



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

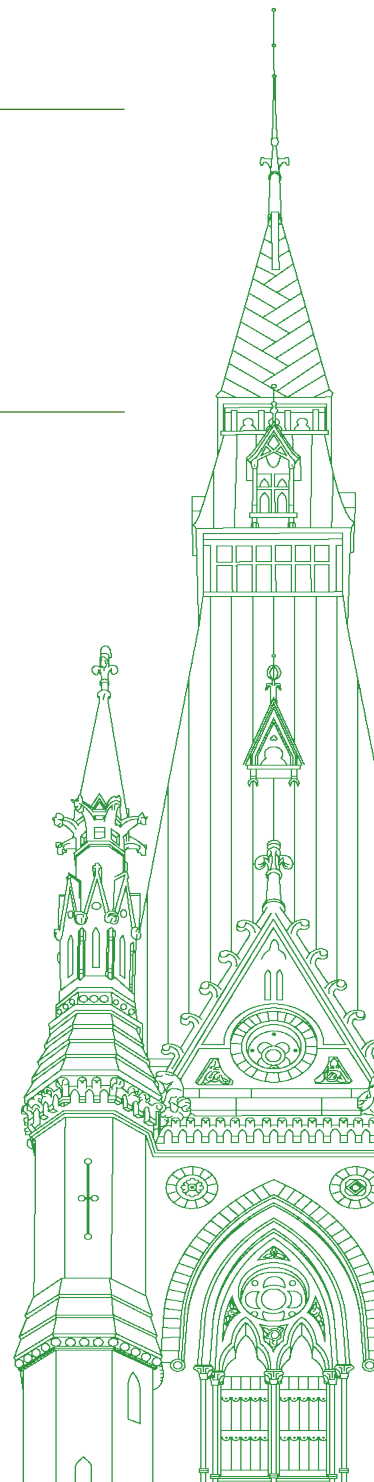
Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 009

Le jeudi 30 octobre 2025

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le jeudi 30 octobre 2025

• (1105)

[Traduction]

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

[Français]

Je vous souhaite la bienvenue à la neuvième réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

[Traduction]

Nous nous réunissons aujourd'hui sur le territoire non cédé des Algonquins anishinabeg.

La réunion se déroule sous forme hybride. Je rappelle les règles suivantes aux participants. Vous les connaissez déjà, mais je dois les lire pour le compte rendu.

Veuillez attendre que je vous donne la parole nommément avant de parler. À ceux qui participent par vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du micro pour l'activer et veuillez le désactiver quand vous ne parlez pas. Pour l'interprétation, vous avez le choix entre l'anglais, le français ou le parquét.

Tous les commentaires doivent être adressés à la présidence.

Aux députés qui sont présents ici même, veuillez lever la main pour demander la parole. La greffière et moi-même ferons de notre mieux pour vous voir et pour vous donner la parole dans l'ordre.

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

Bienvenue aux témoins. Nous accueillons aujourd'hui la Dre Pantea Barati, qui s'exprimera à titre personnel, et Valerie Grdisa, directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Nous allons commencer par la Dre Barati.

Les témoins disposent chacune de cinq minutes. Je vous ferai signe à une minute de la fin, puis à 30 secondes. Je vous prie de terminer votre discours dans ce délai de 30 secondes. Si vous n'arrivez pas à dire tout ce que vous vouliez, vous pourrez peut-être en parler pendant la période des questions. Merci.

Docteure Barati, vous avez cinq minutes pour votre exposé préliminaire. Veuillez commencer.

Pantea Barati (médecin, à titre personnel): Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de la santé, je suis heureuse d'avoir l'occasion de contribuer à cette importante discussion.

Je comparais devant vous non seulement comme médecin, mais aussi comme personne qui croyait profondément à la promesse du Canada que les compétences, le dévouement et la compassion trouveraient leur place ici. Mon but n'est pas de critiquer, mais de vous raconter ce que moi-même et beaucoup d'autres avons vécu, dans l'espoir que nos expériences puissent contribuer à façonner un système plus juste et plus cohérent, qui serve vraiment les patients et qui respecte les valeurs que défend ce pays.

Les programmes d'immigration du Canada recrutent activement des médecins et des infirmières, mais la formation en résidence — passerelle vers un exercice indépendant de la médecine — est largement inaccessible aux diplômés internationaux en médecine, les DIM. Selon une analyse récente, à peine 13,6 % des DIM qui immigreront au Canada sont autorisés à exercer leur profession, même si 84,7 % d'entre eux détenaient un permis indépendant avant d'arriver. On dénombrait environ 1 800 DIM en attente d'un stage en résidence en 2023, pour seulement 370 postes. Les provinces plafonnent la participation des DIM à environ 10 % des postes, ce qui signifie que les médecins qualifiés se disputent une fraction des places, tandis que de nombreux postes sont occupés par des stagiaires parrainés par un visa, qui sont financés par des gouvernements étrangers et qui, bien souvent, reviennent chez eux. Les cibles fédérales en matière d'immigration ont augmenté, mais les organismes provinciaux de réglementation professionnelle offrent trop peu de places en résidence et imposent des tests en double.

Ces restrictions vont à l'encontre de la promesse du système d'immigration des travailleurs qualifiés du Canada. Après des années d'attente, j'ai accepté un poste en psychiatrie au Royaume-Uni pour entretenir mes compétences. Mon épanouissement professionnel s'est payé très cher. J'ai laissé mon mari et ma communauté derrière moi. Des amis se sont installés au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis, où les voies d'intégration sont plus claires et plus équitables. Leur départ ne relève pas seulement de choix personnels, mais traduit aussi un exode de compétences qui auraient pu atténuer la crise des soins de santé au Canada.

En acceptant ce poste au pays de Galles, je n'ai pas seulement fait un choix de carrière, mais aussi ravivé les raisons pour lesquelles j'ai choisi la médecine. J'adore mon travail là-bas. Je suis traitée comme une professionnelle dont l'éducation et l'expérience comptent, et le système me permet d'utiliser toute la portée de ma formation. Le résultat est très gratifiant. Je vois les patients profiter directement de mes compétences et je me sens respectée par mes collègues, qui apprécient ce que j'apporte à l'équipe. Le sentiment d'accueil et d'appartenance contraste fortement avec l'incertitude à laquelle j'ai fait face au Canada et met en évidence ce qui est possible quand les politiques correspondent aux besoins.

Mon expérience et celle de milliers d'autres diplômés internationaux en médecine révèlent une contradiction flagrante. Le Canada nous invite à combler des lacunes critiques, mais nous empêche de le faire. Je ne demande pas de raccourci ni de traitement spécial; je demande l'équité, la cohérence et le respect. Quand reconnaîtra-t-on que ce sont la discrimination et une mauvaise planification plutôt que le climat ou la géographie qui éloignent les diplômés internationaux en médecine?

Si le Canada souhaite maintenir l'universalité des soins de santé et rester une destination pour les immigrants qualifiés, il doit harmoniser ses objectifs en matière d'immigration avec la planification de la main-d'œuvre, harmoniser les voies de délivrance de permis et éliminer les obstacles arbitraires. L'inaction n'est pas neutre; elle perpétue une crise qui nuit aux patients, gaspille les compétences et amoindrit la position du Canada. Le changement nécessitera une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux, les facultés de médecine, les organismes de réglementation et les organismes d'aide aux immigrants. Et il faut commencer par écouter ceux dont la vie est touchée par ces politiques.

Le temps des excuses est révolu. Le Canada a le choix: reconnaître honnêtement ses échecs et se montrer audacieux dans ses réformes ou continuer à voir ses médecins et sa réputation disparaître. Dans l'intérêt des DIM, des patients en attente de soins et d'un système de santé à la hauteur de nos idéaux, nous devons choisir le changement.

• (1110)

Derrière chaque politique, il y a des vies en suspens, des familles divisées et des patients qui attendent. Je ne suis pas en train de me plaindre, mais plutôt d'appeler à la cohérence pour harmoniser la compassion du Canada avec sa pratique. Le changement n'est pas seulement possible, mais nécessaire si nous voulons honorer la promesse que le Canada fait à ceux qu'il invite.

Ce fut un honneur de vous faire part de mon expérience. Merci de m'avoir écoutée.

La présidente: Merci beaucoup.

Passons à la prochaine intervenante.

Madame Grdisa, c'est à vous. Vous avez cinq minutes.

Valerie Grdisa (directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Bonjour, et merci, madame la présidente et distingués membres du Comité, de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui.

Je m'appelle Valerie Grdisa. Je suis la directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. J'exerce à titre d'infirmière autorisée et d'infirmière praticienne depuis plus de 34 ans dans deux provinces du Canada, et j'ai eu le privilège d'assumer la direction d'un organisme communautaire de soins de santé pendant la pandémie mondiale et d'intégrer des professionnels de la santé formés à l'étranger dans la main-d'œuvre. Nous nous ferons un plaisir de vous proposer des solutions éprouvées.

Avant d'aller plus loin, je précise que je vous parle depuis Toronto, sur le territoire visé par le Traité n° 13 signé avec les Mississaugas de Credit, qui est aussi le territoire traditionnel des Anishinabeg, des Chippewas, des Haudenosaunee et des Wendat et qui accueille de nombreux groupes autochtones, inuits et métis.

Les infirmières et infirmiers praticiens ont l'obligation de répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.

L'AIIC est la voix professionnelle nationale d'environ un demi-million d'infirmières et infirmiers au Canada et représente toutes les catégories réglementées de la profession. Depuis plus d'un siècle, l'Association est vouée à faire progresser la pratique des soins infirmiers, à façonner les politiques de santé et à améliorer la santé et le bien-être de la population au Canada et dans le monde. La profession infirmière est profondément engagée à faire en sorte que tout le monde au Canada ait un accès rapide et équitable aux soins. Cela comprend l'accès à des infirmières praticiennes, qui fournissent déjà des soins primaires complets à beaucoup de Canadiens et qui doivent faire partie de la solution pour combler les lacunes en matière d'accès.

La vision de l'Association à l'égard des politiques fédérales en matière de santé est décrite dans notre feuille de route stratégique pour 2025 et au-delà, intitulée « Bâtir un Canada en meilleure santé, propulsé par les soins infirmiers ». Cette feuille de route propose des solutions concrètes et fondées sur des données probantes pour consolider le système de santé du Canada, notamment en optimisant la main-d'œuvre infirmière afin que chaque infirmière, y compris les infirmières formées à l'étranger, puisse travailler dans toute la mesure de son champ d'exercice prévu par la loi; en élargissant les modèles de soins primaires fournis en équipe afin d'accroître l'accès; en renforçant les mesures de maintien en poste et de soutien au mieux-être des infirmières, y compris des infirmières formées à l'étranger; et en faisant la promotion d'un cadre pancanadien pour la réglementation harmonisée des soins infirmiers afin d'améliorer la mobilité de la main-d'œuvre entre les provinces et territoires.

La discussion d'aujourd'hui sur l'impact de la politique d'immigration sur les soins de santé tombe à point nommé, et elle est cruciale. Les infirmières formées à l'étranger enrichissent depuis longtemps le système de santé canadien. Dans les années 1960, des infirmières des Philippines ont été recrutées au moyen de programmes d'emploi direct, et elles pouvaient commencer à travailler dès le lendemain de leur arrivée. De nos jours, trop d'infirmières font face à des obstacles inutiles qui retardent ou empêchent leur pleine participation au marché du travail. La reconnaissance des titres de compétence reste parfois lente, incohérente et coûteuse. L'AIIC a demandé qu'on simplifie la méthode et qu'on la rende transparente et axée sur les compétences, en conjuguant rigueur et élimination des duplications inutiles.

Les infirmières formées à l'étranger viennent au Canada via divers programmes, dont l'entrée express, les programmes des candidats des provinces, les programmes des travailleurs étrangers temporaires et la réinstallation des réfugiés. Mais ces parcours sont complexes, exigent beaucoup de ressources et sont parfois difficiles à suivre. De nombreux infirmiers et infirmières empruntent d'autres voies, comme les programmes d'aides familiaux résidents, ce qui retarde encore plus leur entrée dans le milieu de la santé.

La reconnaissance des titres de compétences est tout aussi difficile. De multiples services d'évaluation et des listes d'équivalence incohérentes entre les pays créent des inégalités et des retards, mais il y a aussi de solides exemples d'innovation et de progrès au sein d'organismes de réglementation des soins infirmiers. En Nouvelle-Écosse, l'Office of Healthcare Professionals Recruitment est un modèle centralisé à guichet unique, tandis que des projets dirigés par des infirmières comme le CARE Centre pour les infirmières formées à l'étranger et le réseau universitaire de santé aident ces infirmières à réussir leur intégration.

Malgré cela, de nombreuses infirmières formées à l'étranger restent sous-employées ou perdent leurs compétences, ce qui retarde considérablement leur entrée sur le marché du travail. Des solutions existent, mais il y faut une coordination nationale.

• (1115)

Il faudrait une stratégie pancanadienne pour harmoniser le recrutement international éthique avec une intégration simplifiée, en réunissant les gouvernements, les organismes de réglementation, les éducateurs et les employeurs pour que chaque infirmière ou infirmier qualifié puisse contribuer pleinement au système de santé du Canada. C'est pourquoi l'AIIC recommande que le gouvernement fédéral mette sur pied un groupe de travail national sur les infirmières formées à l'étranger dans le cadre de la stratégie plus vaste des ressources humaines en santé. Ce groupe de travail serait chargé d'harmoniser la politique en matière d'immigration, le recrutement international éthique et la planification de la main-d'œuvre à partir d'un ensemble de données nationales sur les soins infirmiers pour comprendre la situation de l'offre et veiller à l'imputabilité depuis la période préalable à l'arrivée jusqu'à l'emploi.

