tous les systèmes.

Cinquièmement, les programmes de santé fédéraux qui sont souvent considérés comme non assurés ou non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux coûtent souvent beaucoup plus cher à notre système et exigent davantage de ressources, pour plusieurs raisons. Plus précisément, parce que les services ne sont pas couverts par les régimes provinciaux, les médecins peuvent facturer jusqu'à cinq fois plus pour leurs honoraires dans le cadre de ces programmes, y compris les programmes fédéraux qui appuient les demandeurs du statut de réfugié. Souvent, nous avons besoin de traduction et de traducteurs en ligne pendant de longues périodes. Il faut plus de temps pour obtenir le consentement, dissiper la mésinformation et communiquer avec ces patients.

Je tiens à dire clairement qu'étant moi-même fils d'immigrants, j'éprouve de l'empathie pour les demandeurs du statut de réfugié et les autres immigrants. Cependant, les efforts dans le domaine doivent être coordonnés. Lorsque notre système de soins de santé est déjà surchargé, il faut en tenir compte avant d'autoriser en toute confiance un afflux de familles supplémentaires. C'est une question de planification des ressources humaines et de main-d'œuvre.

Sixièmement, les finances se resserrent. L'Association des hôpitaux de l'Ontario révèle...

• (1235)

[Français]

Luc Thériault: J'invoque le Règlement, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Excusez-moi. Je suis désolée. Un instant, s'il vous plaît.

[Français]

Luc Thériault: Depuis 30 secondes, il y a un problème de son et l'interprétation ne peut se faire. Il faudrait corriger ce problème, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Nous allons suspendre la séance.

Il vous reste 30 secondes, docteur Anand, mais nous allons suspendre la séance jusqu'à ce que tout soit réglé.

• (1235)

(Pause)

• (1245)

Dan Mazier: D'accord. Nous reprenons nos travaux.

Monsieur Barnum, vous avez cinq minutes.

Geoffrey Barnum (gestionnaire principal, Données, Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.): Merci.

Je m'appelle Geoffrey Barnum. Je suis gestionnaire principal des données à l'Association des facultés de médecine du Canada, dont le Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D., ou RCEP, est une initiative. J'exerce un rôle de surveillance dans le cadre du RCEP. L'initiative a été créée en 1986 pour être la source définitive d'information et d'analyse longitudinales nationales sur les stagiaires dans le système canadien de formation postdoctorale en médecine.

J'aimerais prendre une minute ou deux pour parler de la façon dont nous formons les médecins au Canada afin que nous soyons tous sur la même longueur d'onde.

Le parcours typique d'un Canadien qui cherche à devenir médecin, c'est qu'il obtient un baccalauréat ou parfois un diplôme de cégep au Québec, puis présente sa demande dans l'une des 18 facultés de médecine canadiennes. Il y en avait 17 jusqu'à cette année, mais celle de l'Université métropolitaine de Toronto vient d'ouvrir cette année, ce qui porte le nombre à 18. Une fois admis, les étudiants passent trois ou quatre ans, encore une fois, selon le corps professoral qu'ils fréquentent, à acquérir des compétences médicales de base au moyen d'une combinaison de conférences, de laboratoires et d'apprentissage expérientiel réel dans le domaine, ou ce que nous appelons des activités « sélectives » et des activités « facultatives ».

Au cours de leur quatrième année d'études en médecine — ou la troisième, pour une période scolaire plus courte —, les étudiants en médecine présentent une demande de jumelage R-1, qui est administrée par le Service canadien de jumelage des résidents, ou SCJR, dont il a déjà été question ici. C'est à cette étape que les étudiants en médecine s'attachent à une spécialité particulière. Cela peut être la médecine familiale, la psychiatrie, la chirurgie générale et ainsi de suite. Ils passent ensuite deux ans, dans le cas de la médecine familiale, et habituellement environ cinq ans pour les autres spécialités, à terminer leur formation en résidence — à moins qu'ils ne suivent la voie des super sous-spécialités —, puis passent leurs examens et pratiquent ensuite la médecine ici au Canada.

Ensemble, l'AFMC et le RCEP recueillent et analysent des données sur l'état du système de formation en médecine et en font rapport tout au long du parcours de la personne pour devenir médecin. L'AFMC se concentre sur le premier cycle, où la personne obtient son titre de docteur en médecine. Le RCEP se concentre sur le volet postdoctoral, dans le cadre duquel la personne se consacre à sa résidence ou à sa bourse de recherche.

Un autre aspect qui porte parfois à confusion est celui des différents types de stagiaires postdoctoraux qui sont au Canada.

Il y a les résidents. Il s'agit de personnes qui travaillent à l'obtention de leur certification initiale au Collège royal ou au Collège des médecins de famille du Canada. Ces programmes durent habituellement de deux à cinq ans.

Il y a aussi les titulaires de bourses de recherche clinique. Ce sont des médecins ayant suivi une formation complète qui cherchent à se spécialiser dans un domaine très précis. La plupart des bourses ont une durée d'environ un an. Certaines sont pour moins longtemps, et d'autres, pour plus longtemps. En fait, il s'agit d'une formation extrêmement ciblée, n'est-ce pas? Si vous voulez devenir cardiologue, vous aurez une bourse de recherche sur un type très précis de chirurgie cardiaque.

L'autre sujet qui revient souvent, c'est le type de stagiaire. Il y a des diplômés en médecine canadiens et étrangers. C'est de cette façon que le système actuel divise les personnes. Comme leur nom l'indique, un diplômé canadien a obtenu son diplôme de médecine d'une faculté canadienne et un diplômé étranger l'a obtenu à l'étranger. Cette distinction s'exclut mutuellement de leur statut juridique au Canada. Dans le cadre du RCEP, nous reconnaissons les citoyens canadiens et les résidents permanents par rapport aux stagiaires titulaires d'un visa. Ce sont les personnes qui viennent au Canada pour suivre une formation.

Il y a eu beaucoup de discussions au sujet des stagiaires titulaires d'un visa en résidence et des titulaires de bourses de recherche. La majorité des stagiaires titulaires d'un visa sont inscrits à des bourses de recherche clinique, suivent cette formation très précise et administrent le traitement aux Canadiens. Pour bon nombre d'entre eux, les salaires et le coût de la formation sont payés par des gouvernements ou des institutions étrangers, et le RCEP recueille cette information. Au cours de leur formation, ils dispensent des soins tertiaires et quaternaires complexes aux Canadiens.

• (1250)

La présidente: Il vous reste une minute.

Geoffrey Barnum: Merci.

Il y a un groupe, comme on l'a dit, de stagiaires détenteurs d'un visa qui viennent au Canada pour suivre une formation en résidence dans ces postes surnuméraires, ce dont nous avons bien discuté plus tôt.

Je tiens à souligner que toute question concernant les données précises dont je parle se trouve dans notre rapport sur les médecins diplômés à l'étranger, que j'aimerais présenter au comité. Il est disponible sur notre site Web. J'ai inclus les liens dans mes notes d'allocation vers les versions anglaise et française.

La présidente: Merci.

Il vous reste 31 secondes. Avez-vous terminé, monsieur Barnum?

Geoffrey Barnum: Je pense que oui, merci.

La présidente: Bravo. Merci beaucoup.

Je vais maintenant donner la parole à Mme Slawewski, qui représente les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada.

Merci.

Eva Slawewski (conseillère, Fondation médicale canadienne, Internationally Educated Health Professionals in Canada): Merci.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité permanent, je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole aujourd'hui au nom de la Fondation médicale canadienne.

