



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 014 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 2 avril 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le jeudi 2 avril 2009

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous souhaite la bienvenue à cette étude.

Je crois savoir que nous avons beaucoup de témoins à écouter aujourd'hui, et je vais donc augmenter la durée prévue pour l'audition des témoins. Je crois que nous en avons six ayant une déclaration.

Docteure Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Je veux présenter mes excuses aux témoins au nom du comité. Faire défiler sept témoins en une heure est inacceptable. Cela ne nous permet pas de faire notre travail.

Je pense qu'à l'avenir le greffier doit demander au comité ses préférences. On aurait pu nous proposer une séance supplémentaire ou prolonger celle-ci pour que nous puissions faire un travail convenable. Nous n'avons même pas assez de temps pour que les fonctionnaires nous brossent le tableau de ce qui a été fait et de ce qu'ils espèrent faire. Si c'est ainsi que nous allons mener l'étude, autant nous arrêter tout de suite. Nous ne pourrions pas faire un bon travail. Je veux voir un plan de travail et peut-être devons-nous tenir une réunion du comité directeur.

Je ne sais pas si Shelagh Jane Woods va prendre la parole. Les ressources humaines dans le domaine de la santé des Autochtones sont l'un des aspects les plus importants que nous ayons à traiter et elle a été rangée sous tout le ministère de la Santé.

La présidente: Plus tôt nous commencerons, plus tôt nous entendrons les témoignages. Je vais prolonger la séance.

L'hon. Carolyn Bennett: Je sais que ces témoins ont été convoqués parce que nous étions censés entendre le ministère mardi, et le projet de loi a débordé. On aurait dû les appeler et leur demander s'ils voulaient comparaître un autre jour, lorsqu'ils disposeraient de plus de temps et auraient une meilleure possibilité de convaincre le comité.

Ce n'est pas une façon de procéder. Si nous allons juste effleurer la surface, autant rédiger le rapport tout de suite, car la plupart d'entre nous saurions quoi y inscrire. Mais si nous voulons vraiment approfondir et trouver quelques solutions réelles, alors il faut nous donner le temps de faire le travail. D'ici qu'ils terminent leur déclaration liminaire, la séance sera achevée.

La présidente: L'autre solution...

L'hon. Carolyn Bennett: Je suis capable de lire les déclarations liminaires.

La présidente: Docteure Bennett, pourrais-je juste placer un mot, s'il vous plaît? L'autre solution serait de reporter notre plan de travail jusqu'après le congé de Pâques et de nous limiter aujourd'hui aux témoins et aux questions.

Quel est le souhait du comité?

L'hon. Carolyn Bennett: J'étais déjà fâchée lorsque je pensais que nous n'avions que deux heures pour eux, et je me rends compte maintenant que nous n'avons qu'une heure. C'était impossible lorsque c'était deux heures. C'est insultant de ne leur consacrer qu'une heure.

La présidente: Docteure Bennett, si nous pouvions régler cette question, nous ne gaspillerions pas de temps.

Je demande quel est le vœu du comité. Tout le monde veut entendre les témoignages complets et nous voulons l'occasion de poser des questions. Nous devons également parler de nos travaux futurs, mais l'option serait d'entendre les témoins aujourd'hui, avoir la période des questions, et reporter le plan de travail à la première séance après le congé.

Pourrais-je avoir vos avis à ce sujet?

Docteur Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): J'allais proposer de siéger les deux heures. Je crois que Mme Davidson a également une suggestion.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): J'allais dire qu'il est important d'entendre les témoins comparaisant à titre personnel. Si les fonctionnaires du ministère sont tous d'Ottawa, pourquoi ne pas les convoquer un autre jour? Peut-être ne sont-ils pas tous d'Ottawa, mais si c'est le cas, nous pourrions entendre les témoins qui se sont déplacés.

• (1535)

La présidente: Nous sommes heureux que vous soyez tous là, et chacun est impatient d'entendre votre témoignage et de vous poser des questions.

Qui veut reporter les travaux du comité jusqu'au premier jour après la reprise, un mardi, et entendre les témoins aujourd'hui?

Des voix: D'accord.

La présidente: Aujourd'hui nous entendons tous les témoins et poserons toutes nos questions. Nous nous pencherons sur les travaux futurs lors de la prochaine séance.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous étudions les ressources humaines en santé. J'aimerais entendre tout d'abord le ministère de la santé.

Madame McDade.

Mme Kathryn McDade (directrice générale, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé): Merci, madame la présidente.

Au nom de Santé Canada, je tiens à remercier le comité de me donner l'occasion de participer à l'étude qu'il réalise sur les ressources humaines en santé.

J'aimerais vous donner un aperçu rapide des investissements de Santé Canada dans les ressources humaines en santé. Ce faisant, je vais essayer d'axer mon exposé sur certains des sujets d'intérêt précis énoncés dans le mandat d'étude du comité, notamment le recrutement et la fidélisation, la prestation des soins de santé en équipe, l'accréditation des professionnels formés à l'étranger, et les Autochtones.

Les ressources humaines en santé sont une priorité pour Santé Canada depuis 2003, date à laquelle les premiers ministres du Canada se sont engagés à collaborer pour mettre en place et conserver une main-d'oeuvre stable et optimale en matière de santé. Les premiers ministres ont reconnu qu'une offre et une répartition adéquate des prestataires de soins de santé dans tout le pays sont un facteur clé si l'on veut que les Canadiens aient accès aux services de santé dont ils ont besoin. Dans le cadre de cet engagement, Santé Canada a réalisé des investissements ciblés et joué un rôle de chef de file stratégique tout en collaborant avec les gouvernements, les ordres professionnels, les organismes de soins de santé et d'autres ministères fédéraux. Nos investissements viennent en complément des investissements massifs des gouvernements provinciaux et territoriaux dans les ressources humaines en santé puisque la prestation des services de santé à la grande majorité des Canadiens relève de leur compétence.

Santé Canada a réalisé des investissements dans trois initiatives primordiales en matière de ressources humaines en santé. Il y a d'abord la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, financée à hauteur de 20 millions de dollars par an. Deuxièmement, nous avons l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger, qui bénéficie d'un financement annuel de 18 millions de dollars. Troisièmement, nous avons l'Initiative relative aux ressources humaines en santé des Autochtones, un programme quinquennal assorti d'un financement total de 100 millions de dollars.

[Français]

Je vais vous exposer rapidement les objectifs généraux de ces trois initiatives et les réalisations accomplies jusqu'à maintenant. Avec ma collègue, Shelagh Jane Woods, cela me fera plaisir de donner de plus amples renseignements à l'occasion de la séance de questions et réponses qui aura lieu cet après-midi ou de le faire par écrit, selon la préférence du comité.

La Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé a pour vaste objectif d'assurer la disponibilité de professionnels de la santé appropriés, qualifiés et compétents pour dispenser des services de santé sûrs et efficaces.

[Traduction]

En vertu de la stratégie, Santé Canada finance sous forme de contribution un large éventail de partenaires en vue d'appuyer l'élaboration de modèles de prévisions des ressources humaines en santé, des recherches sur les politiques et l'identification et la diffusion de pratiques et de modèles innovateurs. Nos fonds ne servent pas à effectuer des investissements directs dans les RHS, tels que la formation des prestataires de soins, les salaires ou d'autres coûts de main-d'oeuvre.

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines a joué un rôle clé dans l'élaboration de cette stratégie et son exécution. Il s'agit là d'un comité fédéral-provincial-territorial qui fournit des conseils politiques et stratégiques à la conférence des sous-ministres et qui constitue également une tribune de collaboration sur les priorités communes.

Une importante partie des projets financés en vertu de la stratégie sont centrés sur le recrutement et la fixation des professionnels de la santé. Nous avons travaillé avec des responsables des programmes d'étude de premier cycle en médecine à l'adaptation de leurs programmes afin d'encourager un plus grand nombre d'étudiants à s'orienter vers la médecine familiale. Nous avons investi dans les programmes de perfectionnement professionnel après l'obtention du permis d'exercer, afin d'aider la main-d'oeuvre à adopter de nouvelles méthodes de travail. En vue d'accroître les taux de maintien en poste des travailleurs de la santé, notamment du personnel infirmier, nous avons effectué des investissements dans des projets pilotes et d'autres initiatives pour renforcer les pratiques d'emploi dans le secteur de la santé.

[Français]

Pour que les prestataires de soins de santé possèdent les compétences nécessaires pour fournir des services de santé de qualité dans le cadre d'un système qui évolue, Santé Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, de même qu'avec d'autres intervenants, à des projets qui encouragent la formation interprofessionnelle et une approche davantage collaborative de la prestation de soins.

● (1540)

[Traduction]

Nous avons investi dans plus de 32 projets de pratique interdisciplinaire, qui ont amené une meilleure connaissance et un plus grand partage des pratiques exemplaires en matière de soins en équipe, accru le nombre d'établissements offrant des cours obligatoires de formation interprofessionnelle, augmenté le nombre de formateurs capables d'enseigner des modèles de pratique interprofessionnelle et majoré le nombre de professionnels de la santé formés à la pratique collaborative.

J'aimerais aborder maintenant la deuxième des initiatives de Santé Canada en matière de RHS, soit l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger, ou IPSDE.

Les professionnels de la santé diplômés à l'étranger constituent une part non négligeable de la main-d'oeuvre du secteur de la santé. Par exemple, 23 p. 100 des médecins du Canada et 7 p. 100 du personnel infirmier ont été formés à l'étranger. On sait que ces professionnels peuvent rencontrer des difficultés sérieuses à s'établir dans leur profession.

En 2005, le gouvernement du Canada a donc lancé l'IPSDE, doté de 75 millions de dollars sur cinq ans. Le but général de cette initiative est de réduire les obstacles qui se dressent devant ces professionnels et de leur faciliter l'accès à l'information sur le parcours à suivre, à l'évaluation des titres de compétences, à la formation, à l'orientation et à d'autres formes de soutien en vue de leur intégration professionnelle. Le gros des crédits alloués à l'IPSDE, soit environ 80 p. 100 du total, va aux gouvernements provinciaux et territoriaux au titre d'accords bilatéraux conclus avec Santé Canada. Le reste soutient des initiatives pancanadiennes.

Les provinces et territoires ont consacré leur partie des fonds à un éventail de programmes. Elles ont élaboré des initiatives novatrices dans les domaines de l'évaluation des titres de compétences, de la formation de transition, des services d'information et d'orientation. Pour vous donner quelques brefs exemples, l'Ontario a mis en place un service d'information, de conseil et d'orientation à guichet unique. Il a déjà servi plus de 3 000 clients. Comme deuxième exemple je mentionnerais le nouveau programme d'évaluation des titres de compétences des infirmières diplômées à l'étranger, qui avait été initialement élaboré en Alberta et a maintenant été repris par toutes les provinces de l'Ouest ainsi que la Nouvelle-Écosse.

Les fonds destinés aux initiatives pancanadiennes ont favorisé la mise sur pied d'un programme de familiarisation avec le système de santé canadien, un programme qui a été largement utilisé. À l'heure actuelle, ces crédits appuient aussi l'élaboration de méthodes d'évaluation nationales des diplômés en médecine et en sciences infirmières étrangères.

[Français]

La prestation de soins de santé aux Autochtones compte parmi les problèmes les plus persistants et les plus critiques en matière de main-d'oeuvre.