En bref, l'Association envisage un avenir où chaque infirmière et infirmier praticien qualifié au Canada, formé ici et ailleurs, pourra contribuer pleinement à la santé de notre population.

Merci encore, madame la présidente et distingués membres du Comité. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions et de travailler avec vous pour trouver des solutions concrètes propres à consolider la main-d'œuvre infirmière et à améliorer l'accès aux soins pour tous.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux questions. Chaque segment dure six minutes en comptant les questions et les réponses. Merci.

Je vais commencer par les conservateurs.

Madame Konanz, vous avez six minutes.

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

Docteure Barati, j'ai quelques questions pour vous.

Merci beaucoup d'être venue nous voir aujourd'hui. Votre histoire est extrêmement préoccupante, et c'est la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui, en fait.

Tout récemment, un sujet a fait la manchette de *Global News*. C'était inquiétant. On y parlait du démantèlement des systèmes de soins de santé dans la région intérieure de la Colombie-Britannique en raison de démissions de médecins. Sept obstétriciens-gynécologues et quatre psychiatres ont récemment quitté l'Interior Health. Des régions comme ma circonscription manquent de médecins. Par ailleurs, l'unité pédiatrique de l'hôpital général de Kelowna a dû fer-

mer ses portes l'été dernier en raison d'une pénurie de médecins. Et pourtant quelqu'un comme vous — qui a immigré au Canada en raison de sa formation médicale et à qui on a dit qu'elle pourrait exercer ici et que le Canada avait besoin de médecins — n'a pas le droit d'exercer dans nos hôpitaux ou nos cliniques.

Quand vous avez appris que la formation en résidence dont vous aviez besoin pour exercer n'était pas vraiment accessible aux médecins comme vous, ainsi qu'on vous l'a dit, avez-vous eu l'impression qu'on vous tirait le tapis de sous les pieds, comme l'a déclaré un autre témoin?

Pantea Barati: Oui, tout à fait. C'est le même sentiment pour tout le monde. Nous sommes venus au Canada. Nous avons choisi le Canada en raison de ce que nous pensions de ce pays. D'autres pays offraient la même situation, les mêmes possibilités, mais nous avons choisi le Canada pour de nombreuses autres raisons. La première était l'ouverture et la vérité qui y baignaient, et nous en étions convaincus, mais, quand nous sommes arrivés, la réalité s'est révélée très différente.

Malheureusement, j'entends encore mes collègues du Royaume-Uni me dire qu'on leur a offert de venir exercer en Colombie-Britannique. Et pourtant, au Canada, des citoyens canadiens attendent d'avoir ce droit.

Helena Konanz: Je vous remercie de ces précisions.

Si j'ai bien compris, on vous a dit que vous pourriez très probablement exercer au Canada, et c'est pourquoi vous y êtes venue.

Pantea Barati: C'est bien cela, oui.

Helena Konanz: Avez-vous l'impression d'avoir été invitée sous de faux prétextes? Qu'en est-il selon vous?

Pantea Barati: C'est effectivement mon impression, et c'est la réalité à laquelle j'ai été confrontée comme beaucoup d'autres diplômés internationaux en médecine. La réalité est très différente de la politique ou de ce que disent les médias.

Helena Konanz: Je sais que vous en avez parlé dans votre exposé préliminaire, mais le Canada se forge-t-il une mauvaise réputation dans le monde en attirant des médecins formés comme vous et en ne leur permettant pas d'obtenir un poste de résident ou d'exercer? Nous continuons pourtant de les attirer.

Pantea Barati: Absolument, c'est un fait. Parmi les diplômés internationaux, ceux qui veulent s'installer au Canada sont aujourd'hui vivement découragés de le faire par leurs pairs en raison de cette réalité. Nous disons à nos amis et collègues qu'il est préférable de choisir un autre pays s'ils veulent exercer la médecine.

• (1120)

Helena Konanz: Voilà qui est extrêmement préoccupant, j'en suis sûre, pour toutes les personnes présentes dans cette salle aujourd'hui.

Devrait-on, d'après vous, réserver davantage de possibilités de formation aux diplômés internationaux en médecine qui ont l'intention d'exercer au Canada ou à des gens qui n'ont peut-être pas l'intention d'exercer au Canada? Par exemple, le gouvernement fédéral a approuvé le programme de visa pour les stagiaires, qui offre une formation à court terme aux médecins formés à l'étranger qui n'ont pas l'intention de rester au Canada ou qui n'ont même pas le droit d'y rester.

Pantea Barati: Je ne demande pas qu'on réserve plus de places aux DIM. Nous disons simplement que, s'il y a des places libres, il n'y aurait aucun mal à leur en offrir. Quelle est la raison et où est la logique d'offrir beaucoup de places à des personnes avec visa par-rainé alors que des résidents permanents et des citoyens canadiens attendent? Nous savons tous que ces médecins vont quitter le Canada. Ils ne resteront pas, c'est certain.

Helena Konanz: Justement, combien de médecins de votre connaissance avons-nous perdus au profit du Royaume-Uni, de l'Australie ou des États-Unis? Y en a-t-il trop pour faire un compte?

Pantea Barati: Dans mon cercle d'amis, je dirais qu'au moins 50 ont quitté le Canada.

Helena Konanz: C'est beaucoup, étant donné que nous manquons tellement de médecins.

La présidente: Il vous reste 30 secondes, madame.

Helena Konanz: Selon vous, d'autres pays ont-ils adopté des pratiques exemplaires que le Canada devrait envisager d'imiter pour aider un plus grand nombre de diplômés étrangers à s'intégrer à notre système de soins de santé?

Pantea Barati: Au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis, on offre des chances égales aux DIM et aux médecins du pays. Au Royaume-Uni, si je m'inscris au GMC, le General Medical Council, j'aurais les mêmes possibilités qu'un diplômé du Royaume-Uni. Je pourrais occuper le même poste et gagner le même salaire. Il n'y a pas de différence entre eux et moi. Si nous voulons améliorer le système de soins de santé du Canada, il faudrait examiner ce genre de politique.

La présidente: Merci beaucoup. Nous avons dépassé le temps prévu.

C'est au tour de M. Eyolfson, du Parti libéral. Vous avez la parole, monsieur.

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

Merci aux deux témoins d'être venues nous voir aujourd'hui et de nous avoir présenté des témoignages percutants.

Docteure Barati, j'aimerais être sûr de comprendre quelque chose que vous avez dit au sujet du nombre de postes. Vous avez dit que ce sont les provinces qui en plafonnent le nombre. C'est bien cela?

Pantea Barati: En effet.

Doug Eyolfson: Est-ce qu'il y a, dans notre système d'immigration fédéral, une politique qui fait obstacle à l'exercice de votre profession ou s'agit-il des politiques provinciales?

Pantea Barati: Je ne sais pas.

Doug Eyolfson: Merci.

Je l'ai déjà dit à d'autres occasions en présence d'autres témoins. J'ai déjà travaillé pour le gouvernement fédéral, et l'une de nos difficultés est d'essayer d'orienter les provinces dans l'utilisation du financement direct du gouvernement fédéral. On nous oppose une résistance qui s'exprime comme suit: « Vous ne pouvez pas nous dire comment dépenser l'argent. Donnez-nous simplement l'argent. La façon dont nous le dépensons relève entièrement de notre compétence. »

Seriez-vous en faveur de politiques qui orienteraient l'utilisation des ressources attribuées aux provinces? C'est-à-dire qu'on leur attribuerait des fonds pour qu'elles créent plus de postes, et elles seraient obligées d'utiliser cet argent pour créer ces postes.

Pantea Barati: Ce serait une excellente idée, mais le fait est que les soins de santé relèvent des administrations provinciales. Je ne sais pas dans quelle mesure le gouvernement fédéral pourrait les influencer, à moins, comme vous l'avez dit, de légiférer ou de les inciter à obtempérer en disant, par exemple: « Si nous vous donnons ces ressources budgétaires, vous devez le dépenser à cette fin, sinon nous vous les retirerons. »

Doug Eyolfson: Je suis tout à fait d'accord avec vous, et c'est quelque chose que nous avons déjà pu constater au sujet de plusieurs autres politiques. Personnellement, je pense que ce serait une excellente idée, mais certains gouvernements provinciaux y font obstacle en faisant valoir que c'est un processus décisionnel provincial dans lequel le gouvernement fédéral n'a rien à faire.

Merci beaucoup.

Madame Grdisa, vous avez parlé des obstacles auxquels se heurtent les infirmières. C'est la même histoire. Ces obstacles empêchent les nouvelles infirmières d'entrer dans le réseau et d'exercer. Il fut un temps où elles arrivaient et pouvaient travailler dès le lendemain, mais elles doivent désormais attendre longtemps après leur arrivée au Canada. Est-ce que ce sont ces politiques fédérales qui les entravent ou est-ce que ce sont les décisions provinciales en matière de permis?

• (1125)

Valerie Grdisa: Cela se passe à l'échelle provinciale ou territoriale à cause des règlements provinciaux et territoriaux.

Le gouvernement fédéral peut cependant jouer un rôle du fait que c'est lui qui finance les infirmières actuellement. Une certaine plateforme électronique est censée recenser l'ensemble du personnel infirmier du Canada. Comment peut-on en effet dresser des plans pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé si on n'a pas d'information précise sur l'offre? En matière de planification des effectifs et de distribution de l'offre, on n'a même pas d'information actuellement. Il paraît que nous avons un demi-million d'infirmières, mais combien d'entre elles travaillent dans le secteur de la santé, dans le système financé par l'État?

À mon avis, il devrait y avoir des leviers entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires pour faire passer l'argent des contribuables par le gouvernement fédéral. Les responsables seraient tenus d'adopter les meilleures solutions possibles en fonction de données probantes en matière de planification, de distribution et d'optimisation des effectifs.

Doug Eyolfson: Merci.

Seriez-vous en faveur d'une loi fédérale donnant au gouvernement fédéral le pouvoir de prendre ce genre de mesures?

Valerie Grdisa: Au nom des infirmières et infirmiers du Canada, oui, nous aimerions que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires travaillent ensemble pour rendre compte de l'utilisation de l'argent des contribuables.

Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

J'en ai parlé avec différents témoins du milieu médical. Seriez-vous en faveur de l'octroi d'un permis pancanadien aux infirmières, c'est-à-dire qu'une personne agréée par la Colombie-Britannique souhaitant déménager au Manitoba ou travailler dans les deux provinces aurait un permis unique reconnu dans l'une et l'autre?

Valerie Grdisa: Nous travaillons en étroite collaboration avec les 23 organismes de réglementation. Il se trouve que j'ai rencontré leurs représentants le mois dernier. Ils sont en train de s'orienter vers des solutions vraiment très stratégiques, vers des modèles intergouvernementaux de délivrance de permis d'exercer pour les infirmières. Donc, ce dont nous avons besoin, c'est de cohérence entre les 13 administrations et les 23 organismes de réglementation. C'est là que, en effet, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en matière d'harmonisation de la réglementation des soins infirmiers à l'échelle du pays.

Doug Eyolfson: Docteur Barati, seriez-vous en faveur d'un système de délivrance de permis pancanadien, de sorte qu'un permis d'exercer la médecine délivré par la Colombie-Britannique vous permettrait, si l'occasion se présentait, de travailler quelques jours dans les Territoires du Nord-Ouest, parce que ce permis y serait reconnu?

Pantea Barati: Oui, absolument.

Doug Eyolfson: Merci.

La présidente: Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

[Français]

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

Quand j'entends les questions de M. Eyolfson, j'ai l'impression que nous aurons un rapport difficile à faire. Je trouve assez ordinaire qu'on puisse dire que les provinces ont toute la responsabilité parce que cela relève de leur compétence et que, tout à coup, le fédéral ne veuille pas avoir la responsabilité de ce qui se passe en santé. Si le fédéral veut prendre plus de place en santé, il faudrait aussi qu'il assume la responsabilité qui l'accompagne. Or, présentement, les contingentements dans toutes les facultés sont énormes. Les provinces ne forment pas assez de médecins. Il faudrait absolument utiliser et reconnaître les compétences des professionnels de la santé formés à l'étranger. Le problème existe depuis 20 ans et il n'a pas encore été réglé.

Le fédéral a mis en place, en 2009-2010, des programmes fédéraux pour essayer de régler la question et ce n'est toujours pas fait. Dans le budget de 2022, on a même investi 115 millions de dollars sur cinq ans, et le problème n'est pas réglé. Quand je pose la question à des gens qui viennent nous rencontrer ici, ou bien ils ne connaissent pas les programmes, ou alors ils ne sont pas en mesure de nous dire si l'argent a été dépensé ou non.

Cela étant dit, je ne veux pas commencer une chicane de compétences aujourd'hui. Cela dit, si on manque de ressources, s'il faut former plus de personnel, il faut plus de transferts en santé. Le fédéral n'a pas transféré l'argent qu'il fallait lorsqu'il a promis 4,6 milliards de dollars par année sur 10 ans alors qu'il y avait un front commun des provinces qui demandait 28 milliards de dollars par année. Pour l'Ontario, cela aurait été 8 milliards de dollars récurrents de plus par année pour pouvoir colmater les brèches et s'assurer d'une plus grande robustesse des réseaux de santé. Si le fédéral veut encore plus de compétences, il faudra un jour qu'il assume aussi la responsabilité qui les accompagne.

Je vais poser une question rapidement aux témoins. Se souviennent-ils d'une seule élection fédérale dont l'enjeu a été la santé, à point tel que cela a conduit à l'éjection d'un gouvernement fédéral? L'un des deux témoins se souvient-il de ça?

• (1130)

[Traduction]

La présidente: J'invite la représentante de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada à répondre.