Il y a environ trois ans, nous avons établi un partenariat avec Pegasus dans le cadre de l'initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger, ou PSFE. Il s'agit notamment d'aider les professionnels de la santé réfugiés et les PSFE à poursuivre leur carrière en santé au Canada.

Au cours de la dernière année seulement, des milliers de PSFE — infirmières, médecins, pharmaciens, dentistes et autres — ont accédé à notre carrefour de ressources, et des centaines d'entre eux ont participé à nos activités de renforcement des capacités et de réseautage, ainsi qu'à nos programmes de mentorat.

Cependant, ce que nous faisons n'est pas suffisant. Examinons les chiffres. En 2021, environ 260 000 PSFE résidaient au Canada. Alors que 76 % d'entre eux occupaient un emploi, seulement 58 % de ceux-ci travaillaient dans des professions liées à la santé. Les autres conduisaient des taxis, travaillaient dans le commerce de détail ou étaient complètement mis de côté; leurs talents ont été gaspillés pendant que notre système de soins de santé souffrait d'une grave pénurie de personnel.

Comme plus de 20 % des Canadiens sont des immigrants, nous avons besoin dans le domaine de la santé d'une main-d'œuvre diversifiée qui favorise les compétences culturellement adaptées et qui inspire confiance pour améliorer les résultats en matière de santé de notre population multiculturelle. L'intégration des PSFE permettra de créer un effectif de la santé qui reflète et sert véritablement les Canadiens.

Les politiques canadiennes en matière d'immigration attirent activement des professionnels qualifiés, comme des infirmières; cependant, nous entendons constamment parler de PSFE qui arrivent pleins d'espoir, pour ensuite se retrouver devant un labyrinthe qui les empêche de pratiquer et qui gaspille leur formation et leur expertise.

Aujourd'hui, je vais souligner certains des obstacles humains et systémiques auxquels ils font face.

Le principal problème réside dans les obstacles à l'obtention des permis.

Premièrement, les parcours eux-mêmes sont complexes et fragmentés. Ce qui semble simple dans une demande d'immigration devient un labyrinthe d'évaluations, d'examen et de programmes de transition.

Deuxièmement, les PSFE sont aux prises avec une surabondance de ressources éparpillées en ligne, dont bon nombre sont inexactes, désuètes ou même illégitimes. Les récentes compressions à IRCC ont mené à des réductions de plusieurs programmes destinés aux nouveaux arrivants qui leur fournissaient auparavant des conseils de base et les aidaient à naviguer dans le système. Sans cela, les

professionnels de la santé formés à l'étranger peuvent perdre des mois, voire des années, à se buter à des impasses, pendant que leurs compétences s'atrophient et que leur famille est aux prises avec des difficultés financières.

Un médecin formé à l'étranger pourrait devoir consacrer des années avant de s'y retrouver dans les exigences d'équivalence, pour ensuite constater que ses titres de compétence sont désuets, ce qui nous amène au troisième obstacle. Plus le processus de délivrance des permis est long, plus il y a de risques que ces personnes ne satisfassent plus aux exigences en matière de mise à jour de la pratique.

Enfin, les PSFE arrivent sans le capital social que les Canadiens tiennent pour acquis. Les nouveaux arrivants ont abandonné leurs relations personnelles et professionnelles. Ils ont besoin de mentors, de connecteurs, de réseaux et de collectivités pour avoir un meilleur accès aux possibilités d'emploi et d'intégration, mais notre système d'immigration suppose que les PSFE s'en occuperont seuls. Quel est l'impact de tout cela? Les PSFE font face à des périodes prolongées de chômage, de déqualification et de frustration tandis que le Canada manque d'une main-d'œuvre prête à contribuer.

Cependant, il y a de l'espoir. De nombreuses provinces mettent en place des évaluations de la capacité à exercer, et nous avons entendu dire qu'il y a aussi des plans visant à augmenter le nombre de places où les médecins peuvent faire leur résidence. Plusieurs établissements d'enseignement ont des programmes de transition pour permettre aux professionnels de compléter leurs compétences, sans devoir recommencer leur formation à partir de zéro.

Des initiatives comme la nôtre ont déjà aidé des centaines de personnes en leur offrant un guichet unique pour accéder à des parcours légitimes et au mentorat professionnel et leur permettre de comprendre le système de santé du Canada et de s'y retrouver dans la complexité de l'obtention du permis d'exercer et de la préparation à l'emploi.

En conclusion, notre système excelle au niveau du recrutement, mais il ne réussit pas à assurer une véritable intégration. Nous devons éliminer ces obstacles. Il ne suffit pas d'apporter quelques modifications ici et là aux politiques; il faut aussi humaniser la promesse de l'immigration. En investissant dans la navigation, la coordination et le soutien global, et en développant le capital social des PSFE, nous pouvons stimuler l'intégration, accroître l'entrée sur le marché du travail et concrétiser les promesses de succès de nos politiques d'immigration.

● (1255)

Au nom des personnes que nous représentons, je vous remercie de votre temps et de votre attention. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période des questions. Le premier tour est de six minutes. Je vais être sévère avec tout le monde pour que nous respectons notre horaire.

Je vais commencer par les conservateurs et M. Bailey, pour six minutes.

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

Merci, docteur Anand, de votre patience à l'égard de notre technologie. Je vais vous demander de parler lentement et fort pour nous, et mes questions seront brèves.

Croyez-vous que la reconnaissance nationale des permis d'exercice serait bénéfique au Canada? Répondez par oui ou non, s'il vous plaît.

Arun Anand: Oui.

Burton Bailey: Croyez-vous que les exigences relatives à la mise à jour de la pratique devraient être réformées pour permettre aux diplômés formés à l'étranger d'obtenir un permis d'exercice au Canada? Répondez par oui ou non, s'il vous plaît.

Arun Anand: Oui, je pense qu'il y a là une possibilité.

Burton Bailey: La mise à jour de la pratique et les autres activités de reconnaissance devraient-elles avoir lieu avant l'arrivée de la personne au Canada?

Arun Anand: Je pense que cela simplifierait les choses et éviterait de nombreux problèmes au cours du processus.

Burton Bailey: Il y a environ 80 000 professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada qui ne travaillent pas dans le domaine des soins de santé. Croyez-vous que le gouvernement devrait travailler à l'octroi de permis et à l'intégration des professionnels de la santé qui sont déjà au Canada avant de penser à faire venir plus de gens?

Arun Anand: Je suis d'accord avec cette affirmation. J'ai été interrompu en raison des problèmes techniques, mais je veux parler de notre programme pilote d'assistants cliniques à Red Deer.

Nous avons mis à l'essai un programme pour les assistants cliniques en anesthésie, dans le cadre duquel j'ai personnellement supervisé des médecins diplômés à l'étranger. Certains avaient besoin d'un an ou deux de soutien et de formation. Certains avaient besoin de trois semaines simplement pour comprendre comment communiquer plus efficacement avec les patients. Le projet pilote a pris fin, mais au moins deux de ces stagiaires sont devenus des anesthésiologistes praticiens ou travaillent dans des programmes de résidence.

Il s'agit d'une occasion en or, et Red Deer, votre circonscription, a connu beaucoup de succès avec des assistants en chirurgie et des assistants cliniques. Ces candidats finissent par être inscrits à des programmes de résidence et contribuent au système canadien de soins de santé.

Burton Bailey: Je vous en remercie.

La croissance de la population a-t-elle une incidence sur la demande dans le système de soins de santé?

Arun Anand: Sans l'ombre d'un doute.

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

Arun Anand: Oui.