Santé Canada sait que la population autochtone bénéficie de services de soins de santé de tous les niveaux de gouvernement. Nous savons que tous les systèmes de santé sont confrontés à des pénuries de personnel qualifié et que, parallèlement, il faut former plus de professionnels de la santé autochtones et de professionnels non autochtones dotés de compétences culturelles pour dispenser des soins aux patients autochtones.

[Traduction]

Le gouvernement du Canada s'emploie à renforcer et à accroître les ressources humaines en santé autochtones depuis un certain temps. En 2005, il a annoncé un nouvel investissement ciblé de 100 millions de dollars échelonné sur cinq ans dans l'Initiative sur les ressources humaines en santé d'origine autochtone, afin de contribuer à élaborer des stratégies de ressources humaines en santé qui répondent aux besoins particuliers et à la diversité des populations autochtones.

L'IRHSOA touche à sa fin, et on constate les premiers résultats de nos investissements et des activités entreprises. Par exemple, le nombre d'étudiants autochtones bénéficiant de bourses d'études dans le domaine de la santé a augmenté pour atteindre le chiffre de 1 398 pour la période de quatre ans s'échelonnant de 2005-2006 à 2008-2009. En collaboration avec nos partenaires, nous avons mis au point un certain nombre d'outils que peuvent utiliser 17 écoles de médecine canadiennes pour contribuer à détruire les obstacles à l'admission des étudiants autochtones et à augmenter le nombre d'entre eux qui s'inscrivent à des programmes de formation en médecine.

Un examen de mi-parcours du programme de l'IRHSOA est en cours. Les résultats nous fourniront davantage de données sur les ressources, à la mise en oeuvre des activités et les résultats. Cet examen devrait être terminé à la fin du mois de mai 2009. Ses conclusions nous permettront de revenir les meilleures pratiques et de formuler les leçons à retenir en matière de ressources en santé pour les Autochtones.

En conclusion, j'aimerais souligner que, bien que les trois initiatives dont j'ai fait le survol aujourd'hui soient relativement nouvelles, elles contribuent à la solution des problèmes les plus difficiles en matière de ressources humaines en santé auxquels sont

confrontés les gouvernements, et dont plusieurs sont ciblés dans le mandat du comité.

Merci, madame la présidente.

• (1545)

La présidente: Merci beaucoup, madame McDade. Vous nous avez fait part de choses très intéressantes et je sais que les membres du comité seront désireux de vous poser quelques questions une fois que nous aurons entendu tous les exposés.

Représentant le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, nous avons Mme Corinne Prince-St-Amand, qui est directrice générale des titres de compétences étrangers. Madame St-Amand, vous avez la parole.

[Français]

Mme Corinne Prince St-Amand (directrice générale, Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration): Je vous remercie, madame la présidente.

Je m'appelle Corinne Prince St-Amand. Je suis directrice générale du Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers à Citoyenneté et Immigration Canada.

Je remercie le comité d'avoir bien voulu me donner l'occasion d'expliquer brièvement le rôle de CIC en ce qui concerne les ressources humaines dans le domaine de la santé. Aujourd'hui, je vais mettre l'accent sur l'accréditation des professionnels formés dans d'autres pays.

[Traduction]

En ce qui concerne les ressources humaines dans le domaine de la santé, le rôle de CIC prend plusieurs formes, depuis la sélection des immigrants, leur intégration dans la société, ainsi que l'aide offerte aux personnes formées à l'étranger pour qu'elles puissent faire reconnaître leurs titres de compétences.

Je vais centrer mon attention cet après-midi sur l'un des thèmes de votre étude, l'accréditation des professionnels en santé.

Nous admettons tous, je pense, que l'immigration a été cruciale pour la croissance et le dynamisme économique du Canada et qu'elle continue de l'être. Cependant, la reconnaissance des titres de compétences des personnes formées à l'étranger reste un gros problème dans tout le pays.

Au Canada, l'évaluation et la reconnaissance des titres de compétences est du ressort des provinces et territoires. Le système met en jeu de nombreuses juridictions et maints intervenants, notamment cinq organismes d'évaluation provinciaux, plus de 200 établissements d'enseignement postsecondaire et plus de 440 organismes de réglementation.

De fait, plus de 53 ministères provinciaux et territoriaux sont concernés, car il y a des ramifications pour les ministères s'occupant respectivement de l'immigration, du marché du travail, de la santé et de l'enseignement. Il y a littéralement des milliers d'acteurs dans ce dossier, lorsqu'on y ajoute les employeurs, qui jouent un rôle important sur le plan de l'évaluation des titres de compétences et de l'expérience professionnelle dans le cas des professions non réglementées.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer, complémentaire de celui des provinces et territoires, consistant à faire en sorte que les nouveaux arrivants soient à même d'utiliser de manière productive leurs talents, leurs compétences et leurs ressources une fois au Canada.

[Français]

Dans ce but, en mai 2007, le gouvernement du Canada a créé le Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers pour aider les personnes qui ont étudié et qui ont été formées à l'étranger à trouver des renseignements qui font autorité et qui sont exacts sur le marché du travail canadien et sur le processus qu'utilise le Canada pour évaluer et reconnaître les titres de compétences.

[Traduction]

Le Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers permet un effort concerté au niveau fédéral pour travailler avec les provinces, les organismes de réglementation et les employeurs dans le but de coordonner les efforts des administrations fédérale et provinciales, de communiquer les pratiques exemplaires dans l'ensemble du pays et d'éviter le chevauchement et la répétition dans un domaine qui est extrêmement complexe.

Depuis sa création en 2007, les services personnalisés offerts dans 330 Centres Service Canada ont permis à plus de 46 000 personnes d'obtenir l'information dont elles avaient besoin. Notre site Web a été consulté plus de 550 000 fois, en majorité depuis l'étranger, si bien que les intéressés accèdent à l'information voulue avant même leur arrivée au Canada.

Avant la création du Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers au sein de Citoyenneté et Immigration Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada avait jeté les bases d'un processus uniforme d'orientation dans ce domaine en établissant des partenariats avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants. Ce ministère avait aussi créé une plate-forme outre-mer, à titre de projet pilote, pour dispenser aux immigrants qualifiés les renseignements dont ils avaient besoin pour se préparer à entrer sur le marché du travail canadien.

Nos deux ministères vont continuer à travailler de concert sachant que le Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers assumera bientôt la responsabilité de la plate-forme outre-mer.

Les administrations provinciales, territoriales et municipales offrent aux nouveaux arrivants des services divers, notamment au moyen du portail Web « Se rendre au Canada ». C'est un outil qui permet aux candidats à l'immigration de trouver au même endroit l'information et les services dont ils ont besoin et qui leur évite d'avoir à naviguer dans plusieurs sites Web.

• (1550)

[Français]

Le premier ministre, les premiers ministres des provinces et les dirigeants des territoires admettent qu'il est important de reconnaître les qualifications étrangères pour la santé économique du pays. Ils ont demandé au Forum des ministres du marché du travail, avec le soutien des ministres responsables de l'immigration, de préparer un cadre de travail pancanadien d'ici à septembre.

[Traduction]

À l'appui des efforts des premiers ministres, le Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers a reçu des fonds supplémentaires dans le budget 2009, soit 13,7 millions de dollars sur deux ans, pour contribuer à la préparation du cadre de travail en harmonisant les normes et en ouvrant la voie vers la reconnaissance des qualifications étrangères pour les professions réglementées, notamment dans le domaine de la santé, à partir de l'outre-mer.

Le plus tôt les futurs immigrants sauront quelles étapes ils doivent suivre, le plus tôt le Canada pourra profiter de leur contribution à la société et à notre économie. Pour remédier à la pénurie de médecins dans tout le Canada, des progrès ont été faits dans plusieurs provinces, les diplômés en médecine formés à l'étranger ayant reçu les licences dont ils avaient besoin pour exercer au Canada. Par exemple, en 2008, le nombre de médecins licenciés a atteint un record, tout comme le nombre de médecins formés à l'étranger. Par rapport à 2007, cela représente une augmentation de 43 p. 100 du nombre de diplômés en médecine formés à l'étranger ayant été accrédités. Depuis 2004, les chiffres indiquent une augmentation constante d'une année sur l'autre du nombre de licences attribuées à de tels professionnels en Ontario. En Alberta, 40 p. 100 des médecins licenciés en 2008 étaient formés à l'étranger, ce qui est également un niveau record pour cette province.

Je vous remercie, madame la présidente. J'espère vous avoir donné un aperçu du rôle de CIC en ce qui concerne les ressources humaines en santé.

La présidente: Merci beaucoup, cela a été très utile.

Poursuivons avec Mme Carol White, directrice générale de l'intégration au marché du travail au ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences.

Mme Carol White (directrice générale, Intégration au marché du travail, ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences): Merci, madame la présidente.

Je suis Carol White, directrice générale de la Direction de l'intégration au marché du travail du ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences Canada. Notre domaine de responsabilité est la reconnaissance des titres de compétences étrangers, la mobilité de la main-d'oeuvre et l'information sur le marché du travail.

[Français]

Au nom de RHDCC, je tiens à remercier le comité de m'avoir permis de participer à son étude sur les ressources humaines en matière de santé.

Avant de formuler d'autres remarques, j'aimerais donner un aperçu des investissements et des activités de RHDCC qui concernent l'intégration sur le marché du travail des ressources humaines en matière de santé, et en particulier la reconnaissance des titres de compétences des professionnels formés à l'étranger.

[Traduction]

RHDCC est conscient qu'il ne peut pas atteindre son objectif — avoir la main-d'oeuvre la plus instruite, la plus compétente et la plus souple du monde — en travaillant seul de son côté, étant donné que les gouvernements et les organes de réglementation provinciaux et territoriaux exercent la responsabilité première sur les professions réglementées, y compris celles de la santé.

Je traiterai d'abord de la mobilité de la main-d'oeuvre. Cette expression désigne la liberté pour les travailleurs d'exercer leur profession partout où il existe des possibilités d'emploi.

[Français]

L'Accord sur le commerce intérieur est la base qui nous permet d'améliorer la mobilité de la main-d'oeuvre des professions réglementées, y compris 29 professions de la santé.

Le 16 janvier 2009, les premiers ministres ont signé un nouvel accord qui comprend une série de modifications au chapitre sur la mobilité, qui améliorera la mobilité des ressources humaines du Canada en matière de santé.

[Traduction]

Une étape importante a été franchie. À partir du 1^{er} avril 2009, les titres de compétences des travailleurs de la santé au Canada seront reconnus d'une province ou d'un territoire à l'autre. Selon le chapitre révisé sur la mobilité de la main-d'oeuvre de l'ACI, tout travailleur accrédité pour exercer une profession par un organisme de réglementation d'une province ou d'un territoire doit désormais être reconnu comme tel par tous les autres. Toute exception à cette règle devra être clairement énoncée et justifiée par un objectif légitime tel que la protection de la santé ou de la sécurité publiques.

Avec la pleine mobilité de la main-d'oeuvre, les gouvernements ont une responsabilité supplémentaire: s'assurer qu'il existe une procédure d'évaluation cohérente et un point d'entrée sur le marché du travail canadien. Le programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers de RHDCC fournit un financement sous forme de contribution et collabore avec les provinces, les territoires et autres partenaires à la facilitation de l'évaluation et de la reconnaissance des titres acquis à l'étranger.