Valerie Grdisa: Oui. Mis à part les trois principaux secteurs de prestation dont le gouvernement fédéral est responsable — les forces armées, la santé des Autochtones et la santé publique —, en dehors de la pandémie de COVID-19, quand le gouvernement fédéral est intervenu et qu'il a appliqué une stratégie incroyablement systématique et coordonnée face à une pandémie mondiale, je pense que, en effet, cela n'a pas été un facteur très important. Mais il faudrait peut-être vraiment repenser la Loi canadienne sur la santé...

[Français]

Luc Thériault: D'accord, mais vous souvenez-vous d'une élection fédérale dont l'enjeu a été tel qu'un gouvernement a été défait en raison de la question de la santé? La réponse est non.

[Traduction]

Valerie Grdisa: À chaque élection, la santé est une priorité importante, mais je ne crois pas que cela puisse être une raison expliquant à elle seule une défaite.

[Français]

Luc Thériault: La réponse est non, aucun gouvernement fédéral n'a été défait lors d'une élection fédérale en raison de la question de la santé. La seule raison qui explique cela, c'est que la santé ne regarde pas le gouvernement fédéral. Par contre, on peut ne pas avoir assez de mains pour compter le nombre de gouvernements provinciaux qui ont été défaits lors d'une élection provinciale en raison de la question de la santé, parce que ce sont les gouvernements provinciaux qui sont responsables de la prestation des soins de santé.

On me dit qu'il faut que le gouvernement fédéral impose encore davantage de conditions. Je voudrais que, avec ces impositions de conditions, il soit lui-même obligé d'assurer une reddition de comptes en ce qui concerne l'efficacité des systèmes, qu'il n'est pas capable de financer.

Madame Grdisa, vous parliez de rétention de la main-d'œuvre, de cohérence ou de mobilité de la main-d'œuvre. Pensons à la situation au Québec en matière de mobilité de la main-d'œuvre. Pensez-vous que le genre d'intervention qu'a fait le premier ministre de l'Ontario va aider à faire en sorte que tout le monde collabore davantage pour régler le problème de la santé?

[Traduction]

Valerie Grdisa: Je ne peux pas me prononcer sur l'intention du premier ministre de l'Ontario, et je ne crois donc pas pouvoir répondre à cette question.

Mais je peux vous dire, comme infirmière exerçant depuis 35 ans, que ce qui se passe actuellement ne fonctionne pas. Nous sommes le troisième système de santé le plus coûteux au monde et nous sommes parmi les dixièmes et vingtièmes pour les résultats. Il nous incombe de gérer ensemble un système de santé pour 40 millions de Canadiens.

[Français]

Luc Thériault: Combien de temps de parole me reste-t-il?

[Traduction]

La présidente: Il vous reste 10 secondes, madame.

[Français]

Luc Thériault: Je pourrais poser une question supplémentaire, mais une chose est certaine: pour avoir un système de santé plus robuste, on doit avoir les fonds et les ressources nécessaires. Ces systèmes ont été sous-financés de façon chronique et, aujourd'hui, celui qui les sous-finance voudrait imposer des conditions alors que la situation est complètement catastrophique.

On pourra y revenir, mais il est clair que jamais le Bloc québécois ne va considérer que l'ajout de conditions en santé va être garant d'une amélioration de la situation alors que les fonds ne sont pas au rendez-vous.

C'est l'évidence qui ressort de nos discussions.

• (1135)

[Traduction]

La présidente: Merci. Nous avons largement dépassé le temps prévu.

Je vais passer à la deuxième série de questions. Dans cette série, vous aurez cinq minutes à la fois. Nous allons commencer par les conservateurs.

Monsieur Bailey, vous avez cinq minutes.

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

J'ai quelques questions pour la représentante de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

À combien se chiffre la pénurie actuelle d'infirmières au Canada?

Valerie Grdisa: Comme il s'agit d'une compétence provinciale et territoriale, chaque province et territoire aurait un point de pourcentage différent. J'ai récemment entendu l'infirmière en chef de l'Ontario, Karima Velji, dire que c'est un peu moins de 15 %. Les postes vacants ont été pourvus après la COVID-19.

Nous discutons de pénurie, mais il faudrait aussi examiner l'optimisation des effectifs et les conditions de travail. On a appris récemment que nos jeunes et très talentueuses infirmières diplômées quittent le métier en raison des conditions de travail. On peut bien continuer à dire qu'on peut y consacrer plus d'argent, mais 12,4 % du PIB sont actuellement consacrés aux soins de santé. C'est une augmentation astronomique de plus de 100 milliards de dollars en seulement 10 ans.

Il existe d'autres solutions et d'autres systèmes de santé qui optimisent mieux les effectifs et qui utilisent des modèles de soins plus novateurs et des modèles de soins en équipe. En dernière analyse, le fait est que nous n'innovons pas, que nous ne répondons pas aux besoins et que nous n'optimisons pas vraiment nos personnels hautement instruits et compétents. Il ne s'agit pas seulement de nos effectifs internes, mais aussi, évidemment, des professionnels de la santé que nous faisons venir, qui ont été formés à l'étranger, et dont nous devons veiller à optimiser la participation, à améliorer l'expérience et à permettre qu'ils jouent un rôle.

Merci.

Burton Bailey: Je cherchais un chiffre. Il paraît que la pénurie à l'échelle du Canada s'élève à 60 000. C'est vraiment beaucoup.

Savez-vous combien d'infirmières formées dans d'autres pays ne sont actuellement pas employées en soins infirmiers?

Valerie Grdisa: Je n'ai pas le pourcentage exact, mais on estime qu'il pourrait être supérieur à 21 %.

Burton Bailey: Je crois comprendre que l'Alberta a changé sa façon d'effectuer les tests linguistiques pour les infirmières et infirmiers immigrants, parce que ces tests étaient effectués aux États-Unis. D'autres provinces ont-elles suivi son exemple?

Valerie Grdisa: Ensemble, les organismes de réglementation des soins infirmiers s'efforcent de trouver une solution canadienne, alors oui. Certains d'entre eux éliminent même les tests linguistiques rigoureux, parce qu'ils offrent aux candidats d'autres occasions de démontrer leur capacité à prodiguer des soins dans l'une des deux langues officielles.

Burton Bailey: Peut-on dire que nous nous occupons du cas des infirmiers et infirmières qui sont ici, au Canada, mais qui ne peuvent pas exercer leur profession?

Valerie Grdisa: Oui. Ces trois dernières années, les organismes de réglementation des soins infirmiers ont déployé des efforts considérables pour raccourcir le délai entre la demande et l'obtention du permis d'exercice. Comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, il existe plusieurs programmes d'enculturation. Est-ce suffisant? Non. Cependant, en réalité, notre plus gros problème est le fait qu'une fois qu'ils entrent dans le marché du travail, nous avons de la difficulté à les garder. Nous ne créons pas les conditions propices à l'enculturation et nous n'éliminons pas le racisme et la discrimination. Voilà ce que vit, ici au Canada, le personnel infirmier formé à l'étranger.

Burton Bailey: C'est tout à fait vrai.

Dans nos régions, nous constatons que de nombreux membres du personnel infirmier ont remplacé toute une variété de postes dans les hôpitaux et qu'ils sont devenus responsables du recueil des données. De nombreuses infirmières plus âgées qui ne sont pas à l'aise face aux ordinateurs prennent leur retraite. Est-ce que je me trompe?

Valerie Grdisa: Le fardeau administratif est énorme. Nous sommes dans le monde de la technologie et des technologies de pointe. Il y a tant de documentation et de tenue de dossiers. Cependant, nous pensons que l'on utilise seulement 20 % des données recueillies auprès des patients et au moyen de diagnostics et autres. Alors oui, c'est un fardeau énorme pour la main-d'œuvre.

Je dirais que les infirmières qui sont plus âgées...

La présidente: Il vous reste une minute.

Valerie Grdisa: Désolée.

Burton Bailey: Selon le cabinet KPMG, une fois que certains de ces systèmes de données seront fonctionnels, nous aurons trop de personnel infirmier. Qu'en pensez-vous?

• (1140)

Valerie Grdisa: Ce ne sont que des projections et des scénarios. Comme je l'ai dit tout à l'heure, il est impossible de faire des prévisions tant que nous ne posséderons pas une compréhension à jour de la main-d'œuvre disponible et de sa répartition en fonction des besoins de santé de la population. Nous ne pouvons pas faire de prédictions à partir des données de nos rapports sur les soins infirmiers.

Burton Bailey: Les autorités de l'immigration ont-elles déjà communiqué avec l'association des infirmières pour discuter de chiffres afin que nous puissions embaucher assez de personnel infirmier dans nos hôpitaux?

Valerie Grdisa: Je travaille avec l'infirmière en chef du Canada. Elle collabore avec les différents corps infirmiers pour essayer de répondre à la question que vous posez sur l'offre, mais...

Burton Bailey: Elle a donc communiqué avec vous.

Valerie Grdisa: Bien sûr. Nous nous parlons au moins deux fois par mois.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant aux libéraux.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

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

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

Mes questions s'adressent à Mme Grdisa.

Merci pour le travail que vous accomplissez, et merci à tous les infirmiers et infirmières pour le travail qu'ils font en première ligne. Je les admire profondément.

Tout d'abord, je sais que la prestation des soins de santé et l'accréditation professionnelle relèvent en grande partie de la compétence provinciale et territoriale, mais d'après votre expérience, quelle est la situation réelle? Quels sont les principaux défis que cause le partage des responsabilités entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux? Comment pourrait-on améliorer la coordination sans outrepasser les territoires de compétence et les domaines professionnels? Vous avez parlé d'un groupe de travail national sur le personnel infirmier formé à l'étranger. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Valerie Grdisa: Je le répète, la seule chose qui compte est la relation entre patients et cliniciens. Les patients et les familles ne se soucient pas vraiment de la structure de notre système de santé. Nous observons partout au pays d'excellents exemples de réussites. Nous devrions systématiquement coordonner et harmoniser ces initiatives pour que chaque professionnel de la santé formé à l'étranger ait la meilleure expérience possible dans notre pays. Ces professionnels viennent pour atteindre leurs objectifs et pour répondre aux besoins des Canadiens. Nous devons coordonner cela avec l'évolution et la croissance démographiques de notre pays.

Sonia Sidhu: Au cours d'une récente réunion, on nous a parlé du manque de données cohérentes, par exemple sur le nombre de professionnels formés à l'étranger qui sont déjà au Canada, mais qui n'exercent pas leur profession. Dans quelle mesure sera-t-il important de mieux échanger les données entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et avec les organismes de réglementation — ce qui est tout aussi important — pour relever ces défis?

Valerie Grdisa: J'espère qu'à titre de contribuables canadiens, le sentiment que nous ressentons actuellement face aux tensions de la sécurité et du commerce ainsi qu'aux tensions géopolitiques s'étendra à la santé des Canadiens.

De mon point de vue, par exemple, le gouvernement fédéral a investi dans l'élaboration d'une base de données sur l'effectif infirmier. Cela donnerait aux organismes de réglementation une vue d'ensemble de la main-d'œuvre infirmière. Ils sauraient quels membres font réellement partie de la main-d'œuvre financée par le secteur public et lesquels conservent leur désignation d'infirmière autorisée ou d'infirmière praticienne sans exercer leur profession. Ces renseignements nous permettraient de planifier. Il faudra pour

cela une coordination entre les entités fédérales, provinciales et territoriales. Ce sera la seule façon de réussir.

Sonia Sidhu: Merci.

Certaines provinces ont aussi lancé des programmes pilotes visant à accélérer la reconnaissance des titres de compétence et les voies de transition. Pourriez-vous nous donner des exemples d'initiatives provinciales prometteuses qui s'appliqueraient partout au Canada?

Valerie Grdisa: Le gouvernement fédéral offre une subvention à l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières. Il s'agit d'un programme de transition offert aux infirmières et infirmiers venant d'ailleurs au Canada. Ils peuvent suivre ce programme de transition pour acquérir les éléments théoriques ou pratiques qui leur manquent avant de s'engager dans le programme d'une école. Cette subvention devrait être offerte dans tout le pays. À l'heure actuelle, elle est administrée par notre association. En outre, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, certains organismes offrent leurs propres programmes. Toutefois, cela crée des incohérences et des inégalités à l'échelle du pays.

Sonia Sidhu: Merci.

Pouvez-vous nous donner un exemple d'une province qui fait de l'excellent travail à cet égard?

Valerie Grdisa: Vous touchez le cœur du problème. Chaque province a un modèle de régionalisation différent. Ces excellents programmes de transition pour le personnel infirmier formé à l'étranger sont généralement offerts par des régies régionales de la santé ou par des organismes de soins de santé.

Je me ferai un plaisir de vous remettre tout ce que vous me demanderez. Je suis sûre que Mme Leigh Chapman, l'infirmière en chef du Canada, aura une multitude d'exemples à vous présenter. Je vous ai parlé de l'University Health Network, UHN. J'ai aussi mentionné le programme CARE pour le personnel infirmier formé à l'étranger. Je me ferai un plaisir de vous remettre tout ce que vous me demanderez. Cependant, il y a une multitude de modèles au Canada.

• (1145)

Il y a une multitude d'excellentes initiatives que nous ne publicisons pas, que nous ne développons pas et que nous ne mettons pas en œuvre de façon structurée, uniforme et harmonisée à l'échelle du pays. Quand les professionnels de la santé et les dirigeants se réunissent, ils s'embourbent dans leurs activités de planification. Nous avons la réputation d'être un pays de pilotes qui craignent de prendre des mesures audacieuses afin d'offrir des programmes d'enculturation extraordinaires aux professionnels qualifiés qui désirent immigrer au Canada.

La présidente: Merci beaucoup.

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

[Français]

Luc Thériault: On s'entend sur les objectifs.

Docteur Barati, en quelle année avez-vous commencé vos démarches?

[Traduction]

Pantea Barati: En 2012.