Burton Bailey: Je vais vous poser quelques questions de base au sujet de vos permis d'exercice de la médecine.

Combien coûte le permis d'exercice de la médecine en Alberta?

Arun Anand: Entre 2 000 \$ et 3 000 \$.

Burton Bailey: Vous avez dit que vous détenez de nombreux permis parce que vous travaillez comme suppléant dans des régions mal desservies partout au Canada. Pourriez-vous nous donner une idée de ce qu'il en coûte pour vous, à titre personnel?

Arun Anand: Environ 20 000 \$ au total, parce que mon permis de l'ACPM pour exercer en Ontario coûte environ 11 000 \$, et il n'y

a pas beaucoup de remboursement dans cette province. Pour chaque province, c'est entre 2 000 \$ et 3 000 \$.

• (1300)

Burton Bailey: Cela me semble très bureaucratique et très cher. Pour être anesthésiste et faire le même travail dans plusieurs provinces, vous devez avoir des permis dans chacune de ces provinces. J'ai du mal à le comprendre.

Combien de permis avez-vous avec ces 20 000 \$? J'aimerais le savoir.

Arun Anand: J'ai récemment obtenu mon permis de la Saskatchewan, et j'ai été remboursé par l'autorité de la santé de cette province. Il y a tellement d'inefficacités dans tout le pays à cet égard. En Ontario, j'ai moi-même payé mon permis de l'ACPM. En Alberta, comme le gouvernement de l'Alberta me rembourse les coûts d'assurance de l'ACPM, je récupère une partie des coûts. Les permis doivent être renouvelés chaque année dans toutes ces provinces. Certains sont remboursés, et le gouvernement gaspille de l'argent là-dessus, alors que pour d'autres, je dois payer de ma poche.

Burton Bailey: Le coût de ce processus d'obtention d'un permis est évidemment un obstacle à l'entrée pour de nombreux professionnels de la santé.

Arun Anand: C'est certainement un inconvénient, et je pense qu'il exerce un effet dissuasif. Par exemple, j'ai renoncé à mon permis du Manitoba. Dans cette province, j'allais offrir des soins dentaires pédiatriques aux communautés autochtones. Les déplacements étaient nombreux et je ne voulais plus renouveler mon permis, alors j'ai cessé de le payer. C'est un obstacle qui m'a poussé à abandonner le service.

Burton Bailey: Merci.

Je vais partager mon temps de parole avec mon collègue, M. Strauss.

Matt Strauss: Merci, monsieur Bailey.

La présidente: Il vous reste une minute et 18 secondes, M. Strauss.

Matt Strauss: Docteur Anand, dans votre déclaration préliminaire, vous avez fait une observation très intéressante au sujet du fait qu'il est pratique courante de facturer une assurance cinq fois plus chère pour les réfugiés qui reçoivent des soins de santé que pour un citoyen canadien dont les soins sont payés par l'État. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet? Cela me semble un peu fou, pour être honnête.

Arun Anand: Bien sûr. Dans le cas des programmes fédéraux, y compris les programmes pour les détenus et d'autres programmes fédéraux, puisque les honoraires des médecins ne sont pas couverts par la province, il faut présenter des factures à la Croix-Bleue. L'AMA publie un guide de tarification. On y suggère en fait que les médecins facturent entre deux et cinq fois plus que les frais habituels pour ces programmes qui sont considérés comme non assurés.

Matt Strauss: Il me semble que si des centaines de milliers de demandeurs d'asile au Canada reçoivent des soins de santé et que le médecin est payé cinq fois plus cher, cela représente une importante ponction des ressources.

Au cours de la dernière heure, nous avons discuté de la capacité par rapport au financement des places en formation. L'anesthésie est un exemple vraiment intéressant, parce qu'il me semble qu'il y a soit un anesthésiste prêt à amener un étudiant en salle d'opération ce jour-là et à lui enseigner, soit il n'y en a pas, peu importe le financement. Pouvez-vous me dire ce que vous en pensez? Cela devient pertinent lorsqu'on parle de...

La présidente: Votre temps est écoulé, monsieur Strauss.

Matt Strauss: J'aimerais savoir ce que vous en pensez, s'il vous plaît.

La présidente: Je vous donne 30 secondes pour répondre à cette question.

Arun Anand: Je suis d'accord avec vous. Par exemple, des ambulanciers paramédicaux doivent constamment se rendre à Red Deer. En fait, je ne reçois rien pour cela. On me demande de faire du bénévolat pour cela, simplement pour aider la collectivité.

Peu importe le financement, selon qu'il y a ou non de la disponibilité pour accueillir des étudiants, c'est une question qui relève entièrement de l'infrastructure. Bien sûr, le financement peut jouer un certain rôle à cet égard, mais je pense qu'en tant que médecins, nous sommes ici pour contribuer au système de soins de santé du Canada et l'appuyer.

La présidente: Merci beaucoup.

Chers collègues, si vous partagez votre temps de parole, je vais devoir vous demander de ne pas accorder seulement une minute à l'autre personne, car celle-ci manque invariablement de temps.

Pour les libéraux, la parole est à Mme Sidhu.

Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de s'être joints à nous aujourd'hui et de nous faire part de leurs observations.

Je représente la circonscription de Brampton-Sud, dans la communauté de Peel. Nous déplorons chez nous un manque de ressources à hauteur de 220 personnes. C'est pourquoi cette réunion est très, très importante. C'est une responsabilité partagée, bien sûr.

Il y a une chose que je tiens à dire pour le compte rendu. Le gouvernement fédéral a accru son soutien à la reconnaissance des titres de compétences étrangers afin d'aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à entrer plus rapidement dans le système des soins de santé. Dans le cadre des ententes bilatérales de collaboration, le gouvernement fédéral octroie 25 milliards de dollars sur 10 ans pour appuyer les priorités communes afin que nous puissions collaborer avec les provinces et les territoires pour offrir plus de ressources en santé aux Canadiens.

Monsieur Barnum, je sais que vous travaillez beaucoup à la collecte de données. Quelles données supplémentaires sont nécessaires pour appuyer la planification nationale des professionnels de la santé formés à l'étranger? Comment cette information peut-elle être recueillie de façon uniforme à l'échelle du Canada et entre les administrations?

• (1305)

Geoffrey Barnum: C'est une excellente question.

L'un des défis auxquels nous faisons face à l'AFMC et au RCEP, c'est que nos données proviennent directement des facultés de médecine elles-mêmes. À moins qu'un médecin, en particulier un mé-

decin formé à l'étranger, ait des contacts quelconques avec notre faculté de médecine, nous ne savons tout simplement pas qu'il existe. Obtenir des données sur le nombre de médecins qui viennent au Canada et qui sont peut-être formés à l'extérieur du pays serait absolument extraordinaire pour répondre à nos besoins.

Je ne suis pas certain de la façon dont nous obtiendrions ces données, en soi, mais il faudrait une sorte de lien entre nous et le ministère de l'Immigration. Nous n'avons même pas besoin de savoir qui ils sont, nécessairement. Nous devons simplement savoir combien ils sont et dans quel domaine de la médecine ils sont spécialisés. Est-ce la médecine familiale? La chirurgie? La psychiatrie?

Est-ce que cela répond à votre question?

Sonia Sidhu: Oui.

Dans un groupe de témoins précédent, on se demandait combien d'autres administrations tiennent un registre. Nous savons tous qu'il y a une lacune. Quels changements recommanderiez-vous pour aider les diplômés canadiens en médecine formés aux États-Unis, ou à Sydney, comme nous l'avons entendu, ou dans tout autre pays, à rentrer au pays? Ils sont canadiens, mais ils sont allés étudier à l'étranger. Tout en maintenant des normes professionnelles élevées, que peut-on faire? Comment pouvons-nous combler cette lacune?