• (1555)

[Français]

Les priorités de financement dans le cadre du programme visent notamment les projets de portée nationale qui tiennent compte des professions et des secteurs prioritaires ou de ceux que les gouvernements provinciaux et territoriaux ont désignés comme prioritaires. En outre, pour tout projet national, il faut également démontrer clairement la participation et l'appui.

[Traduction]

Les activités de projet typiquement financées par cette contribution sont la recherche et l'analyse, la planification et l'élaboration de processus, la conception et la mise au point d'outils pouvant aider les autorités réglementaires à évaluer les titres de compétences et les qualifications des personnes formées à l'étranger, l'activation des systèmes d'évaluation des titres, l'élaboration et la diffusion de l'information, ainsi que la création de partenariats et des activités connexes de mise en oeuvre.

Depuis 2003, le programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers a investi directement plus de 11,8 millions de dollars dans les professions liées à la santé. Cela représente environ 19 p. 100 des fonds de subventions et de contributions du programme, qui totalisent 63,5 millions de dollars depuis 2003. Ces investissements ont financé 28 projets distincts, soit 11 p. 100 de tous les projets financés au titre de ce programme.

[Français]

Les responsables du programme s'entretiennent régulièrement avec des représentants de Santé Canada et les comités de spécialistes du secteur de la santé pour s'assurer que les fonds du programme sont investis de manière stratégique et qu'on évite le chevauchement du financement. L'apport et les commentaires des représentants de Santé Canada sont sollicités pour toutes les propositions de projet en rapport avec la santé que reçoit le programme.

[Traduction]

Le programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers a largement contribué au renforcement de la capacité de reconnaissance des titres de compétences étrangers dans les

professions réglementées et non réglementées, et a facilité des partenariats et des initiatives stratégiques à l'appui de cette reconnaissance dans toutes les régions du Canada et à l'étranger. Nombre de ces investissements ont contribué directement aux efforts déployés par les professions médicales pour répondre aux recommandations formulées en 2004 par le Groupe de travail sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine.

Le programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers a commencé à travailler avec les professions réglementées dans trois métiers prioritaires, dont deux du secteur de la santé, soit les médecins et les infirmières. Depuis les travaux ont été élargis à neuf autres professions de la santé. Pour vous donner un petit exemple des projets que nous avons financés, nous avons investi avec le Conseil médical du Canada en vue de donner aux diplômés en médecine étrangers un meilleur accès aux outils d'évaluation avant leur arrivée au Canada.

Le Conseil médical du Canada a conçu un examen d'auto-évaluation sur Internet afin d'aider les diplômés en médecine étrangers à déterminer leur préparation à la procédure d'évaluation des médecins au Canada. Depuis 2004, l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada est devenu trois fois plus accessible, et on le trouve à présent dans 20 endroits, dont 12 hors du Canada.

Le Conseil médical du Canada a également créé le registre des titres de compétences des médecins du Canada au moyen de fonds provenant de ce programme. Le registre permet aux diplômés en médecine étrangers de demander en ligne la vérification de leurs titres de scolarité et de compétences pendant qu'ils sont encore dans leur pays d'origine.

[Français]

Malgré les progrès réalisés par tous les gouvernements, les obstacles à une intégration efficace des professionnels de la santé formés à l'étranger dans le marché du travail demeurent. Pour parvenir à cette intégration, le Canada doit avoir les procédures, les informations et les ressources nécessaires à la reconnaissance des connaissances, des compétences et de l'expérience des immigrants.

[Traduction]

C'est dans cette optique que, le 16 janvier 2009, les premiers ministres ont demandé au forum fédéral-provincial-territorial des ministres responsables du marché du travail d'agir de façon concertée pour que les procédures d'évaluation et de reconnaissance des titres de scolarité et de compétences étrangers soient cohérentes, rapides, équitables et transparentes à l'échelle du pays.

D'ici septembre 2009, les ministres élaboreront un cadre pancanadien de l'évaluation et de la reconnaissance des qualifications étrangères qui sera fondé sur ces principes, ainsi qu'un plan d'exécution.

Les premiers ministres ont convenu de terminer ces travaux très rapidement afin qu'une première sous-série de professions prioritaires réglementées atteigne les normes de service d'ici 2010. Le cas échéant, et dans la mesure du possible, ces normes de service permettront de parachever l'évaluation des qualifications étrangères dans un délai d'un an après la demande d'accréditation ou d'inscription à un ordre professionnel.

Le plan de mise en oeuvre sera guidé par une liste convenue de professions prioritaires dans laquelle les professions de la santé devraient être fortement représentées.

Pour conclure, j'aimerais souligner les efforts déployés par le ministère pour créer un régime concerté d'évaluation équitable et objective et harmoniser les mécanismes provinciaux et territoriaux de reconnaissance et d'accréditation des professionnels formés à l'étranger, tout en améliorant la mobilité de la main-d'oeuvre à travers le Canada.

Merci, madame la présidente.

• (1600)

La présidente: Merci beaucoup. Cela a été très intéressant. Je dois remercier également la Dre Bennett de sa suggestion de prolonger la séance.

Je vais maintenant donner la parole à nos médecins. Il est très intéressant d'entendre l'opinion de la base, et j'ai déjà beaucoup entendu parler de vous tous.

Docteure Mary Fernando, nous allons commencer par vous.

Dr Mary Fernando (médecin, à titre personnel): Merci. Je remercie le comité de m'avoir invitée à participer à son étude.

Ma recommandation, et j'y travaille depuis déjà plusieurs années, est que, en vue de retenir nos médecins et protéger notre investissement dans leur formation, le Canada modifie le régime fiscal fédéral de façon à permettre aux provinces de négocier la création d'un régime de retraite pour les médecins. À l'heure actuelle, aucun médecin ne touche de pension au Canada.

Comme vous le savez, il existe une pénurie de médecins. Cette pénurie oblige à faire deux constats cruciaux: premièrement, elle empire, et deuxièmement, elle est dangereuse pour les patients. Si l'on compare la situation du Canada en 2004, lorsque nous avions trois millions de Canadiens sans médecin de famille, à celle d'aujourd'hui, nous avons actuellement cinq millions de Canadiens sans médecin de famille. Ou bien si l'on compare notre classement OCDE pour le nombre de médecins, nous sommes passés du 16^e au 26^e rang.

Deuxièmement, la pénurie est dangereuse pour les patients. Une étude de l'OCDE portant sur 21 pays sur 25 ans a établi que moins il y a de médecins et plus les taux de mortalité prématurée, infantile et périnatale augmentent et plus l'espérance de vie diminue.

Le problème du gouvernement fédéral est que, bien qu'il transfère des fonds aux provinces pour la santé, il ne peut pas faire grand-chose pour assurer que ces crédits serviront à augmenter le nombre de médecins.

La crise économique actuelle accentue la tentation de la migration. L'âge moyen des médecins au Canada est d'environ 50 ans, et beaucoup ont perdu de 30 à 40 p. 100 de leur épargne-retraite du fait de la crise financière actuelle. Et les États-Unis s'attendent à ce qu'il leur manque 200 000 médecins en 2020. En outre, le président Obama prend des initiatives rendant la pratique médicale financièrement plus intéressante en faisant baisser les primes d'assurance contre la faute professionnelle et les frais généraux et en accroissant les taux de remboursement des médecins de premier recours. Cette combinaison de l'augmentation de la pénurie et des revenus des médecins aux États-Unis et de la baisse de l'épargne des médecins canadiens pourrait bien entraîner un raz-de-marée de départs de médecins et donc d'aggraver la pénurie au Canada.

L'analyse historique montre que les récessions correspondent à un exode de médecins canadiens. Je veux juste m'assurer que vous avez le diagramme sous les yeux. Parfait. Si vous prenez ces périodes de récession passées et les surimposez sur la courbe de migration des médecins canadiens — c'est le diagramme circulaire — vous voyez

une corrélation parfaite et une tendance claire et indéniable. Les récessions engendrent un exode sérieux de médecins au Canada.

La solution consiste à agir proactivement avec une mesure que seul le gouvernement fédéral peut prendre. Il est temps d'apporter un changement historique et de permettre aux médecins de cotiser à un régime de pension. Que faut-il pour mettre en oeuvre cette solution? Ma recherche montre que le Canada est le seul pays à ne pas autoriser ces médecins rémunérés par l'État à contribuer à un fonds de pension. Le gouvernement fédéral doit modifier sa législation fiscale et les déclarer admissibles à une pension. On nous dit que la présomption d'admissibilité des médecins à une pension ne remettrait pas en question les conventions provinciales.

Une majorité écrasante des médecins canadiens est en faveur de régimes de retraite. En 2005, le conseil général de l'Association médicale canadienne a adopté ma motion demandant au gouvernement fédéral de modifier la législation fiscale de façon à permettre aux médecins indépendants de cotiser à des régimes de retraite.

Un sondage antérieur du *Medical Post* a révélé que 91 p. 100 des médecins souhaitent une retraite. En outre, 76 p. 100 ont considéré que c'était la stratégie de négociation la plus importante. Un sondage de février 2009 du *Medical Post* a montré que 88 p. 100 des médecins de tout le Canada sont en faveur de pensions. Le *Medical Post* lance également une campagne de presse à l'ancienne pour donner des retraites aux médecins.

En résumé, la modification de la législation fiscale fédérale de façon à permettre aux médecins de négocier des régimes de retraite constitue une initiative de fixation qui a la pleine faveur des médecins et qui protège l'investissement consenti par le Canada dans la formation des médecins, en inversant la tendance historique à l'exode pendant les récessions.

Pour ceux d'entre nous qui considèrent que l'accès aux soins de santé représente un droit humain fondamental, veiller à ce que les Canadiens aient accès à des médecins en les retenant au pays avec des pensions est la bonne chose à faire.

J'espère que le comité donnera suite à cette recommandation et ouvrira une coordination avec l'AMC et moi-même en vue de modifier le régime fiscal fédéral, et ce de manière à ne pas mettre en cause les conventions provinciales.

Je vous remercie.

• (1605)

La présidente: Je vous remercie, docteure, de ces remarques très avisées.

Nous allons maintenant passer à la Dre Merrilee Fullerton.

Dr Merrilee Fullerton (médecin, à titre personnel): Merci beaucoup et bon après-midi.

Lorsque j'ai commencé à pratiquer la médecine il y a 20 ans, on se préoccupait en Ontario et au Canada d'un excédent de médecins. On pensait que la génération du baby boom jouirait d'une meilleure santé que toutes les précédentes et l'on s'attendait à une baisse du besoin de services de médecins. Les progrès scientifiques allaient maintenir les gens en meilleure santé, raccourcir les séjours hospitaliers et améliorer l'efficacité des traitements. Le coût croissant du système de santé au Canada était déjà une préoccupation, et on l'attribuait en partie aux médecins.

Par voie de conséquence, on a réduit les places dans les facultés de médecine de tout le pays, supprimé des hôpitaux et fermé des ailes dans les hôpitaux. En même temps, les modes d'exercice ont changé. On a imposé davantage d'années d'études universitaires avant l'inscription en faculté de médecine, et on a ajouté une année de formation en internat de médecine familiale. Au total, ces différentes mesures se sont combinées pour engendrer la pénurie de médecins actuelle.

Des tentatives ont été faites récemment pour remédier à cette pénurie. On a rétabli les places en faculté de médecine aux niveaux antérieurs et plus, mais il faudra plusieurs années avant que les dégâts soient réparés. L'évolution démographique, les progrès technologiques et pharmaceutiques ainsi que les attentes croissantes des patients jouent également un rôle dans les pénuries actuelles et futures de ressources humaines en santé. Certains de mes chiffres sont très similaires à ceux de la Dre Fernando, et je ne vais pas les répéter. Nous savons que cinq millions de Canadiens attendent un médecin de famille. Un million d'entre eux se trouvent en Ontario.