[Français]

Luc Thériault: Depuis ce temps, avez-vous vu une amélioration de la « navigation » qui a été mentionnée pour pouvoir arriver à une reconnaissance des licences et des pratiques?

[Traduction]

Pantea Barati: Certaines provinces essaient de changer leur stratégie d'examen. Certaines d'entre elles ont ajouté des examens, et d'autres en ont éliminé. Nous demandons à beaucoup de médecins et d'éducateurs en soins de santé de venir vivre au Canada, mais nous n'avons pas les ressources nécessaires pour les aider à se placer dans le marché du travail. Nous n'avons pas grand-chose à offrir aux immigrants. Le gouvernement désire accroître ses taux d'immigration, mais je ne sais pas quels résultats il envisage en invitant autant de médecins et d'infirmières à venir au Canada alors que nous n'avons pas beaucoup de ressources ou que nous ne... planifions pas.

Non, la situation a empiré depuis 2012.

[Français]

Luc Thériault: Pour quelqu'un de l'étranger qui veut venir pratiquer ici, Immigration Canada a-t-il des pratiques et des règles claires qui permettraient, entre autres choses, que cette personne ne perde pas sa capacité de pratiquer? Des gens ont immigré ici et ont appris, une fois arrivés, qu'ils devaient avoir pratiqué la médecine au moins un an au cours des trois dernières années, ce qui les forçait à quitter le pays pour pouvoir respecter cette obligation. Ils ne le savaient pas avant d'arriver ici.

Si les règles d'Immigration Canada étaient plus transparentes et plus claires, j' imagine que ce serait plus facile.

[Traduction]

La présidente: Je suis désolée, mais votre temps est écoulé.

[Français]

Luc Thériault: La demande pourrait se faire à partir de l'étranger et les gens pourraient respecter l'obligation d'avoir pratiqué un an.

[Traduction]

La présidente: Je vais vous donner 10 secondes pour répondre. Nous avons largement dépassé le temps prévu pour ce tour.

[Français]

Luc Thériault: Merci.

[Traduction]

Pantea Barati: Je vous dirai que, dès le premier jour où j'ai présenté ma demande d'entrée au Canada, Immigration Canada n'a pas fait preuve d'aucune transparence. Depuis, je n'ai jamais vu de transparence au sujet des limites et des restrictions imposées aux professionnels de la santé qui immigreront au Canada.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant aux conservateurs. Monsieur Strauss, vous avez la parole pour cinq minutes.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Merci, docteur Barati. J'aimerais en savoir un peu plus sur votre cheminement professionnel. Quand et où avez-vous suivi votre formation médicale? Quelle formation avez-vous suivie?

• (1150)

Pantea Barati: J'ai fait mes études de médecine en Iran. J'ai étudié pendant sept ans et demi, alors je suis considérée comme une omnipraticienne.

Matt Strauss: Je trouve incroyable que, bien que vous viviez au Canada et que vous soyez canadienne, vous ayez dû retourner au Royaume-Uni pour faire reconnaître vos titres de compétence. Quel processus avez-vous suivi pour faire reconnaître vos titres de compétence au Royaume-Uni?

Pantea Barati: Au Royaume-Uni, j'ai dû passer deux examens et j'ai tout de suite obtenu mon permis.

Matt Strauss: De toute évidence, vous avez réussi ces examens.

Êtes-vous autorisée maintenant à passer les examens correspondants, l'équivalent canadien de ces examens du Royaume-Uni?

Pantea Barati: Il faut que vous compreniez qu'après avoir réussi tous les examens et payé tous les frais d'admission... rien ne nous garantit un avenir professionnel.

Matt Strauss: Je vois. On vous a donc fait bien comprendre que, même si vous réussissiez les examens du Canada, on ne reconnaît pas vos titres de compétence pour vous permettre d'exercer ici?

Pantea Barati: C'est exact.

Matt Strauss: Je tiens à rappeler au Comité que, lorsque Stephanie Price, de la Fédération des ordres des médecins du Canada, s'est adressée à nous, elle a soutenu que, dès que les professionnels formés à l'étranger ont fait reconnaître leurs titres de compétence par des organismes nationaux, qui relèvent du Parlement fédéral, ils sont assurés d'obtenir un permis provincial. J'en déduis donc que le processus de reconnaissance des titres freine la transition.

Il est incroyable que le Royaume-Uni, qui est un pays industrialisé doté d'un système de soins de santé très sophistiqué, vous permette de travailler, alors qu'on ne vous le permet pas ici, dans le pays où vous vivez. Pouvez-vous me dire à quelle fréquence vous devez vous rendre au Royaume-Uni et combien cela vous coûte?

Pantea Barati: Pour rendre visite à ma famille, je dois m'y rendre au moins tous les deux ou trois mois. Chaque fois, cela me coûte plus de 3 000 dollars canadiens.

Matt Strauss: Quel genre de travail faites-vous au Royaume-Uni quand vous vous y trouvez?

Pantea Barati: Je suis médecin au service de psychiatrie d'un hôpital.

Matt Strauss: Vous y travaillez à titre de médecin indépendante?

Pantea Barati: Oui.

Matt Strauss: N'avons-nous pas un besoin criant de médecins spécialisés en santé mentale au Canada?

Pantea Barati: Dans ma région, à Kitchener-Waterloo, le temps d'attente pour consulter un psychiatre est de plus d'un an. C'est une consultation unique, et le suivi est envoyé au médecin de famille et non à un psychiatre.

Matt Strauss: Vous êtes canadienne. Vous avez probablement dû consulter des médecins canadiens. Vous travaillez dans le système de santé du Royaume-Uni. Pouvez-vous penser à une raison pour laquelle un médecin qui travaille dans le domaine de la santé mentale du Royaume-Uni ne pourrait pas faire le même travail au Canada? Pourquoi ne pourrions-nous pas simplement reconnaître les titres de compétence du Royaume-Uni et vous permettre d'entrer en poste dès demain?

Pantea Barati: Malheureusement, je ne sais pas comment répondre à cette question. J'ai entendu des rumeurs selon lesquelles nous ne voulons pas qu'ils travaillent ici. À part quelques connaissances, tout est semblable. Les êtres humains sont semblables. Ils ne présentent que quelques différences culturelles.

En outre, la population du Royaume-Uni est beaucoup plus dense que celle du Canada. Les ressources sont beaucoup plus limitées que chez nous. Honnêtement, je ne sais vraiment pas pourquoi nous, au Canada, ne pouvons pas embaucher un médecin qui a travaillé dans un autre pays.

Matt Strauss: J'ai quelques questions pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Je suis moi-même médecin intensiviste. Pendant la pandémie, des infirmières et infirmiers de soins intensifs fantastiques, avec lesquels j'avais travaillé pendant 10 ans, ont quitté le réseau de la santé. Ils ont surtout invoqué des raisons d'« épuisement professionnel », de « lassitude » ou de « frustration ». Tous nos infirmières et infirmiers n'ont pas été kidnappés par des extraterrestres, mais des salles d'urgence doivent fermer parce qu'ils sont épuisés ou parce qu'ils en ont assez. Est-ce que c'est aussi votre lecture de la situation? Pouvez-vous nous dire ce qui cause toute cette lassitude?

Valerie Grdisa: Il y a des rapports sur l'épuisement professionnel et les heures supplémentaires obligatoires ou involontaires, qui est un problème important lorsque quelqu'un essaie de concilier son travail et sa vie personnelle.

Encore une fois, il y a eu un ajustement massif après la COVID dans presque tous les postes du réseau de la santé et des soins infirmiers aussi. Nous avons constaté un changement important. Cela nous ramène à certains des besoins fondamentaux de l'effectif infirmier, comme des conditions de travail qui favorisent le choix, par exemple en ce qui concerne l'établissement des horaires — souvent, les infirmières et infirmiers n'ont pas le choix en matière d'établissement des horaires et cela leur complique la vie — sans parler, évidemment, de tout type d'heures supplémentaires obligatoires. L'infirmière ou infirmier pourrait rester sur place et faire un double quart de travail si cela arrivait de temps à autre, mais si on le lui demande tous les deux jours, la personne a l'impression de perdre le contrôle de sa vie.

Il y a une raison secrète que vous connaissez probablement en tant que médecin travaillant dans le réseau de la santé. Il y a beaucoup de toxicité dans le réseau parce que tant de facteurs sont hors de contrôle. Les gens quittent un milieu de travail où ils ont l'impression de n'avoir aucun contrôle ni aucun respect et où ils ne se sentent pas appréciés.

C'est la raison pour laquelle nous avons constaté ces changements au cours des dernières années, alors que les infirmières et infirmiers s'expriment et dénoncent les conditions de travail et l'augmentation de la violence en milieu de travail. Bien qu'il y ait des lois fédérales et provinciales qui dictent qu'aucune violence n'est tolérée, il n'y a pas de changement important à cet égard...

• (1155)

Matt Strauss: Ce qui me semble si dangereux dans cette situation, c'est que plus les infirmières et infirmiers sont épuisés et quittent le réseau, plus ceux qui restent seront épuisés et quitteront le secteur des soins infirmiers à leur tour. Il y a là un dangereux effet d'entraînement.

Êtes-vous d'accord pour dire qu'il y a un danger? Si nous ne réglons pas ce problème et n'optimisons pas la main-d'œuvre infirmière, le danger risque de s'accélérer.

La présidente: Madame Grdisa, je dois vous demander de répondre à cette question au tour suivant. Nous avons largement dépassé le temps alloué. Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Powlowski, du Parti libéral. Vous avez cinq minutes.

Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Madame Grdisa, à l'heure actuelle, combien d'infirmières et d'infirmiers formés à l'étranger travaillent dans le réseau canadien de la santé?

Valerie Grdisa: Selon une estimation approximative, ils formeraient le quart de l'effectif. Pour ce qui est des infirmières et infirmiers immigrants, ceux qui ne sont pas nés au Canada, ils constituent à peu près 50 % de l'effectif.

Marcus Powlowski: Wow, c'est excellent.

Je dois faire un peu de politique ici. Si je soulève la question, c'est parce que les conservateurs continuent d'essayer de donner l'impression que le problème du réseau de la santé tient au nombre d'immigrants, alors qu'en réalité, si nous avons encore un réseau de la santé, c'est en grande partie grâce aux immigrants. Nous devons une fière chandelle à tous les immigrants qui travaillent en soins infirmiers.

Pourriez-vous nous parler des infirmières et infirmiers d'agences? Je sais que dans les environs de Thunder Bay et dans le Nord-Ouest de l'Ontario, c'est un gros problème qui découle de la pénurie d'infirmières et infirmiers. J'en entends beaucoup parler. Non seulement cela coûte cher aux hôpitaux de faire venir du personnel infirmier de Toronto, mais cela crée aussi de l'animosité dans les établissements de soins de santé lorsque le personnel infirmier local gagne beaucoup moins que les infirmières et infirmiers d'agences.

Valerie Grdisa: Je tiens à remercier la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, la FCSII, d'avoir présenté un rapport qui décrit clairement les risques que court un réseau ou un organisme de santé lorsqu'un certain pourcentage du personnel n'est pas en fait l'effectif permanent. Il y a alors une différence de rémunération très importante.

Marcus Powlowski: Pourriez-vous nous faire parvenir ce rapport? Nous pourrions alors peut-être l'inclure.

Valerie Grdisa: Certainement. Je peux le demander à mes collègues de la FCSII.

Lorsque vous êtes infirmière ou infirmier, que vous avez un engagement envers l'organisation ou l'unité où vous travaillez, et qu'une personne à vos côtés est rémunérée selon le modèle de dotation d'une agence à un coût plus élevé, elle rapporte plus d'argent à la maison et il n'y a pas de continuité des soins pour les patients et les familles. Ce modèle de soins ne devrait exister nulle part, dans quelque province ou territoire que ce soit, au Canada. Nous devrions avoir des modèles de dotation qui répondent aux besoins prévus en matière de santé de la population dans les collectivités, et nous devrions ensuite créer les conditions au sein de ces organisations, à un juste coût — c'est-à-dire suivant les bons modèles de rémunération — pour garder l'effectif infirmier en place. Garder notre effectif infirmier, c'est ce qui est le plus difficile au Canada à l'heure actuelle.

Marcus Powlowski: Ma femme a suivi un programme de soins infirmiers aux Philippines. Nous sommes toujours en contact avec beaucoup d'infirmières et infirmiers avec qui elle a fréquenté l'école de sciences infirmières. Un certain nombre d'entre eux sont venus au Canada. Ce qui m'a certainement impressionné... c'est la variabilité des exigences d'une province à l'autre et d'une période à l'autre. Parfois, ils ne pouvaient même pas obtenir de permis pour travailler dans certaines provinces, mais dans d'autres provinces, ils pouvaient commencer à travailler à peine quelques jours après avoir présenté leur demande. C'est la même chose aux États-Unis. Y a-t-il une certaine homogénéité des exigences entre les provinces, ou voit-on simplement un dédale d'exigences différentes?

Valerie Grdisa: Je pense qu'il est important que tout le monde comprenne que les organismes de réglementation établissent, pour les quatre types d'infirmières et infirmiers, les critères d'admission à la profession. Ils accréditent en fait les programmes de formation en sciences infirmières pour qu'ils dispensent la formation qui répond aux compétences requises. Ensuite, il y a l'examen d'autorisation d'exercer en soins infirmiers, le NCLEX. C'est un examen national, du moins pour les infirmières et infirmiers autorisés, par exemple, et il y a des examens pour les trois autres types d'infirmières et infirmiers.

On pourrait croire que, lorsque les critères d'admission à la profession sont uniformisés, l'agrément l'est aussi et, du moins pour les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers praticiens, l'examen national d'autorisation l'est tout autant, et que l'on assurerait ainsi l'harmonisation entre les 13 administrations.