Geoffrey Barnum: Cela ne relève pas de mon domaine d'expertise en tant que gestionnaire principal des données. En réfléchissant à ce que je vois dans les données, je suggérerais une sorte de système... Je suis désolé. C'est vraiment en dehors de mon domaine d'expertise.

Sonia Sidhu: Pourriez-vous répondre, madame Slawecki?

Eva Slawecki: Je suis désolée. Je vais vous demander de répéter la question, s'il vous plaît.

Sonia Sidhu: C'est une compétence partagée. Quelles mesures peut-on prendre pour qu'un plus grand nombre de médecins formés à l'étranger et d'étudiants étrangers puissent facilement venir au pays?

Eva Slawecki: Je ne suis pas sûre que le problème soit de les faire venir ici et ce que nous devons faire de plus pour cela. Je pense que le problème, c'est qu'il y a déjà des gens au pays qui ont besoin d'un soutien suffisant, et comme ils ne l'ont pas reçu depuis qu'ils sont arrivés et qu'ils ont commencé à exercer, nous constatons ces lacunes.

Il y a beaucoup à faire avant l'immigration pour informer les gens de certains des défis à relever, des obstacles à franchir et des processus à entreprendre. Ce serait extrêmement utile.

Sonia Sidhu: Merci.

Docteur Anand, vous avez parlé de périodes d'attente plus longues et d'un décalage dans la capacité du système. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet? Que peut-on faire?

Arun Anand: Cela rejoint peut-être votre dernière question. Il y a plusieurs volets.

Premièrement, pour ce qui est de la planification dans les universités des places où faire sa résidence, nous formons des chirurgiens orthopédistes, mais ils ne peuvent pas obtenir d'emploi par la suite. Dans le cadre de notre propre gestion des médecins formés au Canada, il faudrait mieux planifier la répartition des ressources humaines, plutôt que de prévoir des places où faire sa résidence simplement pour appuyer les grands établissements d'enseignement.

Deuxièmement, il faut prévoir un processus d'évaluation de la capacité à exercer pour les médecins canadiens qui ont été formés à l'étranger afin qu'ils puissent revenir et s'intégrer au système selon une approche simplifiée et uniforme dans toutes les provinces. Ce serait probablement avantageux.

Troisièmement, nous pourrions faire appel à des médecins formés à l'étranger, des citoyens non canadiens formés à l'étranger, dans le cadre d'un programme d'assistant ou d'associé clinique afin qu'ils puissent être supervisés indirectement, travailler avec des médecins formés au Canada et obtenir une formation supplémentaire. Il s'agirait en quelque sorte d'un complément à la formation. Ces médecins subiraient ensuite une évaluation de la capacité à exercer ou un autre programme officiel dans le cadre duquel on leur donnerait une autorisation, puis ils pourraient venir en aide aux collectivités mal desservies et rurales.

Une approche à plusieurs volets est probablement la façon de résoudre un problème complexe.

• (1310)

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Thériault pour six minutes.

[Français]

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Tout d'abord, j'aimerais dire que je suis désolé que le Dr Anand ait connu des problèmes techniques tout à l'heure.

Madame Slawewski, à la dernière réunion, nous avons reçu la Dre Bichay, qui nous a parlé assez éloquemment de tous les problèmes qu'elle a rencontrés en tant que professionnelle de la santé formée à l'étranger.

Le Comité va devoir évaluer l'efficacité des mesures existantes et faire des recommandations quant à ce qui devrait être fait et créé.

Le problème dont nous parlons aujourd'hui ne date pas d'hier. En effet, en 2009, le gouvernement fédéral a mis en place le Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger. Puis, en 2010, il a mis en place le Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers.

Êtes-vous au courant de ces programmes? Selon votre expérience sur le terrain, sont-ils efficaces ou pas?

Eva Slawewski: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Je ne connais pas vraiment ces programmes. Ils datent de plus de 15 ans. Je ne suis pas certaine du succès ou des résultats de ces programmes.

Ce que je sais, c'est qu'il y a des façons de faciliter l'accès à la pratique. Nous avons entendu beaucoup de solutions concernant les normes nationales. Il serait vraiment utile d'être clair à ce sujet, parce que je ne sais pas si les gens sont au courant des différences entre les provinces lorsqu'ils immigreront. Un programme national serait certainement extrêmement utile pour simplifier de nombreux processus.

[Français]

Luc Thériault: Je reviendrai sur la question de l'opportunité des normes nationales.

Saviez-vous que le budget de 2022 prévoyait 115 millions de dollars sur cinq ans pour l'expansion du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers? Selon le gouvernement, ça devait permettre d'aider 11 000 professionnels de la santé formés à l'étranger à faire reconnaître leurs titres de compétences au Canada.

[Traduction]

Eva Slawewski: Oui, je connais ce programme.

[Français]

Luc Thériault: D'accord.

Ces 23 millions de dollars par année sur cinq ans se sont-ils rendus jusque sur le terrain et ont-ils permis d'améliorer la situation?

[Traduction]

Eva Slawewski: Je pense que c'est un bon début. Il reste encore beaucoup à faire. Je ne peux pas parler de l'efficacité de cet investissement.

[Français]

Luc Thériault: Des témoins nous ont dit qu'il fallait un investissement à cet égard. D'ailleurs, le gouvernement en a prévu un.

Que faudrait-il pour mesurer l'efficacité de cet investissement et s'assurer que l'argent est bien utilisé pour diminuer les problèmes ou les obstacles?

[Traduction]

Eva Slawewski: Il faut faire beaucoup plus de recherche, avec beaucoup plus d'études et une meilleure collecte des données. Nous savons qu'il y a beaucoup de lacunes dans les données et qu'il y a beaucoup de nuances à rechercher dans les types de données recueillies.

Pour ce qui est du rendement de l'investissement, je pense qu'il faut également en tenir compte. Encore une fois, il reste beaucoup de travail à faire pour comprendre où va l'argent et comment il est dépensé.

[Français]

Luc Thériault: Vous avez parlé de l'opportunité de mettre en place des normes nationales. Avez-vous répertorié les différences, au Québec et dans les autres provinces, sur le plan des normes?

• (1315)

[Traduction]

La présidente: Il vous reste une minute.

[Français]

Luc Thériault: Si oui, pourriez-vous fournir un tel document au Comité? Ça nous aiderait à comprendre les différences d'un territoire ou d'une province à l'autre.

[Traduction]

Eva Slawewski: Nous pouvons certainement soumettre un autre document pour répondre à certaines de ces questions au sujet des différences dans le permis d'exercer. Je pense que des organisations comme le CMC et d'autres institutions seraient peut-être mieux placées, mais je serais heureuse de collaborer avec d'autres pour recueillir cette information à votre intention.

La présidente: Il vous reste 23 secondes.

[Français]

Avez-vous terminé, monsieur Thériault?

Luc Thériault: Ah, ai-je encore du temps de parole, madame la présidente?

[Traduction]

La présidente: Non, il ne vous reste que 11 secondes maintenant. J'avais annoncé qu'il vous restait 23 secondes.

[Français]

Luc Thériault: D'accord.

Madame Slawecki, avez-vous une idée du genre de normes nationales qui devraient être instaurées?