Regardons l'avenir. Au cours des 20 prochaines années, il faut s'attendre à voir doubler le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans, à une augmentation considérable des besoins de soins pour maladie aiguë et chronique ainsi que de soins de longue durée, et une multiplication par deux du nombre de maladies chroniques graves comme le cancer, le diabète, les maladies cardiaques et la démence, notamment l'Alzheimer. On prédit une grave pénurie d'infirmières, de l'ordre de 113 000 d'ici 2016. C'est là le chiffre donné par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. En outre, il y aura une concurrence accrue des autres pays, comme la Dre Fernando l'a expliqué, pour nos ressources humaines en santé.

En tant que médecin de première ligne, je constate de première main les difficultés causées par ces pénuries à mes patients et aux soignants avec lesquels je travaille. On me demande presque chaque jour si je connais un médecin de famille acceptant de nouveaux patients. Auparavant, je pouvais donner quelques noms, mais aujourd'hui je ne connais personne. Les équipes de santé familiales de ma région ont des listes d'attente. Certains patients officiellement inscrits — c'est-à-dire figurant officiellement sur la liste des patients d'un médecin — me disent qu'ils attendent des semaines un rendez-vous: deux ou trois semaines, juste pour une consultation. Ils ont bien un médecin de famille, mais ils ne peuvent le consulter dans un délai convenable.

Les patients ont de la difficulté à remplir les exigences d'assurance-invalidité, en raison des longs délais d'attente pour voir des spécialistes et obtenir des diagnostics. Ils courent le risque de perdre leur assurance-invalidité parce qu'ils n'ont pas accès aux ressources requises.

Les patients de neurochirurgie et d'orthopédie attendent de nombreux mois des diagnostics, tels que l'IRM et la scanographie. Ensuite, ils attendent encore des mois de plus pour voir le spécialiste. Cela accroît l'anxiété du patient et du médecin, sans parler de la détérioration potentielle et des problèmes de qualité de vie du patient pendant l'attente, ce qui exige une évaluation continue.

Les délais d'attente pour d'autres outils diagnostics augmentent dans ma région; les patients attendent des mois pour un simple ultrason. Cela est dû en partie à la pénurie de techniciens de diagnostic. Il n'y a pas que les médecins, pas que les infirmières, il y a aussi les techniciens des appareils de diagnostic.

En médecine familiale, les générations multi-âgées présentent des problèmes particuliers et complexes. J'entends par générations multi-âgées le fait que le patient est nonagénaire et les enfants

septuagénaires. Dans ces situations, le soignant doit faire plus pour organiser des types de soins simples. Évidemment, cela exige du personnel et des ressources supplémentaires et cela prend beaucoup de temps dans le cadre d'un cabinet.

De plus en plus de patients viennent me voir, même des amis, voisins et connaissances, pour me dire leur mécontentement avec les délais d'attente pour des soins. Je n'entends pas nécessairement les IRM, les CT et toutes les listes d'attente dont on parle dans les journaux; je parle simplement de l'attente d'un rendez-vous chez leur médecin de famille, s'ils en ont un.

Le personnel peut se décourager de ne pouvoir offrir des soins plus rapides. Nous voyons le moral se détériorer en première ligne.

• (1610)

Alors que l'on se tourne vers d'autres professionnels et les soins en équipe pour améliorer la situation actuelle, il existe aussi des pénuries chez beaucoup d'autres fournisseurs de soins, notamment les pharmaciens et quelques autres que j'ai mentionnés.

Nous pouvons prendre des mesures pour renverser la tendance. Des solutions existent, mais vous devez nous écouter, et je remercie infiniment le comité de nous avoir invités aujourd'hui.

Comme toujours, la première étape consiste à reconnaître l'ampleur et l'énormité du problème. À cet égard, le travail du comité est crucial. Nous devons élaborer une stratégie pour relever les nombreux défis, dont je n'ai esquissé que quelques-uns, et faire en sorte que les Canadiens aient accès à des soins de santé rapides et de qualité.

J'estime que cette stratégie pourrait englober un changement culturel en faveur d'un dialogue avec les patients et d'une prise en charge par eux de la responsabilité de leurs propres soins, avec notamment des améliorations informatiques. Je ne parle pas ici d'envoyer des choses aux pharmaciens pour que les ordonnances soient bien remplies, mais de relier directement les patients aux médecins et à leur personnel. Nous vivons dans un monde moderne avec des communications modernes. Il n'existe aucune raison pour laquelle cela ne pourrait se faire, et cela ne peut pas seulement se faire avec l'aide gouvernementale, mais aussi en collaboration avec d'autres groupes.

Je pense que nous devons envisager le suivi à domicile, ce qui met en jeu la technologie également. On commence à voir la surveillance de la glycémie à domicile. Ainsi, les patients âgés ne sont pas obligés de prendre leur voiture pour se rendre dans une tempête de neige au cabinet du médecin, payer le stationnement, et attendre. Il existe d'autres façons d'exercer la médecine et la médecine familiale et les omnipraticiens sont cruciaux à cet égard.

Si le comité voulait m'accorder l'indulgence de se souvenir de certaines de ces suggestions, j'apprécierais beaucoup.

Merci beaucoup de m'avoir invitée aujourd'hui. *Thank you very much.*

La présidente: Je peux vous assurer, docteur Fullerton, que non seulement nous allons nous en souvenir, mais que chacune de vos paroles a été enregistrée. Nous avons collectivement, comme comité, choisi ce sujet d'étude. Ce n'est pas juste une passade, c'est une étude très approfondie et nous sommes très intéressés. Tous les membres autour de cette table sont très intéressés.

Je tiens à vous remercier. Certaines de vos remarques éclairées étaient excellentes. On croit avoir déjà tout entendu, et puis des personnes comme vous arrivent et apportent de nouvelles idées, et je vous en remercie.

Nous allons maintenant passer au Dr Peter Kuling. Bienvenue.

Dr Peter Kuling (médecin, à titre personnel): Bonjour.

Je suis le Dr Peter Kuling. Je vous remercie de cette invitation à comparaître devant le comité dans le cadre de son étude des ressources humaines en santé.

J'ai passé la plus grande partie de ma carrière à exercer la médecine familiale à Prince Albert, en Saskatchewan. J'avais là un cabinet et une pratique hospitalière, où je faisais de l'obstétrique, les urgences et des opérations chirurgicales mineures et des assistances chirurgicales. Mes patients étaient principalement des Autochtones présentant des problèmes médicaux très complexes.

Au cours des 10 dernières années, j'ai exercé dans la région d'Ottawa, combinant toujours les consultations en cabinet et les soins hospitaliers. Je forme maintenant de nouveaux médecins généralistes, tant canadiens qu'étrangers. Tout cela fait partie de mon rôle de directeur médical de l'équipe universitaire interdisciplinaire de santé familiale. Étant en première ligne et soignant des patients tout en formant mon remplaçant éventuel, je suis bien placé pour voir ce que l'on a appelé la tempête démographique parfaite qui confronte la médecine chaque jour.

Une étude de l'Association médicale canadienne confirme ce que je vois. La plupart des médecins travaillent 50 heures par semaine, mais 70 p. 100 d'entre eux font 30 heures supplémentaires en service de garde. Seuls la moitié des médecins sont satisfaits de leur équilibre travail-vie personnelle. De fait, les médecins ont un risque de suicide double de celui de la population générale. Un médecin sur quatre souffre de troubles mentaux, les femmes médecins étant particulièrement exposées.

Ma semaine de travail typique consiste à voir des patients à la clinique et à l'hôpital et à enseigner et aux internes et aux étudiants en médecine, sans parler des fonctions administratives. Cependant, j'ai aussi deux périodes tournantes de garde, l'une couvrant le service hospitalier, avec une population principalement gériatrique présentant des problèmes de démence et médicaux et psychosociaux, l'autre étant ma pratique obstétrique et néonatale. La semaine dernière, j'ai accouché quatre femmes en dehors des heures de service normales. Un jour, je suis resté à l'hôpital de trois heures de l'après-midi jusqu'à minuit. Le lendemain, j'y ai été de 10 heures du soir à sept heures du matin. Même avec ces deux nuits passées en service de garde obstétrique, j'ai maintenu mes cliniques habituelles de jours ouvrables, mon enseignement et mes tâches administratives.

Mon équilibre travail-vie personnelle est meilleur qu'il n'était en Saskatchewan. En milieu rural, même les médecins qui ne sont pas de garde sont appelés. On les appelle la nuit pour assister leurs collègues. Dans mon cas, à Prince Albert, c'était pour soulager une salle d'urgence débordée, ou organiser un transfert de patients par ambulance, ou assister en salle opératoire, ou effectuer une opération chirurgicale d'urgence, ou une myriade d'autres choses.

Je dois vous raconter une anecdote. Un couple de médecins amis de Prince Albert est venu me rendre visite à Ottawa. Ils sont médecins tous deux et ont des lignes téléphoniques distinctes de chaque côté du lit. À leur arrivée à Ottawa, ils étaient visiblement épuisés. De fait, ils ont dormi presque toute la fin de semaine et sont repartis ensuite à Prince Albert. Pourquoi? Eh bien, au cours des 30 jours précédents, l'un ou les deux ont été appelés chaque nuit entre minuit et six heures du matin pour soigner des patients. Ai-je précisé qu'ils ont aussi trois enfants?

Je ne cherche pas à vous faire pleurer sur le sort des médecins. La majorité écrasante de mes collègues médecins aiment soigner, tout comme moi. C'est pourquoi nous choisissons ce métier. Cependant,

la réalité actuelle est que le nombre d'heures travaillées par les médecins dans les cliniques, les hôpitaux et les cabinets à travers le pays n'est pas supportable. Les séquelles laissées par ces heures sur la santé des médecins sont dévastatrices.

Le fait que le pays n'ait pas su se doter d'un nombre suffisant de médecins, ni d'une planification appropriée des ressources humaines en santé, pousse les médecins à modifier et restreindre leur régime de travail et, le pire de tout, à arrêter carrément de traiter des malades.

• (1615)

Il ne faut jamais oublier que tout cela se répercute sur nos patients. Nous avons trop peu de médecins, qui font pourtant de leur mieux en s'occupant d'un trop grand nombre de patients. Cela n'a été illustré pour moi que trop clairement, il y a peu, lorsque je suis arrivé à mon cabinet et que j'ai vu des patients faire la queue dans le froid devant la porte avant l'ouverture. Ils faisaient la queue parce que l'un de mes collègues a décidé d'accroître sa population de patients en acceptant cinq nouveaux par mois. Dès le premier jour du mois, il y a la queue devant notre porte.

Nous devons tout simplement construire une stratégie nationale afin de donner à tous les Canadiens accès à un médecin de famille, tout en incorporant aussi des mesures pour améliorer l'accès aux soins spécialisés. Une telle stratégie doit reconnaître que la nouvelle et les prochaines générations de médecins ne travaillent pas, et ne vont pas accepter de travailler le nombre d'heures ridicule qu'acceptent ceux de ma génération.