● (1200)

Valerie Grdisa: C'est ce que nous demandons à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Nous avons tout ce qu'il faut pour le faire, mais pour une raison ou une autre, cette fragmentation subsiste.

Marcus Powlowski: Vous avez dit que le gouvernement fédéral a octroyé des fonds à l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières pour aider à créer des programmes de transition. Combien d'argent y a-t-on consacré? Combien de personnes ont participé à ces programmes de transition? Je sais que vous n'aurez pas le temps de répondre, mais pourriez-vous nous faire des recommandations écrites sur ce que nous devrions faire pour accroître le financement et créer plus de postes de ce genre?

Valerie Grdisa: Je suis désolée, mais je n'ai pas les chiffres exacts. Je peux certainement obtenir des données de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières au sujet du succès du programme. J'ai vu des rapports. Je ne les ai tout simplement pas avec moi.

Marcus Powlowski: Oui, et aussi des recommandations concernant la nécessité d'un financement accru et des données sur le nombre de personnes qui ont participé au programme... Merci.

La présidente: Je tiens à remercier les témoins d'être venus et de nous avoir fait profiter de leur expertise pour nous aider à comprendre cette question complexe.

Je vais maintenant suspendre la séance pour que nous puissions accueillir les témoins en vue de la prochaine heure. Merci.

● (1200)

(Pause)

● (1210)

La présidente: La séance est ouverte.

Je remercie les témoins de leur présence. Nous accueillons deux témoins pour une réunion d'une heure.

J'aimerais que les témoins sachent qu'ils disposent de cinq minutes chacun. Je vais vous prévenir lorsqu'il restera une minute, et ensuite 30 secondes, avant la fin, pour que vous puissiez conclure. Parfois, vous n'avez pas le temps de terminer, mais pendant la période des questions et réponses, vous aurez l'occasion d'en dire plus long.

J'aimerais aussi dire que vous devez vous adresser à la présidence.

Enfin, je vous demande d'éteindre votre microphone quand vous ne parlez pas; autrement, vous pourriez causer de la rétroaction et risquer de blesser nos interprètes.

Monsieur Powlowski, n'allumez pas votre microphone avant d'être prêt à parler. Vous risquez de causer de la rétroaction, comme tout le monde ici me l'a dit. Merci beaucoup.

Nous accueillons maintenant nos deux témoins.

De l'American Canadian School of Medicine, nous accueillons le Dr Andrew Padmos, vice-président exécutif. Nous recevons aussi la Dre Sandra Rao, qui est médecin urgentologue, et qui témoigne à titre personnel.

Je vais commencer par le Dr Padmos. Vous avez la parole pour cinq minutes.

Andrew Padmos (vice-président exécutif, American Canadian School of Medicine): Merci, madame la présidente, de me recevoir.

Ce n'était pas mon intention, mais j'ai écouté la réunion d'hier et je me suis dit que j'avais des choses à apporter et des malentendus à corriger. J'ai distribué des notes, parce que j'ai beaucoup de choses à expliquer au sujet d'un réseau très complexe d'éducation, de formation, de délivrance de permis, d'accréditation, de résidence et de bourses, et à propos de la différence entre les diverses catégories de médecins dont nous avons grandement besoin au Canada.

J'ai fréquenté l'Université McMaster il y a longtemps, à la première année de la faculté de médecine. J'y suis resté pour ma formation en médecine interne et en hématologie. J'ai d'abord exercé dans un hôpital de Calgary, mais pendant que j'y étais, plusieurs de mes collègues ont quitté au profit d'un hôpital extraordinaire en Arabie saoudite. Ma femme et moi, ainsi que nos deux jeunes garçons, sommes donc aussi partis avec l'intention d'y rester peut-être un an ou deux, mais il s'est avéré que cette expérience merveilleuse a duré 15 ans. J'étais le seul hématologue en Arabie saoudite lorsque je suis arrivé. J'en avais recruté 12 au sein de mon département au moment de mon départ, et nous étions très occupés avec notre programme qui couvrait tout le royaume.

Je suis revenu au Canada dans un rôle quasi administratif à Kingston, au centre de cancérologie. J'ai ensuite déménagé en Nouvelle-Écosse pour diriger les programmes de lutte contre le cancer dans la province. Je suis ensuite passé au Collège royal, où j'ai été PDG pendant près de 15 ans. Depuis que j'ai en quelque sorte pris ma retraite en 2020, je contribue à la mise sur pied d'une faculté de médecine à la Toronto Metropolitan University, à Brampton, à titre de doyen intérimaire. Je céderai ensuite mon poste à la Dre Teresa Chan. Je travaille maintenant avec l'American Canadian School of Medicine, la seule faculté de médecine privée sans but lucratif dans les Caraïbes.

Les stagiaires détenteurs d'un visa m'intéressent particulièrement parce qu'en 1978, alors que je venais d'entrer au King Faisal Specialist, les quatre premiers médecins diplômés saoudiens de la King Saud University sont venus me rencontrer à l'hôpital pour poser des questions sur le Canada en vue d'y suivre leur formation. Je leur ai dit tout ce que je savais. Ils ont posé des questions sur Winnipeg, Toronto, Vancouver et d'autres endroits. Le premier s'est rendu à Halifax pour suivre sa formation. Les quatre ont beaucoup aimé leur expérience. Ils ont été très bien traités, et beaucoup de leurs collègues ont commencé à les suivre.

En 1990, il y avait littéralement des dizaines de stagiaires saoudiens au Canada. Ce programme a ensuite lancé un programme de formation pour les stagiaires détenteurs d'un visa, dans le cadre duquel 1 100 médecins saoudiens suivent maintenant une formation à diverses étapes au Canada. Cependant, il est faux de penser que les postes occupés par les Saoudiens, s'ils étaient vacants, seraient offerts aux étudiants canadiens ou à ceux qui immigreront au Canada avec un doctorat en médecine. Ces postes pour les stagiaires détenteurs d'un visa s'ajoutent à ceux qui sont offerts grâce au financement provincial, qui correspond aux besoins perçus au Canada.

Si ces 1 100 postes disparaissaient, nous n'aurions pas de nouveaux postes pour d'autres stagiaires, y compris pour des Canadiens qui étudient à l'étranger, à moins que le gouvernement provincial ne fournisse un soutien salarial pour ces postes. Dans ce cas, les postes de stagiaires détenteurs d'un visa disparaîtraient parce qu'ils sont offerts par les universités uniquement en raison de leur capacité excédentaire. À l'heure actuelle, sur les 1 100 personnes en formation qui détiennent un visa au Canada, seulement 120 environ occupent des postes de premier échelon. Environ 25 d'entre eux sont en médecine familiale, mais encore là, ils en sont à leur deuxième ou troisième année de formation. Encore une fois, leur absence ou leur disparition ne créerait pas vraiment de nouvelle place.

Je vais maintenant parler du problème de notre main-d'œuvre. Le problème, pour ce qui est des Canadiens qui étudient la médecine au Canada, c'est que nous n'avons pas suffisamment de facultés de médecine. Comme je l'ai dit, j'ai participé à la mise sur pied d'une

faculté à Brampton qui a accueilli 94 étudiants en septembre dernier et 105 résidents en formation postdoctorale. Ce n'est que la 18^e faculté de médecine.

En comparaison, l'Arabie saoudite, qui a la même population, en compte 38. Bon nombre d'entre elles sont privées. J'occupe un poste d'expert-conseil pour aider une nouvelle faculté de médecine à démarrer en Arabie saoudite, et ils sont à la recherche de leurs collègues médecins qui ont suivi leur formation au Canada, parce que celle-ci a très bonne réputation dans ce pays.

Notre problème pour les Canadiens qui étudient à l'étranger dans les Caraïbes ou en Australie, comme on vous l'a dit hier, c'est qu'ils ne peuvent pas ou ne présentent même pas de demande pour des postes de résidence parce qu'ils ont l'impression qu'ils ont peu de chances de l'obtenir.

● (1215)

Ce n'est pas aussi vrai qu'il y a 10 ans. Les provinces offrent des postes désignés et, cette année, quelque 638 diplômés internationaux en médecine ont obtenu un poste de résidence au niveau d'entrée.

Ce n'est pas tout à fait le même problème qu'avant. Ceux qui présentent une demande de l'extérieur du Canada ont en fait plus de 80 % des chances d'obtenir la résidence. Le problème, c'est que dans les Caraïbes, les étudiants canadiens — il y en a 3 500 dans le monde et environ 1 200 à 1 500 dans les facultés de médecine des Caraïbes — ne présentent même pas de demande parce que leurs facultés leur offrent des stages dans des hôpitaux américains. Les hôpitaux américains leur trouvent des résidences à proximité, parce qu'ils veulent qu'ils y exercent leur profession; cela permet de fournir ainsi des patients aux hôpitaux américains. Au Canada, nous n'avons pas tendance à considérer les patients comme une source de revenus. Nous les considérons sous l'angle des coûts qu'ils occasionnent et essayons de réduire leur nombre, mais ce n'est pas ce qu'ils font aux États-Unis.

Bon nombre de nos étudiants canadiens, qui paient eux-mêmes leurs études en médecine, finissent par exercer aux États-Unis. C'est malheureux. La situation pourrait être inversée si nous offrions des stages médicaux dans les hôpitaux canadiens, où ces étudiants de premier cycle seraient en mesure de trouver un stage et une résidence au Canada, parce qu'ils pourraient auditionner et créer un réseau qui les aiderait à le faire.

Merci.

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole au Dre Sandra Rao, pour cinq minutes.

Sandra Rao (médecin urgentologue, à titre personnel): Bonjour, madame la présidente.

Je m'appelle Sandra Rao. Je suis urgentologue à temps plein et je pratique dans un milieu urbain très diversifié sur le plan ethnique dans la région du Grand Toronto. Je travaille également dans des hôpitaux ruraux partout en Ontario. Je suis ici aujourd'hui pour témoigner au sujet de l'incidence de la croissance démographique sur l'utilisation des soins de santé actifs.

Dans ma pratique, je vois une grande variété de patients provenant de différents milieux; des citoyens nés au Canada et des immigrants de première génération qui sont ici depuis des décennies. Je vois aussi un nombre important de patients qui sont de nouveaux arrivants et qui ne sont au pays que depuis quelques années, ainsi que des étudiants étrangers et des demandeurs d'asile qui sont ici dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire.

Selon Statistique Canada, en 2023, la grande majorité — environ 97,6 % — de la croissance démographique du Canada était attribuable à la migration internationale, tant permanente que temporaire, et le reste, soit 2,4 %, provenait d'une augmentation naturelle de la population.

En Ontario, en particulier, la croissance de la population depuis 2021 a été sans précédent, stimulée presque entièrement par la migration internationale. En 2023, le taux de croissance a été le plus élevé depuis 1972, à 3,1 %, soit plus du double de la croissance démographique moyenne de 1,3 % des 50 dernières années. Cependant, notre infrastructure de soins de santé, en particulier les lits de soins actifs, les services d'urgence et l'offre de médecins de famille, n'a pas augmenté proportionnellement.

Bien que les soins de santé relèvent toujours de la compétence provinciale, les politiques fédérales en matière d'immigration ont une incidence directe sur nos résultats en matière de soins de santé.

En Ontario, le nombre de lits de soins actifs a diminué depuis les niveaux de la période COVID-19 et il est demeuré stagnant. À mon centre, nos volumes de visites à l'urgence ont augmenté d'au moins 11 % d'une année à l'autre depuis la pandémie.

Les visites des demandeurs d'asile ont augmenté de près de 490 % depuis 2021. Puisque le taux d'admission parmi ces visites à l'urgence est demeuré le même, le nombre total d'admissions continue d'augmenter d'une année à l'autre.

Selon le Bureau de la responsabilité financière, il y avait 35 540 lits d'hôpitaux financés en Ontario en 2024-2025. Selon le budget de 2025, il y aurait un financement suffisant pour 33 083 lits d'ici 2027-2028, ce qui abaissera de 220 à 203 le nombre de lits d'hôpitaux financés par tranche de 100 000 Ontariennes et Ontariens. Cette tendance ne répondrait même pas aux besoins d'une population vieillissante, sans même tenir compte de l'immigration accélérée.

C'est la même chose partout au pays.

L'augmentation de la population a aussi une incidence sur l'effectif médical. Dans une séance d'information sur les négociations entre l'Ontario Medical Association et le ministère de la Santé, des augmentations sans précédent de la population ont été directement citées comme raison pour laquelle la rémunération de nos médecins était inférieure aux prévisions. Compte tenu de ce qui se passe entre le gouvernement du Québec et ses médecins, le financement provincial des médecins a un effet direct sur l'attrition des médecins dans la province.

Dans notre centre, la majeure partie de l'augmentation de nos volumes de visites à l'urgence est attribuable aux soins ambulatoires pour des affections mineures, probablement exacerbés par un accès insuffisant aux médecins de famille en raison d'une crise existante dans les soins primaires. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, les médecins de famille ont connu une croissance légèrement négative de 0,1 % entre 2022 et 2023, ce qui se répercute ensuite sur les temps d'attente à l'urgence, l'aiguillage vers des cli-

niques spécialisées et l'allongement de la période d'attente avant de voir un spécialiste.

Les nouveaux arrivants ont aussi souvent de la difficulté à accéder aux soins de santé, y compris en raison d'obstacles linguistiques importants, d'un manque de soins de santé primaires et d'une faible littératie en matière de santé, qui exigent tous des ressources et du personnel supplémentaires. Les attentes en matière de soins de santé diffèrent également. De nombreux nouveaux arrivants viennent de pays où il n'y a pas de système de soins primaires établi, alors ils peuvent s'attendre à voir des spécialistes ou à obtenir une imagerie avancée immédiatement, sans savoir qu'un tel aiguillage peut prendre des mois. Par conséquent, l'incapacité de répondre aux besoins en soins de santé d'une population croissante touche de façon disproportionnée les nouveaux arrivants. Si les niveaux d'immigration continuent de ne pas correspondre à la prestation des soins de santé par les provinces, les résultats pour tous les Canadiens en souffriront.