[Traduction]

Eva Slawecki: Essentiellement, la norme la plus importante concernerait les évaluations de la capacité à exercer pour veiller à ce qu'il y ait une base commune d'évaluation des compétences des professionnels de la santé et pour assurer l'uniformité à l'échelle du pays. Ensuite, si un professionnel réussit une évaluation de la capacité à exercer dans une province, elle est applicable dans d'autres. C'est en grande partie une question d'uniformité à l'échelle du pays.

La présidente: Merci.

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

Nous allons commencer par M. Mazier, du Parti conservateur. Vous avez cinq minutes.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

Monsieur Barnum, combien de stagiaires détenteurs d'un visa étaient au Canada pour suivre une formation médicale en 2024?

Geoffrey Barnum: J'ai apporté des tableaux.

Dan Mazier: J'ai l'information ici pour vous. Jetons-y un coup d'œil.

Geoffrey Barnum: Un instant, s'il vous plaît.

Dan Mazier: Je perds un temps précieux, alors selon le « Rapport de la base de données nationale sur les DIM », il y avait 3 458 personnes en formation médicale au Canada en 2024.

Est-ce exact?

Geoffrey Barnum: Oui.

Dan Mazier: Combien de stagiaires détenteurs d'un visa étaient au Canada pour suivre une formation médicale en 2015?

Avez-vous ce chiffre sous la main?

Geoffrey Barnum: Non, je ne l'ai pas.

Dan Mazier: Si vous pouviez nous le fournir, ce serait formidable.

Geoffrey Barnum: Avec plaisir.

Dan Mazier: Merci.

La grande majorité des stagiaires munis d'un visa doivent retourner dans leur pays d'origine après avoir terminé leur formation médicale au Canada.

Est-ce exact?

Geoffrey Barnum: Oui.

Dan Mazier: Nous avons appris que le gouvernement de l'Arabie saoudite finance des stagiaires détenteurs d'un visa pour qu'ils suivent une formation médicale au Canada.

Combien de ces stagiaires financés par l'Arabie saoudite étaient au Canada pour suivre une formation médicale en 2024?

Geoffrey Barnum: Je crois qu'il y en avait 700 ou 800.

Dan Mazier: Selon le Rapport sur la base de données nationale des DIM, il y a eu au Canada 1 117 stagiaires en formation médicale en provenance d'Arabie saoudite en 2024.

Geoffrey Barnum: C'est exact.

Dan Mazier: Merci.

Docteur Anand, le Programme fédéral de santé intérimaire est administré par le ministère de l'Immigration fédéral pour les personnes qui ne sont pas admissibles à l'assurance-maladie provinciale. Il couvre les demandeurs d'asile, même si leurs demandes se révèlent par la suite être frauduleuses. Selon le gouvernement, ce programme a coûté 800 millions de dollars l'an dernier, contre 66 millions de dollars en 2017.

Avez-vous une idée de la raison pour laquelle le coût de ce programme a explosé?

Arun Anand: Il est probable que plusieurs facteurs entrent en compte.

Premièrement, il y a probablement plus de gens qui participent à ces programmes. Deuxièmement, comme il s'agit de services non assurés et qu'il y a moins de redditions de comptes, les médecins sont plus incisés dans leurs pratiques de facturation. Ils majorent les prix de ces programmes et services.

Je crois que c'est un programme inefficace qui constitue une mauvaise utilisation des ressources.

Dan Mazier: Docteur Anand, les médecins majorent-ils les prix des services facturés au Programme fédéral de santé intérimaire comparativement aux taux provinciaux standards facturés aux patients canadiens?

• (1320)

Arun Anand: Oui.

Dan Mazier: Monsieur Barnum, nous avons eu quelques problèmes techniques tout à l'heure, je vais donc vous reposer ma première question.

Combien de stagiaires détenteurs d'un visa étaient au Canada pour suivre une formation médicale en 2024?

Geoffrey Barnum: Ils étaient 3 487 en tout, dont 3 458 étaient des diplômés internationaux en médecine; 29 diplômés canadiens en médecine étaient des stagiaires munis d'un visa. Il s'agissait de personnes qui sont venues au Canada pour obtenir leur doctorat en médecine et qui ont poursuivi leur résidence.

Dan Mazier: Madame Slawecki, on dénombre au Canada plus de 13 000 médecins formés à l'étranger qui ne travaillent pas comme médecins. Le gouvernement ne cesse de dire que nous avons besoin d'un plus grand nombre d'immigrants pour régler notre problème de santé, mais il a laissé tomber les médecins immigrants qui sont déjà au Canada.

Croyez-vous que le gouvernement devrait d'abord s'attacher à délivrer des permis aux médecins immigrants qui sont déjà au Canada...

La présidente: Il vous reste une minute.

Dan Mazier: ...avant d'ajouter des gens à un système brisé?

Eva Slaweck: Il faut aider davantage les médecins qui sont déjà ici.

Dan Mazier: Avez-vous des idées à ce sujet?

Eva Slaweck: Nous avons déjà parlé des évaluations de préparation à la pratique et des places en résidence, etc., alors oui, ce sont de bonnes idées.

Dan Mazier: Le gouvernement fédéral vous a-t-il déjà posé cette question sur la façon de réparer le système?

La présidente: Il vous reste 30 secondes.

Eva Slaweck: Non.

Dan Mazier: Merci.

C'est tout.

La présidente: Merci.

Nous allons maintenant entendre M. Powlowski, pour le Parti libéral, pour cinq minutes.

Marcus Powlowski: Un millier de médecins saoudiens travaillent quelque part et je ne sais pas s'ils savent à quel point ils sont dénigrés aujourd'hui dans ce témoignage. On a laissé entendre, ou lancé l'accusation qu'ils occupent des postes de résidents canadiens.

Je ne sais pas si c'est vrai. Le fait que nous les accueillions... D'accord, les Saoudiens paient leur salaire, n'est-ce pas? N'est-ce pas le cas des Saoudiens? Est-ce que nous faisons aussi un profit?

À mon avis, si nous accueillons des Saoudiens, et que les facultés de médecine ont des coûts, et si elles touchent un revenu parce qu'elles forment des Saoudiens, cela pourrait être vraiment souhaitable, non?

Geoffrey Barnum: Ce serait exact, oui.

N'oubliez pas qu'ils fournissent des soins aux Canadiens dans le cadre de cette formation.

Marcus Powlowski: Je sais. Ils sont de la main-d'œuvre gratuite pour nous. Ils prennent soin de Canadiens, et le gouvernement saoudien paie.

Premièrement, je ne pense pas que ce soit un mauvais marché. Deuxièmement, combien gagnons-nous par habitant en plus du simple fait de payer leur salaire, par exemple, par résident ou par boursier?

Geoffrey Barnum: Je n'ai pas de chiffre exact, mais je sais que le Collège royal a indiqué récemment qu'il en coûte environ 125 000 dollars par année pour former un boursier ou un résident.

Marcus Powlowski: Disons que vous êtes un boursier en transplantation du pancréas ou du foie et que vous êtes dans un programme d'un an ou de deux ans. Si nous inscrivons des Canadiens à ce programme... Combien de personnes faut-il transplanter un foie et un pancréas?

Les Saoudiens travaillent pour nous gratuitement. J'aurais cru que les chirurgiens dans ces disciplines seraient heureux d'obtenir de l'aide. N'est-ce pas le cas? Je me demande simplement comment nous justifions le fait d'autoriser les Saoudiens à occuper des postes de boursiers ici.

Geoffrey Barnum: Je ne suis que le spécialiste des données. Je ne peux pas parler des raisons du corps professoral. Ce n'est pas mon...

Marcus Powlowski: J'imagine que je l'ai déjà fait.