Les médecins de soins primaires peuvent fournir et fournissent d'excellents soins de première ligne en travaillant en équipe avec d'autres soignants. Nous devons appuyer ces initiatives avec de fortes stratégies de main-d'oeuvre ou bien risquer que le nombre des patients sans médecin de famille augmente, ce qui ne fera qu'encombrer davantage nos salles d'urgence et nos hôpitaux.

Au coeur de tout système de santé figure l'accès aux médecins de soins primaires. Avec une stratégie claire et dynamique, nous pouvons renforcer ce noyau tout en créant une main-d'oeuvre de médecins en bonne santé et jouissant d'un meilleur équilibre travail-vie professionnelle, car des médecins en meilleure santé font des patients en meilleure santé.

Je vous remercie.

• (1620)

La présidente: Et merci à vous. C'était un témoignage très impressionnant, docteur Kuling. Merci beaucoup.

Nous allons maintenant avoir deux tours de questions. Le premier tour sera de sept minutes chacun. Je vais demander, avec l'indulgence du comité, de siéger jusqu'à 17 h 15. J'ai quelques points à couvrir avec vous avant le congé.

Le comité accepte-t-il de siéger jusqu'à 17 h 15? Est-ce d'accord?

Des voix: D'accord.

La présidente: Excellent. Nous allons maintenant passer aux questions. Nous allons commencer avec un autre médecin, la Dre Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: Merci beaucoup, et merci à tous de comparaître.

J'espère que les médecins vont comprendre, mais je pense qu'il faut fixer le ton pour ce qui existe réellement. Je remercie les fonctionnaires de leurs exposés, mais je veux savoir quelle est la stratégie. Toute stratégie que j'ai jamais connue indique le quoi, le quand et le comment. Je n'ai pas entendu de stratégie indiquant comment nous allons combler l'écart pour les cinq millions de Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille.

Combien de temps faudra-t-il avant que chaque Canadien ait un médecin de famille? Qu'en est-il des pédonéphrologues et des pédoneurologues...? Qu'en est-il des spécialités gériatriques dont nous savons qu'elles deviendront de plus en plus nécessaires? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré par une réforme des soins primaires et la possibilité pour les médecins de voir plus de patients? Je vois beaucoup de programmes, mais je ne vois pas de stratégie.

Ce que je veux savoir ensuite, concernant le comité FPT, c'est quelle est la reddition de comptes? Quels sont les résultats des provinces? Je ne pense pas qu'une stratégie puisse consister à voler les médecins d'une autre province. Quel est réellement le plan de travail du comité FPT? A-t-il une stratégie?

Ces mots sont un peu inquiétants: « Ces fonds ne servent pas à des investissements RHS directs ». Ils sont pour les données, mais je n'en ai entendu aucune. Ils sont pour la recherche sur les politiques, mais je ne sais pas ce que cela signifie. Et « l'identification et la dissémination de modèles innovateurs... »

J'aimerais simplement savoir où nous en sommes sur le plan de la réalisation de l'objectif de ressources humaines en santé suffisantes. Il existe une pénurie mondiale dans ce domaine. Nous sentons l'appel d'air provenant des États-Unis.

Qu'allons-nous faire à l'échelle nationale? Quel est le rôle du gouvernement fédéral en collaboration avec les provinces et territoires pour nous amener à cet objectif?

Je ne sais pas si ces données existent quelque part, et si vous pourriez nous les fournir, mais j'aimerais savoir, selon votre stratégie, si l'an prochain il y aura six millions de Canadiens sans médecin de famille, ou bien sept millions, ou bien quatre millions, si le plan se déroule bien?

La présidente: Qui aimerait répondre à la question?

Madame McDade, vous êtes une femme courageuse.

• (1625)

Mme Kathryn McDade: Merci.

Il y avait là en fait plusieurs questions, et je vais essayer de ne pas mélanger les réponses.

Docteur Bennett, je vais commencer par la fin de votre question. Pour ce qui est des progrès réalisés, je reconnais d'emblée qu'il n'y a pas d'objectif national précis de réduction du nombre de Canadiens sans médecin de famille ou, pour dire les choses autrement, d'objectif précis d'offre de professionnels de la santé.

L'hon. Carolyn Bennett: Chez la population vieillissante d'infirmières, l'âge moyen est de 50 ans. Comment va-t-on le réduire? Avez-vous des stratégies pour cela?

Mme Kathryn McDade: Peut-être devrions-nous parler un peu de chiffres, puis passer aux stratégies. Vous avez demandé quel est le rôle fédéral et quelles sont les stratégies fédérales, mais je pense que vous voulez savoir aussi plus généralement quelles sont les stratégies provinciales-territoriales. Je crois que deux témoins au moins ont reconnu que des progrès considérables ont été réalisés pour ce qui est du nombre de professionnels de la santé employés et du nombre de

cours de formation. Nous en avons beaucoup toujours en formation, et nous escomptons que la vaste majorité d'entre eux vont exercer.

Vous avez mentionné la pédonéphrologie. Je n'ai pas ici toute la série de statistiques sur les professions de la santé, mais entre 2003 et 2007 — l'année la plus récente pour laquelle nous avons les chiffres de l'ICIS — le nombre total de médecins a augmenté de 7,1 p. 100. Le chiffre équivalent pour les infirmières autorisées est de 11,7 p. 100. Il s'agit là de personnes en exercice, employées.

L'hon. Carolyn Bennett: Mais vous me comptez.

Mme Kathryn McDade: Eh bien, je ne sais pas si l'ICIS compte les médecins non en exercice, mais votre observation est valide.

L'hon. Carolyn Bennett: Jean Charest a fait la même observation en 2004, à la RPM.

Mme Kathryn McDade: Je peux vous donner un complément d'information par écrit sur les méthodes statistiques utilisées, mais j'accepte votre observation que le nombre pourrait englober des médecins non en exercice.

Pour ce qui est du nombre dans le pipeline, le nombre des places au premier cycle de la faculté de médecine a considérablement augmenté. La hausse a été de 31 p. 100 sur la période 2002 à 2008. C'est une période de six ans; ce n'est pas insignifiant. Ce sont là des places d'étudiants en médecine de premier cycle, donc des gens au début de leur formation. Il faudra attendre de nombreuses années, comme la docteur Fullerton l'a dit, avant qu'ils exercent. Mais c'est un progrès.

En ce qui concerne les migrations de médecins au départ et à destination du Canada, pour la première fois depuis plusieurs années, nous avons un flux d'entrée net, si bien que nous n'avons plus un nombre plus grand de médecins formés au Canada quittant le pays que nous en avons qui reviennent après avoir exercé ou étudié à l'étranger. C'est positif.

Pour ce qui est d'une stratégie nationale, qui me paraît l'essentiel, quelle est la stratégie en matière de ressources humaines en santé? Il existe un cadre de planification pancanadien des RHS, que je me ferais un plaisir de remettre au greffier, qui a été avalisé par les ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux en 2005. Il pose que les provinces et territoires conservent la responsabilité de toute une série de mesures touchant la prestation des soins de santé sur le terrain. Mais il contient aussi des engagements partagés dans des domaines particuliers: une intégration plus rapide des professionnels de la santé formés à l'étranger, ainsi que des changements tant à l'éducation interprofessionnelle qu'à la pratique interprofessionnelle, ce que la plupart des experts reconnaissent être une façon indirecte de remédier à la pénurie. Le cadre contient donc un ensemble de mesures qui sont une combinaison d'activités provinciales-territoriales et d'activités partagées.

Pour en revenir à votre question sur le rôle fédéral dans tout cela, docteur Bennett, dans tous les domaines que j'ai évoqués — qu'il s'agisse des données, de la recherche sur les politiques, des pratiques exemplaires — des projets ont été mis en marche à l'appui de ce cadre national de planification. Je n'appellerais pas cela une stratégie, mais un cadre de planification nationale des RHS.

Je ne sais pas si j'ai laissé de côté des aspects de votre question, mais j'ai essayé de répondre à toutes.

• (1630)

La présidente: Merci, madame McDade.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Madame Prince St-Amand, ma question s'adresse à vous. Vous avez sept minutes pour y répondre.

Vous avez dit, au cours de votre présentation, que des milliers d'organisations, d'individus étaient impliqués dans un processus d'accréditation de travailleurs étrangers qualifiés.

Seriez-vous capable de nous expliquer concrètement comment cela fonctionne, comment, ailleurs, un individu qualifié procède pour venir travailler ici?

[Traduction]

La présidente: Qui aimerait répondre à celle-ci?

Madame Corinne Prince St-Amand.

Mme Corinne Prince St-Amand: Merci beaucoup de la question.

J'ai mentionné que de nombreux acteurs interviennent dans l'évaluation et la reconnaissance des titres de compétences dans notre pays. Il faut distinguer entre les professions réglementées et les professions non réglementées.

Dans le cas des professions réglementées, les quelque 440 organes de réglementation du pays sont des acteurs clés. Il existe aussi cinq organes provinciaux d'évaluation qui évaluent et reconnaissent les titres de compétences au nom de certains ordres professionnels et des candidats eux-mêmes. S'ils veulent faire évaluer leurs titres de compétences par rapport aux normes canadiennes, ils peuvent s'adresser à l'un de ces cinq organes d'évaluation, en payant un droit, pour savoir quel serait l'équivalent au Canada.

Un projet est actuellement en cours à RHDCC visant à créer un sixième organe d'évaluation pour les quatre provinces atlantiques. Ce projet a été avalisé par les quatre premiers ministres de l'Atlantique et des pourparlers sont en cours pour déterminer dans quelle province l'agence sera située.

Par ailleurs, 200 établissements postsecondaires évaluent les titres de compétences de particuliers aux fins d'études ultérieures. Si vous êtes un étudiant français et que vous aimeriez venir étudier à l'Université du Québec, vous devez savoir quelles sont les équivalences des cours que vous avez suivis en France ou quels diplômes vous seront crédités, avant de pouvoir suivre d'autres études dans un collège ou une université du Canada.

Il existe virtuellement des milliers d'acteurs dans ce domaine si l'on y ajoute les employeurs qui reçoivent chaque jour des CV de candidats, souvent rédigés dans d'autres langues — avec leurs diplômes joints. L'employeur est obligé de déterminer et de déchiffrer si le candidat à l'emploi possède les capacités et compétences pour faire le travail en question.

Il n'y a donc pas que l'évaluation des titres de compétences aux fins de l'autorisation d'exercer, car c'est là le rôle des organes de réglementation relativement aux professions réglementées. Nombre des professions de la santé sont réglementées. Mais dans notre sphère, nous nous intéressons et aux professions réglementées et à celles qui ne le sont pas. Il importe également d'aider les employeurs avec des outils pour faciliter les choses aux organismes d'évaluation provinciaux qui s'occupent souvent de ces professions non réglementées.

Il existe en outre plus de 53 ministères provinciaux et territoriaux. Si vous réfléchissez à la question de la reconnaissance des titres de compétences dans notre pays et que vous regardez province par

province, ainsi que par territoire, dans nombre d'entre elles la compétence appartient à l'un de quatre ministères ou à une combinaison de ministères. Il peut s'agir du ministère de l'Immigration dans certaines provinces. Ce pourrait être un ministère du marché du travail. Ce pourrait être le ministère de l'Éducation. Les ministères de la Santé provinciaux s'intéressent toujours aux professionnels de la santé. Dans mes remarques liminaires j'ai essayé de donner au comité une idée de la complexité du sujet en nommant les milliers de joueurs actifs dans ce domaine.