● (1220)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période des questions et réponses. Nous commençons par les conservateurs. Il s'agit d'un tour de six minutes, en incluant les questions et les réponses.

J'aimerais commencer par M. Mazier, du Parti conservateur.

Dan Mazier (Mont-Riding, PCC): Merci, madame la présidente.

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

Docteur Rao, est-ce que la croissance de la population fait augmenter la demande dans le réseau de la santé du Canada?

Sandra Rao: Je crois que oui.

Dan Mazier: Docteur Rao, quelle est l'incidence des niveaux d'immigration établis par le gouvernement fédéral sur le réseau de la santé du Canada?

Sandra Rao: Comme je l'ai indiqué dans ma déclaration, les niveaux d'immigration ont une incidence directe dans les centres urbains en particulier, surtout là où je travaille. Ils augmentent directement les temps d'attente et le nombre de visites par jour, puisque le nombre de médecins et de membres du personnel infirmier que nous avons pour répondre à ces demandes n'augmente pas.

Dan Mazier: Docteur Rao, la ministre fédérale de la Santé a dit récemment qu'il n'y avait pas d'harmonisation entre l'immigration et les besoins en médecins. Les niveaux d'immigration devraient-ils être liés à la capacité en matière de soins de santé afin que notre réseau puisse soutenir adéquatement les Canadiens et les nouveaux arrivants?

Sandra Rao: Absolument.

Dan Mazier: Docteur Rao, quelle proportion de votre facturation actuelle est consacrée aux demandeurs du statut de réfugié?

Sandra Rao: Je dirais environ 15 %.

● (1225)

Dan Mazier: Ce pourcentage a-t-il augmenté au cours de la dernière décennie?

Sandra Rao: Je ne peux pas vous donner de chiffres personnellement pour la dernière décennie, mais il y a certainement eu une augmentation au cours des deux ou trois dernières années, depuis que j'ai commencé à exercer la médecine.

Dan Mazier: Docteur Rao, l'an dernier, plus de 1 000 citoyens saoudiens ont suivi une formation dans des hôpitaux canadiens dans le cadre du programme de formation pour les détenteurs de visas. Presque tous les stagiaires détenteurs d'un visa ne travailleront jamais une journée au Canada après avoir terminé leur formation, car ils retourneront dans leur pays d'origine.

Croyez-vous que le système de soins de santé canadien est devenu trop dépendant du programme de formation pour les détenteurs de visas?

Sandra Rao: Je crois qu'en 2016, il y a eu un différend entre l'Arabie saoudite et le gouvernement canadien, et les Saoudiens ont été retirés des programmes de résidence. À l'époque, cette mesure a exercé des pressions considérables sur notre réseau.

Dan Mazier: Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet? Pourquoi devenons-nous trop dépendants de ce programme?

Sandra Rao: Hypothétiquement, si nous devions perdre des stagiaires saoudiens pour une période déterminée, les programmes de résidence ne répondraient plus aux besoins que combinent ces programmes en matière de prestation de soins dans leurs hôpitaux universitaires locaux.

Dan Mazier: Docteur Rao, le coût du Programme fédéral de santé intérimaire est passé de 66 millions de dollars par année en 2017 à 800 millions de dollars par année aujourd'hui. Des médecins ont signalé que certains de leurs collègues exploitent le programme fédéral en facturant des primes gonflées pour les services fournis aux demandeurs d'asile. Selon la grille des prestations du Programme fédéral de santé intérimaire, qui décrit les tarifs que les médecins peuvent exiger, il n'y a pas de montant maximal en dollars pour de nombreux services.

Pourquoi y a-t-il des limites strictes de facturation pour les Canadiens dans le cadre des régimes provinciaux, mais pas pour les services facturés en vertu du programme fédéral aux demandeurs du statut de réfugié?

Sandra Rao: Les médecins sont censés facturer au programme ce que nous facturons généralement au gouvernement provincial, et pas plus. Toutefois, la rigueur avec laquelle cette mesure est appliquée varie probablement. Personnellement, je ne connais personne dont la facture a été rejetée dans le cadre de ce programme, mais je dirais que cela est probablement lié au processus de vérification.

Dan Mazier: Nous pouvons passer en revue la grille de facturation ici. On n'y trouve nulle part de limite maximale en dollars. Si vous suivez d'autres procédures, il y a en fait des limites prescrites, mais pour celles-ci, il n'y en a pas. Le médecin peut facturer tout ce qu'il veut. Est-ce exact?

Sandra Rao: En théorie, oui, et en théorie, il n'y a pas de montant annuel maximal qu'un patient peut facturer au réseau. À ma connaissance, il n'y a aucun montant maximal qu'un médecin peut facturer par service rendu.

Dan Mazier: Croyez-vous qu'il faut renforcer la surveillance et la reddition de comptes du Programme fédéral de santé intérimaire?

Sandra Rao: Oui.

Dan Mazier: Le gouvernement fédéral devrait-il harmoniser les plafonds de facturation du Programme fédéral de santé intérimaire avec ceux des régimes provinciaux d'assurance-maladie?

Sandra Rao: Oui, il le devrait.

Dan Mazier: Docteur Rao, lorsqu'un patient non assuré reçoit des soins au Canada mais ne paie pas la facture, qui en assume les

coûts? Pouvez-vous nous dire comment cela se passe habituellement au moyen d'exemples?

Sandra Rao: Si un patient se présente à l'urgence sans assurance-maladie et qu'il n'a aucun moyen de payer, le médecin et l'hôpital ne sont pas payés pour ces services.

Dan Mazier: Cela vous arrive-t-il souvent?

Sandra Rao: Ce n'est pas rare... une fois par mois, disons.

Dan Mazier: De quoi parle-t-on, en général? Dirions-nous une heure de votre temps une fois par mois?

Sandra Rao: Approximativement, oui. Il est certainement arrivé, à moi et à mes collègues, que des réanimations complexes ne soient pas couvertes.

Dan Mazier: Y a-t-il des coûts? Lorsque vous n'êtes pas payée, combien cela représente-t-il, approximativement?

Sandra Rao: Je dirais entre 100 et 500 \$.

Dan Mazier: Merci beaucoup.

La présidente: Nous passons au deuxième intervenant, M. Eyolfson, du Parti libéral.

Doug Eyolfson: Merci, madame la présidente.

Docteur Padmos, j'aimerais vous remercier d'avoir soulevé le point... Je pense que je l'avais soulevé lors d'autres réunions. Lorsque j'étais membre du personnel d'un hôpital universitaire au début des années 2000, il y avait chez nous de nombreux résidents de l'Arabie saoudite. Je tiens à confirmer qu'il s'agit de résidents qui n'occupent pas les places des résidents canadiens qui auraient présenté une demande. Lorsque j'étais là-bas, ces résidents — en incluant toutes leurs dépenses de formation et tous leurs salaires — étaient payés par leurs parrains. De plus, un paiement était versé à la faculté de médecine pour l'aider à mener ses activités. Est-ce toujours le cas?

• (1230)

Andrew Padmos: Oui, c'est toujours le cas. Les postes pour les Saoudiens sont offerts par des universités par l'entremise du bureau de la culture saoudienne ici, à Ottawa. L'Université d'Ottawa dit alors au bureau saoudien: « L'an prochain, nous avons deux postes en chirurgie générale, peut-être un en ophtalmologie, peut-être aucun en anesthésiologie cette année. » Les Saoudiens trouvent ensuite des candidats compétents, souvent très qualifiés, pour occuper ces postes. Cependant, la majorité des Saoudiens ne sont pas ici en première année parce qu'ils ont maintenant des installations médicales en Arabie saoudite, avec des professeurs formés au Canada qui leur enseignent pendant les premières années de leur formation de spécialiste. Il y a maintenant une majorité de stagiaires qui arrivent à la quatrième, cinquième et sixième année, et à ce moment-là, non seulement ils ne constituent pas un obstacle, mais ils représentent en fait un avantage pour le Canada parce que nous avons alors un médecin hautement qualifié qui travaille avec des patients canadiens, sans qu'il en coûte quoi que ce soit au réseau.

Doug Eyolfson: Merci.

Docteur Rao, vous avez mentionné que notre système dépendait peut-être un peu trop de ces stagiaires détenteurs d'un visa. Serait-il utile que les gouvernements provinciaux financent davantage de postes de formation?

Sandra Rao: Je crois que oui. Je crois que le gouvernement provincial devrait financer davantage de postes en résidence pour les diplômés canadiens en médecine, mais il faut aussi qu'il y ait plus de ressources à tous les niveaux. Vous auriez aussi besoin d'un plus grand nombre de médecins hospitaliers pour offrir la formation à ces stagiaires.

Doug Eyolfson: Vous recommanderiez que la province finance également ces programmes, n'est-ce pas?

Sandra Rao: Oui.

Doug Eyolfson: Encore une fois, je tiens à apporter des précisions parce que je veux que le gouvernement fédéral en fasse davantage dans ce domaine, mais c'est difficile lorsque les gouvernements provinciaux continuent d'insister pour que nous nous contentions de signer les chèques sans avoir aucune influence. Seriez-vous en faveur d'un financement fédéral ciblé pour aider à la mise en oeuvre de ces programmes?

Sandra Rao: Je pense que ce serait utile, oui.

Doug Eyolfson: Vous avez peut-être des systèmes de suivi de la facturation différents de ceux que nous avons au Manitoba. Vous êtes rémunérés à l'acte, si j'ai bien compris. Est-ce exact?

Sandra Rao: C'est un système complexe, mais il s'agit d'un régime de rémunération alternatif, associé à un système fortement biaisé de rémunération à l'acte.

Doug Eyolfson: Je sais qu'au Manitoba, nous avons un système où les médecins sont payés à l'heure. Si vous allez travailler en salle d'urgence, êtes-vous essentiellement payés à l'heure, ou votre rémunération dépend-elle de ce qui se passe pendant votre quart de travail?

Sandra Rao: Nous obtenons une rémunération pour ce quart de travail. Ensuite, on nous accorde un certain nombre de points pour avoir vu un certain nombre de patients. Le nombre de points dépend du moment de la journée et de la complexité du cas. Nous touchons également d'autres montants correspondant à environ 37 % du montant que nous facturons au ministère.

Doug Eyolfson: Merci.

Docteur Padmos, nous avons parlé de la nécessité d'augmenter le nombre d'écoles de médecine. Je serais le premier à être d'accord. J'ai commencé mes études de médecine en 1989, et j'étais horrifié de voir que de nombreuses provinces, y compris la mienne, le Manitoba, disaient qu'il fallait maîtriser les coûts des soins de santé. Elles disaient que les fournisseurs de soins médicaux figuraient parmi les principaux facteurs de coût des soins de santé et que, par conséquent, pour maîtriser ces coûts, elles devaient réduire le nombre de médecins et réduire le nombre de places dans les écoles de médecine. C'était la raison invoquée par les provinces dans les années 1980.

Je pense que les provinces commencent à voir les choses différemment et à renverser la vapeur. Êtes-vous d'accord pour dire que les provinces doivent intervenir davantage pour financer plus de facultés de médecine, plus de postes de formation et de résidence en médecine?

Andrew Padmos: Oui.

Rappelez-vous qu'en 1964, je crois, le gouvernement fédéral a mis de côté 500 millions de dollars pour financer de nouvelles écoles de médecine à McMaster, Sherbrooke et Calgary. Je ne suis pas certain de la quatrième école, mais un bon montant de fonds fédéraux a été investi. J'aurais aimé que cet argent soit disponible

lorsque je travaillais avec l'Université métropolitaine de Toronto, parce que ce n'était pas...

Le problème, c'est que le Canada devrait avoir une quarantaine de facultés de médecine pour être autosuffisant. Cependant, nous avons toujours compté sur l'immigration de personnes formées à l'étranger, et maintenant de Canadiens qui vont étudier à l'étranger pour combler nos besoins en matière de soins médicaux, et nous sommes encore à court.

Soit dit en passant, les médecins ne sont qu'une partie du problème. Vous savez que nous manquons d'infirmières et de presque tout le reste. Il faut donc un effort concerté et coordonné à cet égard.

● (1235)

Doug Eyolfson: Merci.

La présidente: Nous passons maintenant au prochain intervenant, M. Thériault.

[Français]

Vous avez la parole pour six minutes.

Luc Thériault: Je souhaite la bienvenue aux témoins.

Tout à l'heure, le Dr Eyolfson vous a demandé s'il serait pertinent que le gouvernement fédéral fasse des investissements ciblés pour accroître les soins. Si cela permet d'améliorer la situation, d'accord, mais si cela signifie qu'il doit faire des compressions ailleurs dans le système de santé, est-ce vraiment souhaitable?

Vous avez parlé de tous les problèmes, tout à l'heure, dont le fait que le financement des soins de santé n'avait pas augmenté en fonction de la croissance démographique. Vous avez parlé d'une perte de 3 000 lits. Doit-on injecter de l'argent dans le système pour garder 35 000 lits, ou doit-on faire des investissements ciblés et déterminés par le gouvernement fédéral, qui ne connaît pas les besoins des provinces sur le terrain?

Présentement, on observe une tendance quant aux transferts en santé, où le gouvernement fédéral dit aux provinces qu'il va leur donner de l'argent, mais qu'il va décider où elles devront l'investir, comme s'il avait la compétence nécessaire pour déterminer cela. Vous, vous êtes sur le terrain et vous voyez ce qui s'y passe. Le gouvernement fédéral dit aux conservateurs que l'immigration n'a aucune incidence sur la prestation des services, que ce n'est pas bien de dire une telle chose et qu'ils essaient de stigmatiser les gens qui viennent d'ailleurs. Vous nous avez parlé, tout à l'heure, des problèmes liés à ça. Il faut soigner avec dignité les gens qui viennent ici.