Madame Slaweck, vous avez évoqué les difficultés que les diplômés étrangers éprouvent pour s'y retrouver dans le processus complexe de délivrance des permis. Je comprends tout à fait. J'ai quelques amis originaires d'un pays que je ne nommerai pas où il y a une guerre chronique. Des professionnels de la santé aimeraient venir au Canada. Ils se renseignent sur la marche à suivre et les exigences réglementaires. C'est tellement frustrant. Ils doivent s'adresser au Collège royal, puis à chacune des provinces. Même pour moi, qui exerce cette profession et qui possède aussi une formation en droit, c'est très long et frustrant.

Vous avez mentionné les compressions effectuées par IRCC dans les programmes existants. Notre gouvernement a-t-il déjà fourni de l'information, peut-être en ligne, pour aider les diplômés étrangers à s'y retrouver dans le système?

Eva Slaweck: Oui. N4 est un exemple d'organisation qui a perdu du financement d'IRCC. Il s'agit du Réseau national de navigation pour les nouveaux arrivants.

• (1325)

Marcus Powlowski: Je suis désolé. Quel est son nom?

Eva Slaweck: N4. Il a cessé ses activités parce qu'il a perdu son financement. Il faisait un excellent travail sur les voies de navigation et l'aide aux nouveaux arrivants, y compris les PSFE. Notre initiative collaborait avec ce réseau et nous essayons de récupérer certains de ces éléments pour faciliter la navigation.

La navigation est un énorme problème. Vous avez parlé de la complexité...

Marcus Powlowski: Pensez-vous que le gouvernement fédéral aurait un rôle à jouer en créant un site pour aider les gens à s'y retrouver?

Comme vous l'avez dit, on trouve plusieurs sites en ligne. On ne sait pas s'ils sont fiables. Certains sont obsolètes. S'il devait y avoir un site destiné à aider les gens — je pense à celui qui permettrait d'optimiser les fonds fédéraux —, le gouvernement fédéral devrait peut-être investir des ressources pour le créer afin d'aider les gens à s'y retrouver dans le système.

Eva Slaweck: Tout à fait. Nous avons besoin d'un tel site. Je ne sais pas s'il doit être créé par le gouvernement fédéral ou par des organismes à but non lucratif, qui ont tendance à être un peu plus agiles, mais il faut certainement améliorer la navigation dans le système.

La présidente: Il vous reste 29 secondes

Marcus Powlowski: Je vais céder mon temps de parole, car je sais que mon collègue doit s'absenter.

La présidente: Très bien. C'est tout.

Nous allons passer à M. Thériault pour deux minutes et demie.

[Français]

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Tout à l'heure, j'ai posé une question au Dr Naik concernant l'Organisation mondiale de la santé et la préoccupation de voir certains pays déshabiller Paul pour habiller Pierre, comme on dit. Je parle ici de ce qu'on appelle les ententes pour un recrutement éthique.

J'aimerais savoir ce que vous en pensez, compte tenu du fait que le Canada est largement au-dessus de la moyenne mondiale en ce qui concerne la participation des professionnels de la santé formés à l'étranger. On parle de six points de pourcentage de plus, selon les chiffres de 2021.

[Traduction]

Eva Slaweki: Je suis désolée. Le son n'était pas très bon, alors j'ai peut-être manqué une partie de la question.

C'est très vrai. Nous devons tenir compte du recrutement éthique de professionnels de la santé. Nous ne voulons pas contribuer à l'exode des cerveaux dans les pays qui n'ont pas les moyens de perdre leurs professionnels de la santé. Le recrutement a tendance à se faire dans les pays qui forment des professionnels de la santé pour travailler à l'étranger. Je sais que cela se fait.

Dépassons-nous les chiffres réels ou non? Je ne peux pas vraiment me prononcer, mais les gens devraient être autorisés à se déplacer pour leur emploi et à migrer si nécessaire. Cette liberté, le droit de se déplacer et de déménager, est très importante.

[Français]

Luc Thériault: Combien de temps de parole me reste-t-il, madame la présidente?

Une voix: [Inaudible]

[Traduction]

La présidente: Veuillez m'excuser, la réunion est en cours. Si vous voulez que je suspende la séance, je le ferai.

Une voix: Non.

La présidente: Très bien. L'affaire est réglée.

[Français]

Luc Thériault: Je vais continuer, madame la présidente.

Madame Slaweki, la question de la mobilité de la main-d'œuvre a été soulevée. N'y a-t-il pas une solution de ce côté? Compte tenu du fait que la main-d'œuvre est de compétence provinciale, le fédéral n'a pas commenté la situation actuelle au Québec, pour la simple et bonne raison que ce n'est pas de ses affaires.

[Traduction]

La présidente: Nous avons dépassé le temps imparti de 30 secondes.

[Français]

Luc Thériault: La mobilité de la main-d'œuvre n'est-elle pas un élément important à considérer pour résoudre le problème?

[Traduction]

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Strauss, du Parti conservateur, pour cinq minutes.

Matt Strauss: Merci, madame la présidente.

Monsieur Barnum, je vous remercie d'être ici. Vous vous occupez du Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. Vous avez ce rapport fantastique et compilé beaucoup de données sur les catégories de médecins formés au Canada.

D'après ces données, je pense que nous pouvons faire une analyse assez précise de ce à quoi ressemblera le personnel de santé au

Canada, du moins en ce qui concerne les médecins. C'est un rapport formidable qui renferme des données formidables.

Je suis curieux. Lorsque le ministère de l'Immigration a décidé d'accueillir environ un million de nouveaux arrivants au Canada cette année, a-t-il consulté votre bureau? Ont-ils lu ce rapport? Vous a-t-on posé des questions à ce sujet?

● (1330)

Geoffrey Barnum: Pas que je sache.

Matt Strauss: Cela me semble vraiment regrettable.

En parcourant le rapport, mon attention a été attirée par le tableau B5i, qui concerne les stagiaires titulaires d'un visa au Canada. Je remarque notamment que l'anesthésie est la discipline qui compte le plus grand nombre de stagiaires titulaires d'un visa au Canada. Je remarque également que ce nombre augmente rapidement. Votre bureau a-t-il une idée ou une opinion sur les raisons de cette augmentation? Le nombre d'anesthésistes en formation est passé de 113 en 2020 à 185 en 2024.

Geoffrey Barnum: Je pense que nous avons effectivement examiné ce chiffre à un moment donné, simplement parce que, comme vous le soulignez, c'est un peu une anomalie dans les données, ce qui m'a alerté et m'a poussé à vérifier que les données étaient correctement rapportées. L'augmentation est surtout liée aux bourses de recherche clinique. Il s'agit de bourses de courte durée. Je me souviens avoir vérifié les données relatives aux résidences. Ne me citez pas sur ce chiffre, mais je pense que seulement huit d'entre eux occupent effectivement un poste de résident.

Matt Strauss: Je vois.

De même, en psychiatrie, les postes de stagiaires titulaires d'un visa ont doublé au cours de la même période. C'est à la page suivante, environ sept lignes plus bas.

Geoffrey Barnum: Oui. Il est passé de 32 en 2020 à 67 en 2024.

Matt Strauss: J'attire l'attention du Comité sur ce point. De même, les totaux globaux ont considérablement augmenté, soit de 50 % au cours des cinq dernières années.

À la fin du rapport, la section C traite des DIM au Canada, mais les tableaux qui s'y trouvent excluent les stagiaires munis d'un visa. D'après le rapport, nous ne savons pas si ces stagiaires munis d'un visa restent au Canada. Est-ce parce qu'ils ne restent pas? En règle générale, les stagiaires munis d'un visa retournent-ils dans leur pays d'origine?