• (1635)

La présidente: Il vous reste encore du temps, monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Mme White veut-elle compléter?

[Traduction]

Mme Carol White: Oui. J'aimerais ajouter que la très grande complexité de la reconnaissance des titres de compétences et qualifications dans ce pays a amené les premiers ministres à s'engager à créer un cadre pancanadien, de façon à ce que nous puissions commencer à travailler de concert au niveau du gouvernement pour établir des méthodes d'évaluation qui soient justes, transparentes et rapides.

Les intéressés ont besoin de savoir combien de temps il faudra pour que leurs titres soient évalués, ce qu'ils devront faire en sus de l'évaluation pour être accrédités et si, par exemple, ils ne vont pas l'être pour une raison quelconque, quelles autres possibilités existent pour eux dans des professions apparentées à celles où ils ont acquis leur expérience ou leur formation.

Nous pensons que c'est là un engagement considérable de la part des premiers ministres. Nous pensons également que l'accord sur le commerce interne a réussi parce que les premiers ministres et tous les gouvernements ont contribué et collaboré à cette initiative. Nous voyons le même genre d'engagement avec ce cadre pancanadien sur la reconnaissance des titres de compétences.

La présidente: Madame St-Amand.

Mme Corinne Prince St-Amand: Pour compléter la réponse de Carol concernant l'engagement des premiers ministres, et répondre à M. Malo ainsi qu'à une partie de la question antérieure de la Dre Bennett, les premiers ministres ont demandé que le cadre soit prêt d'ici septembre de cette année, comme Carol l'a indiqué.

En préparation à la réunion des premiers ministres en janvier de cette année, au forum des ministres responsables du marché du travail, du haut en bas de l'échelle jusqu'au niveau ministériel, tout le monde a convenu non seulement de recommander aux premiers ministres fédéral et provinciaux les mesures à prendre et à exécuter par les ministres du Travail, mais aussi d'esquisser une échéance, à savoir que les demandeurs diplômés à l'étranger d'une autorisation d'exercer recevront une réponse positive ou négative dans un délai de 12 mois.

Si la réponse est négative, on leur indiquera quels autres titres il leur faut acquérir. S'ils n'ont aucune probabilité de recevoir l'autorisation, on leur indiquera dans quelles autres professions apparentées ils pourraient utiliser leur expérience, leurs connaissances et leur formation.

C'est donc une question importante, ce dont témoigne le fait que, pour la toute première fois, la question de la reconnaissance des titres de compétences étrangers a été inscrite en bonne place à l'ordre du jour des premiers ministres et que, pour la toute première fois, une échéance et un objectif clair ont été fixés.

Ils ont également indiqué que, dans la mesure du possible, le processus d'évaluation et de reconnaissance des titres de compétences commencerait outre-mer. En effet, nous pensons que cela devrait accélérer les choses. Au lieu que des médecins arrivent au Canada et passent deux ou trois années à se frayer un chemin à travers le système et à devoir travailler dans d'autres domaines, ils pourraient utiliser le temps occupé par les formalités d'immigration, pendant qu'ils sont encore dans leur pays d'origine, pour se préparer à l'avance. Cela leur éviterait d'arriver au Canada avec leur famille sans pouvoir exercer leur profession. Ce serait également plus économique pour le pays.

• (1640)

La présidente: Madame McDade, je crois que vous vouliez ajouter également quelques mots. Nous passerons ensuite à la question suivante.

Mme Kathryn McDade: Merci, madame la présidente.

Très rapidement, car je sais que le temps passe, j'aimerais ajouter que, même avant l'engagement des premiers ministres, dont Mme White a dit qu'il n'est intervenu qu'en janvier de cette année, les gouvernements collaboraient dans le cadre du comité consultatif sur la prestation des soins et les ressources humaines à une intégration et un cadre d'évaluation commune concernant tant les médecins que les infirmières. Le cadre d'évaluation commune des diplômés en médecine étrangers est en cours de mise en oeuvre. Le dossier administratif est quasiment complet et va être soumis pour aval. En ce qui concerne les infirmières formées à l'étranger, le travail est moins avancé, mais là encore tous les gouvernements se sont engagés à travailler sur un service d'évaluation national pour les infirmières.

Donc, pour ce qui est de ces deux professions cruciales, des travaux ont été menés antérieurement à la décision des premiers ministres mentionnée par mes collègues.

La présidente: Merci infiniment.

Nous allons maintenant passer à Mme Hughes.

Mme Carol Hughes (Algoma—Manitoulin—Kapusking, NPD): Merci.

J'apprécie certainement votre présence ici car je m'intéresse de très près au secteur de la santé. J'ai une soeur atteinte de la maladie d'Alzheimer et je sais ce que c'est de ne pas trouver de place pour elle. Je sais que le nombre des cas d'Alzheimer va se multiplier.

J'aimerais également une réponse à ma question de la part des médecins, en sus des autres commentateurs. Nous avons tous entendu parler des campagnes provinciales de recrutement de toutes sortes de professionnels de la santé et de la concurrence qu'elles se livrent. Nombre de petites villes, sans même parler des collectivités rurales, se livrent virtuellement à des enchères pour trouver des professionnels de la santé. Comment le ministère voit-il l'impact du changement à la mobilité interprovinciale intervenu le 1^{er} avril? Avec les pénuries, d'aucuns craignent que la levée des restrictions

interprovinciales va entraîner une migration des RHS vers les provinces plus riches et les centres urbains. Je me demande simplement si cette crainte est justifiée.

Une autre interrogation concerne les 1 398 étudiants autochtones recevant une assistance financière. J'aimerais une ventilation de ce chiffre par professions.

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question?

Madame McDade.

Mme Kathryn McDade: Je peux essayer.

Désolée, madame Hughes, mais je n'ai pas saisi le chiffre sur l'aide financière aux étudiants que vous avez cité.

Mme Carol Hughes: Vous avez mentionné que 1 398 étudiants autochtones reçoivent une bourse d'études médicales. J'aimerais connaître la ventilation de ces professions, si vous avez cela.

Mme Kathryn McDade: Je vais demander à ma collègue, mais je ne sais pas si nous avons cela ici.

Mme Shelagh Jane Woods (directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Je n'ai pas cela ici, mais je peux vous en dire un peu plus sur le programme, à savoir qu'il couvre toute une série de professions. L'initiative des ressources humaines en santé autochtones dont a parlé Kathryn consiste en bourses d'études versées à des membres des premières nations, des Inuits et des Métis pour un large éventail de professions dans le domaine de la santé. Il y a donc un certain nombre d'étudiants en médecine et en sciences infirmières — et dans presque toutes les autres professions du domaine de la santé — qui reçoivent une aide. Je me ferais un plaisir de vous procurer les statistiques.

Mme Carol Hughes: Oui, nous aimerions les connaître.

La présidente: Docteur Fullerton, souhaitez-vous intervenir à ce sujet?

Dr Merrilee Fullerton: Oui. En ce qui concerne votre question sur la mobilité et les permis d'exercice, l'un des problèmes que nous avons constaté est que les médecins prêts à faire du travail de suppléance dans des régions éloignées — même pour six mois ou plusieurs mois d'affilée — ne parviennent pas à obtenir l'autorisation d'exercer dans la province concernée. Le problème est peut-être moins que les médecins optent pour les provinces riches. Comme vous le savez, l'Ontario ne se porte pas si bien en ce moment et les autres provinces ont également leurs difficultés.

Je pense que le principal avantage sur le plan de la mobilité, du point de vue de l'autorisation d'exercer, est d'autoriser les remplacement dans d'autres régions, ce qui faciliterait la vie aux médecins. En effet, il y a là un effet domino. Les médecins sont réticents à s'installer en région éloignée parce qu'ils n'y trouvent pas de soutien, parce qu'ils ne peuvent même pas partir en vacances. Mais si vous assurez une meilleure mobilité des autres médecins pour qu'ils fassent des remplacements dans ces régions, je pense que vous aurez une meilleure chance que des médecins aillent y ouvrir un cabinet.

Cela vous paraît-il logique?

• (1645)

La présidente: Oui.

Docteur Fernando.

Dr Mary Fernando: Merci.

Je pense que si vous regardez les chiffres de mobilité interprovinciale, ils sont relativement faibles comparés au nombre de médecins quittant le pays. Par exemple, et j'ai ici les chiffres — 19 000 médecins formés au Canada sont partis aux États-Unis au cours des 30 dernières années.

Je veux aussi faire ressortir une chose très importante. Lorsque nous formons des médecins, nous n'avons aucune garantie qu'ils restent. Il faut savoir aussi que les chiffres de l'ICIS sont sous-estimés. Par exemple, si vous prenez les chiffres de l'ICIS sur les départs et retours de médecins dans le pays au cours des 30 dernières années, il en manque environ 4 000. Cependant, et c'est curieux, nous avons plus de 9 000 médecins, je crois, qui exercent à l'heure actuelle rien qu'aux États-Unis. Nous ne comptabilisons donc pas tous les départs de médecins.

Je pense que c'est un problème beaucoup plus sérieux. C'est là où intervient la majorité de nos pertes de médecins.

Mme Carol Hughes: Merci.

Souhaitiez-vous ajouter quelque chose.

Dr Peter Kuling: Je vous ai entendu mentionner deux autres points. L'un était la mobilité entre provinces riches et provinces pauvres. Il ne fait aucun doute que les barèmes d'honoraires plus généreux attirent les médecins au détriment des autres provinces. C'est très clair. Je vois cela avec les nouveaux internes que je forme et qui cherchent une province où exercer.

Il n'existe aucune norme à l'échelle nationale pour assurer que les provinces riches et pauvres... Elles se volent les médecins les unes les autres, et c'est un problème.

Le deuxième élément, que vous avez mentionné également, est que la pratique rurale souffre. La pratique rurale souffre. Il est très difficile de trouver des médecins remplaçants pour partir en congé, mais le travail au jour le jour est lui aussi très difficile. Et beaucoup de collectivités rurales font tout — elles emploient n'importe quel moyen — pour essayer de recruter des médecins.

Le problème est qu'il n'y a pas de relève au jour le jour, et je pense qu'il faudrait une espèce de stratégie pour regrouper les petites collectivités, de façon à ce qu'un médecin puisse prendre un mercredi de congé ou ne soit pas de garde pendant deux ou trois nuits par semaine, peut-être, afin de pouvoir rattraper du sommeil. Il y a donc là aussi un réel problème.

Mme Carol Hughes: Me reste-t-il quelques minutes?

La présidente: Il vous reste encore une minute, madame Hughes.

Mme Carol Hughes: En ce qui concerne les remarques de Santé Canada et de RHDCC sur les idées actuelles pour attirer et garder les professionnels de la santé dans les collectivités rurales et isolées, j'aimerais savoir où en est la réflexion fédérale à ce stade.

La présidente: Qui aimerait s'attaquer à cette question?

Madame Woods, aimeriez-vous répondre à celle-ci, s'il vous plaît?

Mme Shelagh Jane Woods: Certainement. Pourriez-vous répéter la question?

Mme Carol Hughes: Nous essayons de savoir où en est la réflexion fédérale, ou quelles sont les idées pour attirer des médecins et reformer des médecins spécifiquement pour les collectivités rurales et isolées.

Mme Shelagh Jane Woods: Plusieurs choses. Je travaille à la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits. Nous avons des bureaux régionaux et chacun d'eux compte un ou

plusieurs médecins. Il existe maintenant plusieurs autorités sanitaires des premières nations. Chacune d'elles compte un ou plusieurs médecins.