Alors, qui a la compétence pour décider où l'argent doit être investi? Nous, nous prétendons que ce sont les gens qui sont sur le terrain et qui donnent les soins. C'est l'enjeu qui est en train d'émerger de nos travaux: le gouvernement fédéral veut décider de tout et dire aux provinces où investir l'argent qu'il leur donne.

Quelle est votre réaction à ce sujet?

[Traduction]

Sandra Rao: Il est intéressant d'écouter l'interprétation en français et en anglais en même temps. Je ferai de mon mieux pour répondre à vos questions.

L'idée que le gouvernement fédéral fournisse des fonds aux gouvernements provinciaux afin de cibler les dépenses en santé et de régler ces problèmes est certainement une bonne idée, mais je ne crois pas que le simple fait de donner de l'argent sera la solution. Il est certain que l'argent devrait être dirigé vers des programmes bénéfiques, mais ce que nous avons n'est pas nécessairement un problème d'argent. Je crois que les provinces disposent de beaucoup de fonds, mais qu'ils ne sont pas nécessairement attribués de façon responsable. Je crois aussi que nous avons...

• (1240)

[Français]

Luc Thériault: Vous dites que l'argent n'est pas alloué de la façon la plus responsable. Pouvez-vous me donner des exemples?

[Traduction]

Sandra Rao: Nous avons certains indicateurs que les provinces doivent respecter et pour lesquels elles reçoivent du financement, mais je ne sais pas si cela améliore nécessairement les résultats. De mémoire, je crois que certains hôpitaux reçoivent de l'argent pour atteindre certains indicateurs en matière de drépanocytose, que les systèmes hospitaliers s'efforcent de respecter, mais dans le cadre d'un vaste programme de soins de base à l'échelle de la population et pour répondre aux besoins en matière de temps d'attente, je ne suis pas vraiment certaine que ce soit là que notre argent doit être dépensé.

[Français]

Luc Thériault: Cependant, ces discussions ont lieu sur le terrain. Il y a des directeurs et une fonction publique très forte qui gèrent les réseaux de santé, chez vous. Certains choix ne sont peut-être pas les meilleurs, mais qui a la compétence nécessaire pour gérer le système de santé? Est-ce que ce sont ceux qui n'ont aucun compte à rendre sur les résultats ou ceux qui ont des comptes à rendre? Qui connaît les besoins, est-ce que ce sont les provinces ou est-ce le gouvernement fédéral?

C'est un principe de base, parce que l'argent est limité. Les provinces disaient qu'elles voulaient 28 milliards de dollars de plus par année pour les 10 prochaines années afin d'assurer la robustesse du réseau, et le gouvernement fédéral leur a offert 4,6 milliards de dollars par année, pour l'ensemble du Canada.

Trouvez-vous que c'est là une attitude responsable, alors que nous sortons d'une pandémie?

[Traduction]

Sandra Rao: Je pense que les gouvernements fédéral et provinciaux ont la responsabilité de travailler ensemble pour répondre à ces demandes.

La présidente: Merci beaucoup.

Je passe maintenant à la prochaine série de questions. C'est un tour de cinq minutes, en commençant par M. Strauss pour les conservateurs.

Vous avez cinq minutes, s'il vous plaît.

Matt Strauss: Merci, madame la présidente.

Docteur Padmos, votre témoignage était très intéressant. À titre informatif, je voudrais savoir si vous avez déjà reçu une quelconque forme de rémunération, de salaire ou de financement de la part du gouvernement du Royaume d'Arabie saoudite?

Andrew Padmos: Bien sûr, lorsque je travaillais là-bas, j'étais très bien traité sur le plan financier et, en fait, un bon nombre de mes collègues bénéficiaient du même privilège. Depuis mon retour au Canada, non, je n'ai reçu aucun financement de l'Arabie saoudite.

Matt Strauss: Combien de temps avez-vous passé en Arabie saoudite?

Andrew Padmos: J'ai été là-bas pendant 15 ans.

Matt Strauss: Je vois également que vous faites partie du conseil médical d'une organisation appelée iGan Partners. Est-ce exact?

Andrew Padmos: iGan Partners est une société de capital de risque établie à Toronto. Elle a un comité consultatif clinique, qui se réunit occasionnellement. Il ne s'est pas réuni depuis un an. Il y est question des instruments médicaux et de la façon dont ils pourraient être commercialisés.

Matt Strauss: Je vois, sur son site Web, qu'iGan a récemment lancé un fonds de 250 millions de dollars appelé iGan Arabia, qui a été présenté lors d'une conférence à Riyad. Êtes-vous au courant de ce fonds de 250 millions de dollars et du montant...

Andrew Padmos: Je suis au courant. Je n'ai participé à aucune activité liée à sa fonction.

Matt Strauss: Savez-vous quelle part de ces 250 millions de dollars provient du roi d'Arabie saoudite?

Andrew Padmos: Eh bien, je pense que son plan consiste à recueillir 250 millions de dollars auprès d'investisseurs saoudiens afin de les intégrer dans cet écosystème d'innovation en santé.

Matt Strauss: Selon vous, quel est le montant total que vous avez reçu, au total, en rémunération de la part d'iGan Partners?

Andrew Padmos: Pour le conseil consultatif, iGan Partners couvre les frais et verse une indemnité journalière de 1 000 \$. Cela pourrait représenter, au maximum pour l'année, quatre jours à 4 000 \$, mais comme le conseil ne s'est pas réuni depuis deux ans, je n'ai rien reçu récemment.

Matt Strauss: Pendant les 15 années que vous avez passées en Arabie saoudite, à combien la rémunération que vous a versée le royaume s'est-elle chiffrée au total?

Andrew Padmos: Eh bien, je sais qu'au cours de la première année où j'y suis allé, en 1978 je crois, mon salaire était d'un peu moins de 100 000 \$. Quand je suis parti, 15 ans plus tard, je crois que mon salaire avoisinait les 300 000 \$. Je dirais qu'il était comparable à celui de mes collègues au Canada. La différence était que nous avions également des avantages sur le plan du logement et du transport, ce qui rendait ce poste très attrayant sur le plan financier. C'était un des avantages. L'autre avantage était que le soleil brillait presque tous les jours.

• (1245)

Matt Strauss: Cela semble être des avantages importants.

Dans votre travail dans les facultés de médecine et au Collège royal... D'après ce que je comprends de tout ce programme de formation avec visa, les Saoudiens envoient de l'argent supplémentaire pour l'accueil de ces stagiaires, et cet argent se retrouve ensuite dans les fonds généraux des programmes des écoles de médecine. Votre rémunération dans ces facultés de médecine provenait-elle également, sous une forme ou une autre, du gouvernement saoudien?

Andrew Padmos: Eh bien, je ne travaillais pas pour une école de médecine, en ce sens que j'ai un poste privilégié dans les facultés de médecine, mais je ne reçois aucun salaire en contrepartie.

Lorsque j'étais en Nouvelle-Écosse, mon salaire provenait du ministère de la Santé, mais pour mon travail administratif et non par l'université pour un poste académique. C'est pourquoi je suis professeur adjoint, et non professeur titulaire à l'université. Cela s'est fait par l'intermédiaire du Collège royal. Lorsque j'étais là-bas j'étais, bien sûr, un employé salarié du Collège royal.

Matt Strauss: Vous n'avez jamais été un employé salarié d'une faculté de médecine.

Andrew Padmos: Non... eh bien, lorsque j'ai travaillé à l'Université métropolitaine de Toronto, j'y suis resté pendant deux ans pour lancer l'école de médecine et on m'a payé des honoraires d'expert-conseil.

Matt Strauss: Est-ce que cela constitue pour vous un conflit d'intérêts important?

Andrew Padmos: Eh bien, je ne le crois pas. En fait, je suis ici parce que je suis fermement convaincu que le programme de formation saoudien et de nombreux autres programmes connus sous le nom de fonds de bourses d'études du roi Abdallah, qui ont envoyé d'autres étudiants dans le monde entier, dont beaucoup au Canada, dans des domaines de l'ingénierie et des sciences, était probablement l'un des plus grands projets de transfert technologique jamais entrepris. Cela a eu un impact social transformateur, car les stagiaires qui sont venus au Canada ont amené leur famille avec eux et sont repartis imprégnés de nos valeurs, et je pense...

Matt Strauss: Je suis désolé. Il y a un autre sujet que je voudrais aborder.

Vous avez mentionné dans votre témoignage que vous aviez recruté 12 hématologues en Arabie saoudite lorsque vous étiez là-bas.

Andrew Padmos: C'est exact.

Matt Strauss: Où les avez-vous recrutés?

Andrew Padmos: Ils venaient d'Europe, d'Angleterre et d'Amérique du Nord. Il y avait un Américain, deux ou trois Canadiens et quelques Britanniques, et un autre était danois.

Matt Strauss: Je tiens à préciser que tout cela me semble être l'équivalent d'un conflit d'intérêts important.

J'attire l'attention du Comité sur le fait qu'à notre première réunion, nous avons discuté de la possibilité de demander aux témoins de divulguer leurs conflits d'intérêts avant de s'adresser au Comité. Je crois comprendre, docteur Padmos, que vous avez été invité par les députés libéraux à prendre la parole devant le Comité. Est-ce exact?

Andrew Padmos: Je ne sais pas qui m'a invité. Je...

Matt Strauss: C'est ce que je crois comprendre.

Je n'ai pas d'autres questions. Merci.

Marcus Powlowski: J'invoque le Règlement.

La présidente: Nous avons dépassé le temps alloué. Merci beaucoup.

Je pense que nous allons passer au prochain intervenant. Ce sera M. Powlowski pour les libéraux.

Marcus Powlowski: J'allais simplement répondre en invoquant le Règlement au sujet du conflit d'intérêts. Je ne crois pas que nous ayons établi l'existence d'un conflit d'intérêts.

J'ai écouté, et je sais que M. Strauss a posé au Dr Padmos une série de questions d'approfondissement auxquelles il a très bien répondu. Personnellement, je ne vois aucun conflit d'intérêts. On lui a posé un certain nombre de questions détaillées.

Docteur Padmos, je vous donne l'occasion de poursuivre. Vous avez commencé à parler des avantages de ce programme pour l'Arabie saoudite et de la culture du milieu médical en Arabie saoudite. J'aurais tendance à être d'accord avec vous pour dire que ce programme a probablement des retombées très utiles. Je vais vous donner l'occasion de poursuivre votre réflexion à ce sujet.

Andrew Padmos: Sur une période de 45 ans, le programme des visas a assuré la totalité ou une partie de la formation postdoctorale de quelque 20 000 médecins saoudiens qui exercent maintenant en Arabie saoudite. Ils sont des piliers de leur système de santé et reflètent, en y étant liés, les écoles de médecine canadiennes, les hôpitaux canadiens et la science canadienne pour faire progresser les soins de santé, tant en Arabie saoudite que dans tout autre pays où ils interagissent.

La médecine est un programme scientifique. Il faut beaucoup de cerveaux pour travailler avec des objectifs communs, et je pense que la formation de tout un groupe de médecins saoudiens est un avantage non seulement pour ce pays, mais aussi pour la région, et certainement un avantage pour le Canada. Un bon nombre de diplômés saoudiens ont eu une brillante carrière en médecine et en chirurgie.

En fait, je connais personnellement un collègue de l'hôpital King Faisal qui a été invité à revenir exercer en chirurgie cardiaque pédiatrique dans les hôpitaux canadiens parce qu'il était un médecin de renommée mondiale. Il y a là de nombreux avantages qui pourraient et devraient s'appliquer à d'autres types de formation, parce que le Canada a l'avantage d'avoir un système réputé doté d'un potentiel de capacité supplémentaire et la volonté d'aller vers les autres pays du monde pour leur transmettre nos connaissances et nos valeurs.

• (1250)

Marcus Powlowski: Je suis tout à fait d'accord avec vous sur ce point.

Docteur Rao, je ne sais pas si vous êtes au courant, mais je pense que votre témoignage s'ajoutera à celui d'autres personnes que les conservateurs ont fait venir devant le Comité, le thème étant que les immigrants sont une grande partie du problème dans le système de soins de santé.

J'ai travaillé dans le domaine des soins de santé. J'ai été urgentologue pendant 35 ans. Au cours des cinq dernières années, je n'ai pas exercé en médecine d'urgence parce que je suis surtout ici, au Parlement, mais je travaille dans certaines cliniques sans rendez-vous.

Je ne sais pas si vous le savez, mais selon le dernier chiffre que j'ai pu trouver, 23 % de la population canadienne n'est pas née au Canada, et donc 23 % sont des immigrants. Cependant, 50 % des infirmières qui travaillent dans le domaine de la santé au Canada sont des immigrantes. Je dirais que les chiffres sont probablement assez similaires pour les médecins. Pour les préposés aux services de soutien à la personne, les chiffres sont encore beaucoup plus élevés.

Tout bien considéré, oui, l'immigration entraîne certains coûts, mais elle présente aussi des avantages. Si l'on examine les coûts et les avantages de l'immigration pour le système canadien de soins de santé, je dirais que dans l'ensemble, les immigrants ont aidé notre système de soins de santé, et ne lui ont pas causé de problèmes.

Vous exercez beaucoup plus que moi en ce moment.