Geoffrey Barnum: Selon la loi, oui, ils devraient retourner dans leur pays d'origine après leur formation.

J'ai mené une étude avec la Dre Maria Mathews, je crois, dans le cadre de laquelle nous avons essayé de retrouver certains de ces stagiaires munis d'un visa quelques années plus tard. Nous n'avons pu retrouver qu'un très faible pourcentage d'entre eux, qui avaient suivi le processus d'immigration légal pour revenir au Canada et exercer la médecine.

Matt Strauss: Je vois.

Étant donné que l'anesthésie occupe une place si importante, j'aimerais poser au Dr Anand d'autres questions au sujet des stagiaires munis d'un visa et de l'anesthésie, puisqu'il est un expert en la matière et qu'il est présent.

J'ai une anecdote. J'ai fait un stage en soins intensifs avec un Égyptien qui était anesthésiste. Il est venu ici pour se spécialiser en anesthésiologie cardiaque. Il était tellement apprécié à l'Université Western qu'on lui a demandé de rester, mais à condition qu'il refasse toute sa formation, qu'il reprenne le programme PGY-1 en anesthésie.

Avez-vous des commentaires à ce sujet? Cela m'a semblé fou. Franchement, j'ai eu l'impression qu'on profitait de lui.

Arun Anand: Était-ce Ashraf Fayad?

Matt Strauss: Non. C'était Ahmed Hegazy. Il est maintenant professeur à l'Université Western. C'est un homme fantastique.

Arun Anand: Oui, et vous savez, je trouve cela un peu ridicule. Voici ce que j'ai vécu à Ottawa: des gens formés à l'étranger venaient se spécialiser pendant un an. Ils étaient phénoménaux et ont suivi une voie différente pour obtenir leur permis d'exercice en Ontario. L'Université d'Ottawa a dû déclarer qu'elle avait un besoin particulier de médecins, qu'elle voulait embaucher des diplômés canadiens dans son département et elle a dû présenter des arguments pour pouvoir embaucher ces gens exceptionnels. Ensuite, ils sont venus et sont devenus des professeurs et des enseignants, et certains d'entre eux sont devenus mes mentors.

La présidente: Il vous reste une minute.

Arun Anand: Ils sont excellents, mais ensuite ils sont restreints à l'hôpital ou au programme dans lequel ils travaillent. Ils n'ont aucune mobilité.

Même aujourd'hui, certains de mes mentors que j'essaie d'attirer en Alberta, même s'ils exercent en Ontario depuis une vingtaine d'années, ont du mal à obtenir leur permis d'exercice dans cette province. Je les recrute pour participer à certaines initiatives, et il y a un gel et des obstacles avec le collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta.

Matt Strauss: Dans le peu de temps qu'il me reste, parlons des 185 étudiants munis d'un visa qui suivent une formation en anesthésiologie et qui retournent ensuite dans leur pays d'origine, comme la loi l'exige.

Selon vous, quelle est l'ampleur de la pénurie d'anesthésiologistes au Canada à l'heure actuelle et dans quelle mesure 185 stagiaires supplémentaires pourraient-ils contribuer à améliorer la situation sur le plan qualitatif?

Arun Anand: Je pense que les 185 stagiaires seraient très utiles. Je sais que la pénurie mondiale d'anesthésiologistes perdure. Je pense que nous devons être novateurs dans certaines de nos approches, que nous utilisions l'assistance clinique, les équipes de soins anesthésiques ou différents modèles pour améliorer la prestation des soins de façon novatrice et améliorer notre formation et notre production de professionnels qualifiés.

• (1335)

La présidente: Merci beaucoup.

Je vais maintenant donner la parole au dernier intervenant, pour le Parti libéral.

Monsieur Eyolfson, vous disposez de cinq minutes.

Doug Eyolfson: Merci, madame la présidente.

Docteur Anand, j'écoute les commentaires de M. Bailey sur l'obligation de demander et de payer un permis dans chaque province si vous voulez le faire. Je suis tout à fait d'accord. J'ai déjà eu un permis de l'Ontario. Je faisais des remplacements à Toronto. Tout

d'abord, juste pour obtenir ce deuxième permis, j'ai dû surmonter beaucoup d'obstacles. Ensuite, j'ai dû payer les droits de permis. Quand je ne travaillais pas, je n'avais pas le droit de le suspendre, je devais carrément l'annuler. Si je voulais retourner travailler, je devais revenir à la case départ. Je suis d'accord avec M. Bailey. C'est un processus absolument absurde.

Au fil des ans, le gouvernement fédéral a essayé d'établir un permis pancanadien. Nous obtenons toujours la même réponse. Les provinces protestent en disant qu'il s'agit d'une compétence provinciale et que le gouvernement fédéral se mêle de ses affaires.

Est-ce que vos collègues devraient plaider massivement auprès de vos autorités provinciales pour dire que vous en avez besoin pour améliorer l'accès aux soins de santé au Canada?

Arun Anand: Il y a des distinctions entre les compétences fédérales et provinciales, probablement pour une bonne raison. Ce n'est pas vraiment de mon ressort, mais je suis convaincu que les collègues peuvent tous communiquer, coordonner et créer des processus et des ententes entre eux, comme c'est le cas dans la région de l'Atlantique, afin que nous puissions utiliser notre main-d'œuvre plus efficacement.

Doug Eyolfson: Tout à fait. Je suis d'accord là-dessus également. Je trouve que la frustration... Du côté du gouvernement fédéral, j'aimerais beaucoup que cela se fasse, mais les provinces nous répètent que ce n'est pas de nos affaires.

Je conviens que nous devons le faire. Nous devons discuter avec nos homologues provinciaux comme ils l'ont fait dans le Canada atlantique. L'obtention du permis d'exercice est désormais abordable dans les provinces de l'Atlantique. Je plaiderais certainement pour la mise en place d'un système similaire dans tout le Canada par nos collègues.

Pour ce qui est de la formation médicale, nous en avons parlé. J'en ai parlé au tour précédent. Des changements ont été apportés à la formation médicale au début des années 1990. J'ai obtenu mon diplôme de médecine en 1993, année où ces changements ont été apportés. Il y a eu la possibilité pour l'exercice de la médecine générale, le permis d'exercice des médecins généralistes... On faisait un stage d'une année. Certains ont préconisé de prolonger cette période à deux ans, ce que beaucoup ont approuvé. Puis, ils ont changé d'avis et déclaré que la notion de médecin généraliste n'existait pas. Auparavant, les personnes qui n'étaient pas jumelées à une résidence pouvaient travailler comme médecins généralistes pendant quelques années, puis retourner à l'anesthésie, à la chirurgie ou à d'autres disciplines similaires. D'autres personnes aimaient tellement leur pratique qu'elles décidaient d'y rester.

Pensez-vous qu'au sein de la profession médicale, il y aurait une possibilité ou un désir de rétablir ce genre de système où il y a ce qu'on appelle une troisième voie vers le permis d'exercice?

Arun Anand: J'ai obtenu mon diplôme de médecine en 2012 et j'ai terminé ma résidence en 2017. J'avais entendu parler de ces programmes, surtout dans le contexte des unités de soins intensifs et d'autres choses du genre dans le cadre du programme de résidence. Je pense que les stagiaires accueillent favorablement ces possibilités; cependant, dans le contexte actuel, c'est-à-dire la possibilité pour un médecin généraliste de suivre une formation supplémentaire pour devenir anesthésiste généraliste ou obstétricien généraliste et ainsi de suite, je crois qu'il y a des limites à cela. En Alberta, j'ai constaté que de nombreux médecins généralistes sont devenus anesthésistes généralistes, ce qui a fait en sorte que des collectivités ont perdu leurs médecins généralistes.