Comme vous pouvez l'imaginer, le genre de difficultés dont on nous parle se pose de façon encore plus aiguë dans le contexte des premières nations. Nous ne sommes pas toujours un employeur compétitif. Nous ne pouvons pas payer autant que les provinces plus riches. Les conditions de travail sont extrêmement difficiles. Donc, la direction et les bureaux régionaux ont recours autant que possible aux pratiques novatrices.

Du fait que les provinces exercent la responsabilité réelle pour les soins primaires, pour dispenser ces soins nous formulons des arrangements, par exemple, au Manitoba, avec l'unité médicale du nord de l'Université du Manitoba, pour fournir les médecins. Étant donné qu'il n'est pas envisageable que chaque collectivité, ou même que chaque grand groupement de collectivités, possède un médecin à plein temps, nous avons toute une liste de médecins qui vont venir passer un certain temps dans une collectivité donnée. Ils sont associés aux universités, ou bien ils ont leur propre cabinet, et ils font donc cela à temps partiel. Nous sommes réalistes; nous savons que nous ne pourrions pas attirer des médecins à temps plein dans la plupart de ces endroits.

Du côté formation et perfectionnement, nous sommes ravis des adaptations apportées récemment au programme d'enseignement des facultés de médecine visant à sensibiliser les étudiants aux besoins autochtones — nous appelons cela la compétence culturelle — et toutes les 17 facultés de médecine du Canada ont accepté d'adopter ce nouveau programme d'enseignement et de l'adapter et de l'intégrer au leur.

Nous pensons qu'au fil du temps cela va rendre non seulement les études médicales plus accueillantes aux nombreux étudiants autochtones, mais aussi va aider les praticiens non autochtones. Car la réalité est que les Autochtones seront servis dans une large mesure par des praticiens non autochtones, particulièrement en milieu urbain. Nous cherchons donc à accroître le nombre de professionnels possédant ce type de compétence culturelle, en quelque sorte, capables de traiter ces patients de la manière dont ils aimeraient l'être. Nous pensons donc que cela va faire une grosse différence dans l'avenir.

L'autre avantage, bien entendu, c'est qu'une fois que les gens se familiarisent avec cette problématique, ils deviennent très intéressés, et il y a donc là tout un volet sensibilisation.

• (1650)

La présidente: Merci infiniment.

Nous allons maintenant passer au Dr Carrie.

Je vous donne la parole, docteur Carrie. J'espère que tout le monde va écouter très attentivement.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, madame la présidente. J'aimerais partager mon temps de parole avec ma collègue de Kamloops.

J'aimerais parler un peu avec les fonctionnaires du programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers. Je suis très fière que nous ayons fait cet investissement, et je pense qu'il ne s'est fait que trop attendre.

Je suis d'Oshawa et nous y sommes très mal servis. Un de mes amis a épousé un médecin-chirurgien chinois, formée en Occident, qui avait des problèmes à se faire accréditer ici. Elle a fini par faire ici des études de médecine traditionnelle chinoise. J'ai trouvé plutôt paradoxal que nous ayons un médecin chirurgien formé en Occident qui vient ici pour apprendre la médecine traditionnelle chinoise. Elle exerce maintenant. Elle semble très heureuse. Elle ne fait pas les heures du Dr Kuling.

Je trouve cela un peu décourageant. Avons-nous des statistiques sur le pays d'origine de la plupart des travailleurs de la santé étrangers?

Vous avez mentionné le Conseil médical du Canada, qui a des bureaux d'évaluation. Combien de langues parle-t-on dans ces bureaux d'évaluation?

Vous avez mentionné qu'il existe 12 bureaux à l'étranger. Nous parlons du fait que d'autres pays viennent braconner chez nous. Combien de professionnels de la santé, une fois arrivés chez nous, travaillent effectivement dans leur domaine?

Si nous constatons que la plupart des professionnels de la santé viennent de certains pays précis, pouvons-nous y ouvrir des bureaux?

Pourriez-vous répondre à ces questions en trois minutes?

Mme Corinne Prince St-Amand: Je vais faire de mon mieux, et je vais d'ailleurs partager ma réponse avec ma collègue de RHDCC car je pense que les statistiques dont vous parlez étaient un projet financé par le programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers de RHDCC qui a subventionné le Conseil médical du Canada.

Vous avez mentionné la Chine, et j'en suis heureuse, car le bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration liminaire, va reprendre le volet outre-mer d'un projet pilote actuellement mené par RHDCC. L'Association des collèges communautaires du Canada reçoit un financement pour des bureaux dans trois pays, qui sont en fait les trois premiers pays sources. Elle a des bureaux aux Philippines, à Manille; en Chine, à Guangzhou; et en Inde, à la Nouvelle-Delhi. Elle offre aussi actuellement des services itinérants. Donc, à partir du bureau de Guangzhou, nous offrons un service itinérant à Beijing, ainsi qu'à Shanghai. Et en Inde, il y a un service itinérant à Chandigarh, ainsi qu'à Ahmadabad.

Les services offerts sont l'information, l'exploration et l'aiguillage, pour essayer de prévenir le problème que j'ai évoqué plus tôt, celui des immigrants qui arrivent dans ce pays et commencent seulement alors à chercher un emploi, à demander l'évaluation et la reconnaissance de leurs titres de compétences. Ainsi, nous offrons aux intéressés une séance d'information de deux jours, où on les renseigne sur les possibilités d'emploi dans les provinces et territoires canadiens. Ils ont déjà décidé où ils aimeraient aller et ils peuvent alors concentrer leurs demandes sur cette province particulières et les villes de cette province. On les renseigne sur le mécanisme d'évaluation et de reconnaissance des titres de compétences et leur apprend que s'ils sont médecins, s'ils vont s'établir à Toronto, ils devront s'adresser à un organe de réglementation différent que s'ils s'établissent à Vancouver.

Au cours de cette session de deux jours ils dressent même un plan d'action, où on les renseigne sur les numéros d'assurance sociale. Ils peuvent accéder à un site Web, produit par RHDCC et intitulé « L'outil Travailler au Canada », qui contient des renseignements à jour non seulement sur tous les organes de réglementation et les associations nationales, mais aussi des offres d'emploi fraîchement

transmises par la banque d'emplois. Ils peuvent donc prendre contact avec un employeur potentiel depuis leur pays d'origine.

Nous avons vu des cas de grande réussite, où des personnes contactent des employeurs depuis l'étranger, atterrissent à l'aéroport et commencent à travailler dès le lendemain. C'est réellement là notre vision. Voilà la stratégie qui va réellement accélérer ce processus: faire une aussi grande part de l'évaluation des titres, de la recherche d'emploi, de l'évaluation linguistique, outre-mer, dans le pays d'origine des candidats, pendant qu'ils attendent de remplir les formalités telles qu'examen médical, vérification de sécurité, etc., donc d'utiliser cette fenêtre d'opportunité du processus d'immigration pour faire autant de choses que possible sur place.

• (1655)

La présidente: Cela me semble être une question très importante. J'ai vu que la Dre Fullerton et le Dr Kuling aimeraient également répondre.

Docteur Fullerton.

Dr Merrilee Fullerton: Oui, merci, madame la présidente.

Je pense que nous tendons à focaliser sur les MDE, les médecins diplômés étrangers, comme solution à notre pénurie de médecins et de personnels de la santé ici. Ils ne sont qu'une amorce de solution. Je peux comprendre pourquoi tant d'attention se porte sur eux, car leur arrivée va certainement aider à court terme. Mais j'aimerais répéter l'argument du Dr Kuling, à savoir qu'il nous faut réellement une source plus soutenue et autosuffisante de médecins. D'après mes lectures et d'après ce que je sais, les études montrent que lorsque les médecins étrangers arrivent ici, ils vont souvent s'installer en zone rurale car c'est là que se situe leur poste, mais après quelques années seulement, ils partent s'installer en ville, dans les centres urbains. Il existe de bonnes statistiques pour le prouver, mais je ne les ai pas ici avec moi.

Autant nous aimerions considérer les MDE comme une solution, ils n'en sont qu'un petit élément, et j'espère que nous allons trouver une meilleure stratégie à long terme. Je conteste également la moralité de prendre les médecins des autres pays, tout comme nous n'aimerions pas que 200 000 médecins, chaque médecin que nous produisons ici, nous soit enlevés par les États-Unis.

Je pense donc que nous devons avoir conscience du tableau d'ensemble, et je l'admets. Merci.

• (1700)

La présidente: Docteur Kuling, vous avez également quelques remarques à faire.

Dr Peter Kuling: Je pense aux internes à la formation desquels j'ai directement participé au cours des deux dernières années. J'ai eu des internes du Tibet, du Pakistan, d'Iraq, d'Égypte et des Caraïbes et tous étaient excellents. Mais moi je vois le produit final: ils viennent chez nous pour leur évaluation et leur période de vérification. Il n'est certainement pas aussi facile, vous l'imaginez bien, d'accorder un permis d'exercice immédiatement. Tous ces médecins formés à l'étranger étaient très reconnaissants d'avoir au moins un internat de deux ans pour comprendre la culture et la manière dont nous faisons les choses — les médicaments, les traitements et ainsi de suite — et apprendre nos normes canadiennes de façon à pouvoir donner les meilleurs soins.

Je gère un centre de formation dont nous sommes résolu à tripler la taille au cours des trois prochaines années, en triplant le nombre des internes. Nous recherchons actuellement les crédits pour agrandir notre centre — rien d'extravagant, juste des salles d'examen où nous pouvons voir les patients et observer et enseigner et ainsi de suite. Ce qui nous frustre, c'est que nous devons nous adresser à l'administration et à cinq sources de crédit différentes au niveau provincial. Il n'y a pas de coordination. Tout le monde accroît les inscriptions en faculté de médecine et fait venir des diplômés étrangers, et nous nous retrouvons à la toute fin de la chaîne, assurant la formation en résidence. Personne n'a réfléchi à l'agrandissement de nos installations d'enseignement actuelles pour recevoir cet afflux.

Je vois une crise planer à l'horizon. Nous sommes confrontés à toutes sortes de silos différents.

La présidente: Docteur Fernando, je vous prie.

Dr Mary Fernando: Pour revenir à ce que Mary disait au sujet des MDE, j'aimerais déposer une étude qui provient, je crois, de l'Association médicale canadienne, qui montre que la durée moyenne d'exercice des MDE, après avoir été formés au Canada, est de trois ans.

La deuxième chose que j'aimerais déposer montre... Si nous ne parvenons pas à conserver nos propres médecins, nous avons un problème. Nous venons au deuxième rang, après seulement l'Inde, comme fournisseur du marché médical américain — seulement au deuxième rang après l'Inde. Nous formons des médecins de rang mondial. Très franchement, je demande pourquoi nous ne leur donnons pas un régime de retraite pour les garder ou bien pourquoi nous ne les payons pas plus — c'est au choix; choisissez la solution que vous voulez. Si vous pensez pouvoir les payer plus sur les fonds publics, faites-le. Mais nous ne pouvons continuer à former des médecins et à les voir partir à l'étranger pendant que nous faisons venir des étrangers qui vont rester seulement trois ans.

Aimeriez-vous ces deux documents?

La présidente: Oui, s'il vous plaît, si vous voulez bien nous les remettre; j'apprécierais réellement. Nous les distribuerons aux membres du comité.