Dans ma clinique sans rendez-vous, oui, je vois des gens qui sont ici avec un permis de travail, des gens qui ont le statut de résident permanent. Oui, il y en a beaucoup, mais la plupart sont jeunes. Ils sont en bonne santé. Ils n'ont pas besoin de genoux artificiels. Ils n'ont pas besoin de hanches artificielles. Ils n'ont pas besoin de coloscopies. Ils n'ont pas besoin de biopsies. Ils ne vont pas aux unités de soins intensifs. Ce ne sont pas des gens qui arrivent avec des sondes à oxygène dans le nez. Ce ne sont pas des gens qui demandent des médicaments. Ce ne sont pas des gens qui ont des problèmes de santé mentale.

Votre expérience est peut-être différente. Ne pensez-vous pas que, pour la plupart, ce sont des jeunes qui, malgré leur nombre, n'ont pas beaucoup de problèmes médicaux?

Sandra Rao: Je dirais que ces expériences reflètent probablement votre expérience de travail à la clinique sans rendez-vous, et il y a donc un léger biais de sélection.

Je vois certainement un nombre important d'immigrants, de nouveaux immigrants, de patients qui sont ici avec des super visas, de demandeurs du statut de réfugié qui ont plus de 80 ans...

La présidente: Je vous demanderais de bien vouloir conclure votre réponse, docteur Rao.

Sandra Rao: ... qui ont des besoins médicaux complexes.

La présidente: Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Thériault.

[Français]

Vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Luc Thériault: Monsieur Padmos, combien de femmes de l'Arabie saoudite sont formées dans nos universités?

[Traduction]

Andrew Padmos: Il y en a un bon nombre, probablement au moins 50 % des stagiaires.

[Français]

Luc Thériault: Nous contribuons donc à faire en sorte que 50 % des personnes formées dans nos universités soient des femmes qui vont pratiquer en Arabie saoudite.

[Traduction]

Andrew Padmos: Oui, c'est exact.

[Français]

Luc Thériault: Les droits de la personne, cela vous dit-il quelque chose?

[Traduction]

Andrew Padmos: Je pense que nous avons tous des défis à relever. Je pense que les Saoudiens en ont particulièrement. Je pense qu'ils ont fait des progrès.

Est-ce que je crois que cela se reflète chez les personnes avec lesquelles j'ai été en contact? Non, je dirais que ce sont des gens

que je serais fier de côtoyer, que ce soit au Canada ou en Arabie saoudite.

Est-ce que j'aime la politique? Pas beaucoup. Est-ce que j'aime les autres politiques près de chez nous? Pas beaucoup.

C'est une question importante, mais avec laquelle j'ai appris à vivre à ma façon.

[Français]

Luc Thériault: L'Organisation mondiale de la santé nous invite à faire attention au caractère éthique de cette question. J'imagine qu'en 1978, ce n'était pas comme aujourd'hui, mais cela ne vous pose-t-il aucun problème d'aller pratiquer en Arabie saoudite et de faire en sorte que vos compétences servent à un régime qui se fiche des droits de la personne?

Vous auriez pu choisir d'aller pratiquer ailleurs, là où on respecte les droits de la personne. Pourquoi avez-vous choisi de quitter le Canada pour aller en Arabie saoudite? J'ai cru comprendre que c'était parce que vous aviez des avantages pécuniaires que vous n'aviez pas ailleurs. Est-ce que je me trompe?

• (1255)

[Traduction]

Andrew Padmos: Eh bien, je pense que vous vous trompez en disant que j'y suis allé en raison des avantages pécuniaires, qui n'étaient ni extrêmes ni continus. J'aurais pu avoir, et j'avais déjà, une carrière très prometteuse ici au Canada, alors ce n'était pas vraiment un choix entre plus ou moins d'argent; c'était un choix de lieu.

Comme je l'ai dit, au départ, notre famille est partie pour deux ans...

La présidente: Docteur Padmos, pouvez-vous conclure, s'il vous plaît? Nous n'avons plus de temps. Merci.

Andrew Padmos: ... et a été heureuse de pouvoir rester là-bas plus longtemps.

La présidente: Merci.

Je donne la parole aux conservateurs pour cinq minutes.

Allez-y, monsieur Bailey.

Burton Bailey: Docteur Padmos, ai-je raison de dire que la formation des Saoudiens est une source de revenus pour les universités?

Andrew Padmos: C'est exact.

Burton Bailey: Vous avez dû vivre dans un complexe pendant votre séjour en Arabie saoudite. N'avez-vous pas vu les violations des droits de la personne qui se produisaient autour de vous dans le milieu hospitalier?

Andrew Padmos: Je ne sais pas à quel type précis de violation des droits de la personne vous faites allusion.

Burton Bailey: Je veux dire n'en avez-vous vu aucune, ou avez-vous été totalement naïf à cet égard?

Andrew Padmos: Non, je ne dirais pas naïf. Nous étions ouverts. Nous acceptions tout patient atteint d'une tumeur maligne. L'hôpital était spécialisé dans ce domaine, de sorte que les couches socioéconomiques étaient certainement mélangées et équilibrées.

Burton Bailey: Docteur Rao, j'aimerais mieux comprendre votre paiement à l'acte. C'est un mélange. C'est une combinaison.

Avez-vous une facturation de bonne foi en Ontario?

Lorsqu'une personne vient d'un autre pays, qu'elle est gravement blessée et que vous la traitez automatiquement, la province vous paie-t-elle, même si elle n'a pas d'assurance médicale? Y a-t-il une facturation de bonne foi?

Sandra Rao: Parlez-vous de patients qui n'ont pas d'assurance ou de patients couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario?

Burton Bailey: C'est exact. Quelqu'un se présente à l'urgence sans couverture médicale, et vous le soignez. Existe-t-il une facturation de bonne foi?

Sandra Rao: Nous les soignons sans condition. Pour ce qui est de nous faire rembourser par le gouvernement si le patient ne paie pas, non, cela n'existe pas.

Burton Bailey: Merci.

En Alberta, on vient tout juste de rétablir la facturation de bonne foi, parce que beaucoup de médecins étaient rendus au point où cela pouvait se chiffrer jusqu'à 30 000 ou 40 000 \$ par médecin dans les services d'urgence et pour les spécialistes, et ils n'étaient pas payés.

Quel type de données sont recueillies lorsque les patients se présentent? Connaissez-vous leur numéro d'assurance-maladie de l'Ontario qui indique qu'ils ne sont pas couverts? Savez-vous s'ils sont...? Est-ce que leurs données sur la citoyenneté ou tout autre type de données sont recueillies ou vous sont présentées lorsque vous voyez ce patient?

Sandra Rao: Pour tout patient qui se présente, je peux voir quel type d'assurance-maladie il détient, qu'il s'agisse de l'assurance-santé de l'Ontario, d'une assurance privée ou d'aucune assurance. Personnellement, je n'ai pas accès à son statut de citoyenneté pour savoir s'il est résident permanent, citoyen ou travailleur temporaire. Il s'agit uniquement de sa couverture santé.

Burton Bailey: Lorsqu'il s'agit de patients non assurés, comme vous l'avez dit, vous les traitez aux urgences. Savez-vous ce qu'il advient d'eux lorsqu'ils sont transférés dans le service, et qui leur offre des services? Avez-vous déjà été confrontée à cette situation?

Sandra Rao: Pendant leur séjour dans le service, ils continuent d'être traités par les médecins hospitaliers qui, je crois, leur facturent les soins individuellement à leur discrétion.

Burton Bailey: Ils les facturent individuellement. D'accord.

Sandra Rao: C'est cela.

Burton Bailey: Croyez-vous qu'il soit juste que les provinces doivent assumer le fardeau des soins de santé pour une population croissante, sans consultation, en raison de l'augmentation sans précédent du nombre d'immigrants dans le cadre de la politique fédérale d'immigration?

Sandra Rao: Non, je ne crois pas que ce soit juste.

Burton Bailey: Un système national normalisé d'octroi de licences pour les professionnels de la santé serait-il un avantage net pour les soins de santé au Canada?

• (1300)

Sandra Rao: Oui.

Burton Bailey: L'immigration internationale a entraîné une explosion de la croissance démographique, dépassant de loin la capacité de l'infrastructure des soins de santé et des ressources humaines. Croyez-vous qu'il soit juste que les provinces soient obligées d'assumer tout le fardeau des soins de santé découlant de la politique fédérale d'immigration sans consultation sur les moyens?

Sandra Rao: Je ne crois pas que ce soit juste. Je crois qu'il devrait y avoir des consultations avec le gouvernement fédéral pour déterminer ce qui est faisable au niveau provincial.

Burton Bailey: Vous étiez peut-être au courant des 1 100 médecins saoudiens qui travaillent ici. Pourquoi les médecins formés au Canada qui sont en Irlande ou dans cette autre école que vous ouvrez dans les Caraïbes ne pourraient-ils pas obtenir la même offre pour combler ces postes supplémentaires que l'université crée pour des personnes privilégiées?

Sandra Rao: Je peux seulement supposer que c'est à cause du financement, parce que le gouvernement n'accorde pas de fonds supplémentaires pour ces postes.

Burton Bailey: Merci.

La présidente: Nous allons passer au prochain intervenant...

Doug Eyolfson: Madame la présidente, comme il est 13 h 2, je propose que la séance soit levée.

Dan Mazier: Non. J'invoque le Règlement.

La présidente: Je suis désolée; une motion d'ajournement ne peut pas faire l'objet d'un débat.

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

La présidente: Je vais nous permettre de faire un autre tour. J'ai prévenu le Comité, au début, que nous avions du mal, au milieu de la réunion, à équiper les gens d'un micro, etc. Cela prend du temps. Je ne vous garantis pas que nous terminerons à temps, à moins que ce comité accepte à l'unanimité de dépasser le temps prévu à chaque réunion.

Madame Chi, vous avez cinq minutes, puis je lèverai la séance.

Merci.

Allez-y, madame Chi.

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

Je serai brève, car il est 13 heures. Je remercie les témoins d'être restés plus longtemps que prévu pour appuyer le Comité. Je serai très brève.

Docteur Rao, de quel réseau de santé relevez-vous actuellement?

Sandra Rao: C'est le Scarborough Health Network.

Maggie Chi: Je sais que votre réseau de santé est confronté à de nombreux défis. Pourriez-vous nous décrire certains des défis que vous avez constatés? Avez-vous vu des investissements provinciaux dans l'ouverture de nouvelles ailes ou des investissements provinciaux dans de nouveaux programmes depuis que vous travaillez là?

Sandra Rao: Il est certain que notre réseau fait un excellent travail pour accroître le soutien pour tous les niveaux de soins au sein de notre service d'urgence ainsi que...

Maggie Chi: Je suis désolée de vous interrompre. Je veux simplement être très brève.

Y a-t-il eu des investissements provinciaux dans les programmes?

Sandra Rao: Oui, il y en a eu.

Maggie Chi: Pouvez-vous nous dire s'il s'agit d'une infrastructure ou d'un nouveau centre de dialyse, par exemple? Pouvez-vous nous donner des précisions?

Sandra Rao: Il s'agit d'un soutien pour les soins de santé primaires, pour les équipes interprofessionnelles de santé afin de répondre aux besoins non satisfaits des soins primaires dans notre collectivité.

Nous rénovons également au moins deux des trois hôpitaux.

Maggie Chi: De quels hôpitaux s'agit-il?

Sandra Rao: Il s'agit du Centenary et du Scarborough General.

Maggie Chi: Diriez-vous que ce sont des infrastructures vieillissantes qui n'ont pas reçu de financement depuis de nombreuses années et qui ont été laissées de côté par le gouvernement provincial?

Sandra Rao: Je ne peux pas me prononcer sur les détails du financement des hôpitaux par le gouvernement provincial.

Maggie Chi: Connaissez-vous la structure de financement pour la construction d'hôpitaux et le financement des hôpitaux et des ressources?

Sandra Rao: Je ne suis pas directement informée des structures de financement de ces hôpitaux.

Maggie Chi: D'accord. Merci.

Je suis au courant de certaines des difficultés auxquelles fait face le réseau de santé de Scarborough. C'est en grande partie une infrastructure vieillissante, comme vous l'avez sûrement constaté par vous-même.

En ce qui concerne le soutien, seriez-vous d'accord pour dire que la province pourrait mieux soutenir les gens sur le terrain?

Sandra Rao: Je pense que la province pourrait toujours faire mieux.

Maggie Chi: Merci beaucoup.

Je n'ai pas d'autres questions.

La présidente: Merci beaucoup.

Je tiens à remercier...

Dan Mazier: Madame la présidente, j'invoque le Règlement.

La présidente: Oui, vous pouvez invoquer le Règlement.

• (1305)

Dan Mazier: Je désire simplement un consentement unanime pour la... Nous en avons parlé la dernière fois. Il s'agit de la liste des témoins de la greffière.

La présidente: Excusez-moi; vous ne pouvez pas présenter de motion, monsieur Mazier, dans le cadre d'un rappel au Règlement. Je suis désolée. C'est une motion dont vous parlez, n'est-ce pas?

Dan Mazier: C'est une motion demandant le consentement unanime que nous avons tous convenu de...

La présidente: Oui, mais vous ne pouvez pas présenter une motion dans le cadre d'un rappel au Règlement...

Dan Mazier: ... et la greffière demande des précisions.

La présidente: Vous ne pouvez pas proposer une motion lors d'un rappel au Règlement.

Dan Mazier: J'ai une autre motion demandant le consentement unanime pour des classeurs numériques.

La présidente: Vous ne pouvez pas proposer une motion lors d'un rappel au Règlement.

Je demanderais au député de lire...

Dan Mazier: Je ne propose pas de motion. Tout a été déposé. Je demande le consentement unanime, madame la présidente.

La présidente: Peu importe que la motion ait été présentée ou non...

Dan Mazier: Je demande que le Comité entende...

La présidente: Vous présentez une motion dans le cadre d'un rappel au Règlement.

Dan Mazier: Je demande...

La présidente: Je pense que vous devriez essayer de lire les règles du livre vert.

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>