Je préconiserais davantage des modèles de prestation de soins novateurs où vous auriez des équipes de soins anesthésiques, par exemple, et des assistants en anesthésie et un anesthésiste qui s'occuperaient de deux salles, par exemple. C'est une façon plus efficace que de sortir un médecin généraliste d'une collectivité pour qu'il devienne obstétricien ou anesthésiste dans une collectivité rurale.

Je pense qu'ils peuvent aussi offrir des services supplémentaires et compléter le système, mais il n'est pas très logique de déshabiller Pierre pour habiller Paul.

• (1340)

La présidente: Merci beaucoup.

Voilà qui met fin à cette série de questions et à cette réunion.

Je suis désolée pour les problèmes d'interprétation. Encore une fois, c'est la technologie.

Mesdames et messieurs les témoins, je tiens à vous remercier d'être venus, de nous avoir accordé votre temps et de nous avoir aidés à mieux comprendre cet enjeu.

Merci beaucoup.

Dan Mazier: J'invoque le Règlement, madame la présidente. J'ai quelques questions d'ordre administratif.

En préparant notre rapport supplémentaire pour l'étude sur la santé des femmes, nous avons besoin...

La présidente: Excusez-moi, monsieur Mazier. Puis-je libérer les témoins?

Dan Mazier: Vous pouvez libérer les témoins, mais ne levez pas la séance.

La présidente: Merci.

Les témoins peuvent partir.

Je ne lève pas la séance, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Vous aviez le marteau à la main.

La présidente: J'avais le marteau à la main pour qu'ils prêtent attention à ce que je leur disais, à savoir qu'ils pouvaient partir. C'est tout.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

Pour revenir à l'étude sur la santé des femmes, nous demandons le consentement unanime du Comité pour que les analystes et la greffière produisent la liste des témoins.

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

Je vois qu'il y a consensus.

Dan Mazier: Il y a un problème. Étant donné que c'était au cours de la dernière législature, ils ne peuvent pas la divulguer à moins que le Comité le demande. C'est pourquoi nous demandons le consentement unanime.

La présidente: Oui, et il y avait consensus, merci. Personne n'a dit non.

Dan Mazier: Est-ce que cela vous convient, madame la greffière?

La présidente: Nous veillerons à ce que la liste soit disponible.

Je vous remercie.

Dan Mazier: Dans un autre rappel au Règlement, en ce qui concerne la réunion avec les ministres la semaine prochaine, les deux ministres comparaitront pendant deux heures à la même réunion. Est-ce exact?

La présidente: C'est ce que je comprends. Nous recevons les deux ministres.

Dan Mazier: Dans ce cas, pourrions-nous prévoir une autre réunion réservée aux fonctionnaires?

La présidente: Encore une fois, vous allez devoir demander le consensus du Comité à ce sujet.

Maggie Chi: Monsieur Mazier, pour clarifier les choses, je pensais que les fonctionnaires accompagneraient les ministres.

La présidente: Les fonctionnaires accompagnent les ministres.

Dan Mazier: Ils viennent, mais la motion initiale prévoyait une réunion d'une heure avec un ministre et une autre réunion de deux heures avec un autre ministre. Ils viendront ensemble, donc nous aurons une réunion de deux heures. C'est compris. Ensuite, nous aurons deux autres heures avec les fonctionnaires uniquement.

Maggie Chi: Voulez-vous proposer un amendement? Jusqu'à maintenant, je ne crois pas que la motion en parle.

Dan Mazier: Il s'agissait d'une réunion de deux heures avec un ministre et d'une autre réunion de deux heures avec un autre ministre.

Maggie Chi: Nous ne parlons pas d'une réunion distincte avec les fonctionnaires. Est-ce exact?

Dan Mazier: Les ministres ont dit qu'ils allaient venir ensemble, alors nous avons une réunion de deux heures avec deux ministres et une autre de deux heures avec les fonctionnaires uniquement.

Maggie Chi: C'est seulement avec les fonctionnaires.

Dan Mazier: Oui.

Maggie Chi: Sommes-nous en train de modifier la motion initiale?

La présidente: Il ne modifie pas la motion.

Ce qu'il dit, c'est que, puisqu'on a demandé aux ministres de venir à une réunion et qu'ils viendront ensemble...

Maggie Chi: Je veux simplement m'assurer que les fonctionnaires seront toujours là.

[Français]

Luc Thériault: J'invoque le Règlement, madame la présidente.

Quand tout le monde parle en même temps, les interprètes ne peuvent pas faire leur travail.

[Traduction]

La présidente: Je sais que cela arrive souvent. Continuez simplement à enterrer la présidente.

[Français]

Luc Thériault: Excusez-moi, madame la présidente.

Quand tout le monde parle en même temps, les interprètes ne peuvent pas faire leur travail correctement. J'aimerais qu'il y ait un minimum de décorum.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Thériault.

Monsieur Mazier, vous suggérez, si je comprends bien, que parce que les ministres viennent ensemble à une seule réunion, que la deuxième réunion, qui était réservée pour qu'un des ministres vienne avec les fonctionnaires, soit plutôt une réunion de deux heures.

Est-ce bien ce que vous proposez? Je veux m'assurer que le Comité sait ce qui est proposé avant de répondre par oui ou par non.

Dan Mazier: Madame la présidente, il s'agit de faire le ménage. Les ministres, on n'en parle plus... C'est la motion initiale, je suppose, qui demande...

La présidente: Nous comprenons la raison.

Puis-je avoir un aperçu du consensus général pour savoir si tout le monde est d'accord?

Ceux qui sont contre, levez la main.

Monsieur Thériault, voulez-vous vous exprimer sur le sujet?

[Français]

Luc Thériault: Je suis assez formel, madame la présidente. J'aime qu'on m'en parle avant de modifier les choses. Nous nous

étions entendus sur des heures différentes: nous devions recevoir un ministre par heure, et non deux ministres en même temps.

Ce qui pourrait arriver, c'est que, selon l'intérêt de mes collègues, on cible un ministre plutôt que l'autre. Ainsi, il y en aurait un qui parlerait beaucoup plus que l'autre. Ce que je veux, c'est plutôt que nous ayons au moins une heure pour poser des questions à chacun des ministres, afin de bien comprendre le problème. C'est le premier élément que je voulais soulever.

Le deuxième élément que je veux soulever est le suivant. Mon expérience au Comité permanent de la santé m'a démontré que nous perdons beaucoup de temps lorsque nous entendons des fonctionnaires, car ils maîtrisent l'art de ne pas répondre à nos questions. Si, en plus, les deux ministres témoignent en même temps que les fonctionnaires, la réunion sera incroyablement improductive. C'est la raison pour laquelle je préfère avoir un bloc de deux heures. C'est aux élus que nous voulons nous adresser. S'adresser aux fonctionnaires, c'est une perte de temps. Je m'excuse de le dire, mais c'est ce que je pense.

● (1345)

[Traduction]

La présidente: Je n'ai pas le consentement unanime pour modifier une motion qui a déjà été adoptée.

Sans plus tarder, je lève la séance.

Un député: Un instant. Mettez la question aux voix.

La présidente: Je pense qu'une personne dit non. J'ai demandé le consentement unanime pour modifier la motion et je ne l'ai pas obtenu.

Merci.

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>