Malheureusement, nous sommes à court de temps. Je vais devoir vous inscrire pour le tour de questions suivant, si vous êtes d'accord, madame McLeod.

Pourrions-nous passer au tour suivant, s'il vous plaît? C'est un tour de cinq minutes de questions et réponses.

Docteur Bennett, je vous en prie. Partagez-vous votre temps avec...?

[Français]

M. Luc Malo: On n'aura pas le temps de faire un tour complet puisqu'il reste dix minutes.

[Traduction]

La présidente: Nous ferons de notre mieux.

[Français]

M. Luc Malo: On peut peut-être donner trois minutes.

[Traduction]

La présidente: Trois minutes par tour?

L'hon. Carolyn Bennett: Nous pouvons siéger un peu plus longtemps. Le comité pourrait décider de ne faire qu'un seul tour de 15 minutes, et nous continuerons jusqu'à ce que tout le monde ait la parole. Avez-vous réellement 15 minutes d'affaires internes, madame la présidente?

La présidente: Oui, mais je suis flexible. Quel est le voeu du comité...?

Il y en a en fait pour deux heures.

Quoi qu'il en soit, allons-y pour un autre tour. Nous siégerons jusqu'à 17 h 30. Je prendrai cinq minutes pour vous dire ce que je dois faire pour la prochaine réunion, et nous laisserons de côté le reste.

Docteur Bennett, partagez-vous votre temps?

• (1705)

L'hon. Carolyn Bennett: Oui, je partage mon temps avec les médecins. Je vais leur donner tout mon temps, car ils n'ont pas souvent l'occasion de poser des questions aux fonctionnaires. Nous n'avons pas souvent ce genre de panel mixte qui est intéressant.

Si le Dr Kuling ou la Dre Fullerton ou la Dre Fernando ont des questions à poser aux fonctionnaires, j'apprécierais de les entendre.

La présidente: Docteur Kuling, vous êtes le premier.

Dr Peter Kuling: J'adorerais poser cette question aux fonctionnaires. C'est bien joli d'avoir une stratégie qui... C'est en fait deux questions, ou une question et une partie de mes dernières remarques. Nous avons pour stratégie d'accroître les inscriptions en faculté de médecine et nous avons pour stratégie de rationaliser le mécanisme par lequel les diplômés en médecine étrangers arrivent au Canada, se font reconnaître et s'inscrivent à nos programmes de formation.

Existe-t-il une stratégie qui prolonge tout cela jusqu'à leur formation, avec l'investissement dans les équipements et les ressources pédagogiques? Il nous faut des enseignants pour évaluer et former ces étrangers jusqu'à ce qu'ils obtiennent leur autorisation d'exercer et exercent. Quel type de rencontres avez-vous avec les provinces, pour qu'il me suffise de m'adresser à une personne qui nous dise oui, vous pouvez tripler votre unité, oui, vous pouvez embaucher trois enseignants de plus pour recevoir ces nouveaux étudiants? Est-ce que votre plan couvre du point A jusqu'à la fin, ou bien est-ce que le ballon s'arrête-t-il une fois qu'ils sont là, sont devenus citoyens canadiens et ont leurs titres de compétences reconnus?

La présidente: Qui aimerait répondre à cela?

Mme Kathryn McDade: Je vais essayer, madame la présidente.

La réponse franche est qu'il n'y a pas de discussion au niveau fédéral-provincial-territorial en ce qui concerne le financement des immobilisations des hôpitaux et universités. La responsabilité de l'enseignement médical, tant au niveau du premier cycle — et je sais que vous vous intéressez principalement à la formation en internat — mais aussi, bien sûr, de tout le perfectionnement professionnel ultérieur, appartient clairement aux gouvernements provinciaux.

L'hon. Carolyn Bennett: S'ils vont de la recherche, comme Peter, ils peuvent demander à la Fondation canadienne pour l'innovation.

Mme Kathryn McDade: Vos questions précises sur le nombre des sources de financement auxquelles vous devez vous adresser pour réunir les fonds d'immobilisation, ou la combinaison de fonds d'immobilisation, de soutien aux ressources pédagogiques et peut-être en sus le soutien aux ressources cliniques dans un cadre clinique, cette responsabilité pour les choix et les décisions prises sur le terrain appartient clairement aux gouvernements provinciaux et territoriaux, et non, il n'y a pas de discussion concernant ce niveau de prise de décisions sur la prestation des soins de santé.

Dans le sens de l'intervention de la Dre Bennett, bien qu'il n'y ait pas de rôle fédéral dans la prise de décisions, il existe rarement un rôle fédéral très clair pour ce qui est du financement à l'appui de nombre de ces décisions. Au niveau le plus général, notre principal soutien à l'éducation médicale et à l'emploi des professionnels de la santé intervient par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé, qui est la principale contribution fédérale à la prestation des soins de santé. Dans ce contexte, comme vous le savez bien, le gouvernement fédéral s'est engagé il y a quelque temps, en 2004, à augmenter considérablement ce transfert et l'a assorti d'un facteur de progression de 6 p. 100 par an. Cela a été récemment confirmé par le gouvernement. À ce niveau, le gouvernement fédéral n'intervient pas dans les décisions, son rôle se limite à financer la prestation des soins par les provinces.

La Dre Bennett a mentionné la Fondation canadienne pour l'innovation. Il y a tout un volet de soutien à la recherche et au développement, que ce soit par le biais de la FCI, de chaires de recherche, du travail des IRSC et ainsi de suite. Certains de ces mécanismes ne relèvent pas de Santé Canada et je ne suis pas en mesure de fournir des détails, mais voilà ma réponse générale.

La présidente: C'est au tour de la Dre Fernando de répondre.

Le temps est presque écoulé.

Dr Mary Fernando: Parallèlement à ce que vous venez de dire concernant l'importante contribution financière du gouvernement fédéral à la santé, en sus de déverser de l'argent sur la formation, sur les médecins diplômés étrangers et sur divers aspects du système de santé, quelle est votre politique sur le plan de la fixation des médecins? J'en reviens au fait que nous en formons suffisamment, mais que nous ne parvenons pas à les garder. Si nous ne trouvons pas de solution à ce problème, c'est comme verser de l'argent dans une passoire. Je peux comprendre la frustration générale engendrée par ce déversement d'argent sans que l'on obtienne les chiffres attendus. Notre trésor public ne peut concurrencer le mammoth qui vit à nos côtés. Nous avons besoin d'une stratégie de fixation des médecins.

• (1710)

La présidente: Qui aimerait répondre à la question?

Madame McDade.

Mme Kathryn McDade: Je suppose que vous souhaitez une réponse aussi brève que possible.

La présidente: Oui, s'il vous plaît.

Mme Kathryn McDade: Au niveau de la prestation des soins et du maintien des médecins, à l'exception de ma collègue qui est responsable de la santé des premières nations et des Inuits, dans la vaste majorité des cas les décisions sur les politiques et les incitations spécifiques relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux. Donc, qu'il s'agisse de rémunération, de primes, d'aide à la relocalisation, des engagements de service des étudiants bénéficiant de bourses d'étude...

Dr Mary Fernando: Le gouvernement fédéral empêche les provinces d'offrir des régimes de retraite comme instrument pour fixer les médecins.

Mme Kathryn McDade: Pour ce qui est des pensions, je vous prie de m'excuser, mais je ne suis pas fiscaliste et je ne puis rien dire sur la législation en matière de pensions.

Pour conclure, dans mes remarques liminaires j'ai esquissé un certain nombre de moyens, depuis la recherche sur les politiques, la collecte de données, les modèles innovateurs, par lesquels le gouvernement fédéral a aidé les gouvernements provinciaux et

territoriaux à relever le défi sur le plan du recrutement et du maintien. Je ne vais pas les passer tous en revue de nouveau, vous les trouverez dans les notes.

La présidente: Merci.

Docteure Fullerton, vous aviez un commentaire.

Dr Merrilee Fullerton: Très brièvement, il semble que dans l'ère moderne dans laquelle nous vivons, on ne puisse parler uniquement des chiffres d'effectifs. Il faut tenir compte aussi des possibilités de l'informatique et des nouvelles communications. Il est désuet d'avoir des effectifs dans un endroit sans interface avec la technologie Internet. Je pense qu'il nous faut admettre que nous devons utiliser les deux.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

Je suis un peu frustrée par toute la question des pénuries de médecins. Dans ma circonscription, 30 000 personnes sont privées de médecin de famille. Cela tend à être la doléance la plus souvent exprimée lorsque je frappe aux portes ou par les gens qui viennent à mon bureau. Ce qui me frustre particulièrement, c'est que je connais 11 médecins étrangers dans ma circonscription qui semblent éprouver des difficultés similaires. J'aimerais donc creuser un peu certaines des choses mentionnées aujourd'hui.

Premièrement, lorsqu'on me demande ce que nous faisons, je cite évidemment le bureau de reconnaissance des titres étrangers, mais il ne semble pas aider beaucoup les gens qui se trouvent dans cette situation difficile. Pour les 11 médecins que je connais, la difficulté tient directement au fait que le coût des ouvrages va de 1 000 \$ à 2 000 \$, et ils gagnent le salaire minimum et ont à peine les moyens de les acheter. Que fait-on, le cas échéant, pour les aider à passer cet examen d'équivalence imposé aux Néo-Canadiens?

Deuxièmement, la plus grosse difficulté que les médecins étrangers semblent rencontrer dans ma circonscription c'est qu'ils ne trouvent pas de place en résidence, même lorsqu'ils ont réussi l'examen d'équivalence.

Est-ce que le Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers peut faire quelque chose pour aider ceux qui se heurtent à ces deux difficultés particulières: le coût des ouvrages pour l'examen d'équivalence et le coût de l'examen lui-même, et ensuite le manque de places après la réussite à l'examen d'équivalence?

La présidente: Qui aimerait répondre à cela? Je partage le point de vue de M. Brown.

Madame McDade.

Mme Kathryn McDade: En ce qui concerne une aide financière pour l'équivalence et la formation ultérieure, il faudrait que je me renseigne pour voir s'il existe un mécanisme spécifique. S'il en existe un, ce sera dans le cadre de l'aide financière aux étudiants, laquelle relève du RHDCC. Je crains de ne pas avoir la réponse. Nul d'entre nous ici n'est directement responsable de l'aide financière aux étudiants et nous ne connaissons probablement pas assez le domaine pour pouvoir vous répondre.

M. Patrick Brown: Ils ne sont plus réellement étudiants. Ce sont des gens qui ont exercé dans leurs pays pendant 10 ou 15 ans.

La présidente: Si je puis m'interposer, docteur Kuling, je crois que vous souhaitiez dire quelques mots à ce sujet.

Dr Peter Kuling: Oui.

Je respecte énormément la formation et l'expérience que ces médecins diplômés étrangers ont acquises. Lorsque je pense à ces internes dont je vous ai parlé, ceux que j'ai formés, ils exerçaient tous dans leur milieu d'origine. Mais je ne puis en nommer un seul qui aurait pu exercer en toute sécurité sans avoir suivi les deux années du programme d'internat avec moi. C'est peut-être difficile à comprendre, mais être médecin en Iraq est très différent d'être médecin au Canada.

• (1715)

M. Patrick Brown: Je comprends parfaitement cela.

Dr Peter Kuling: Ils étaient tous médecins en exercice, certains ayant jusqu'à 10 années d'expérience. Aucun d'eux n'était prêt à pratiquer directement au Canada.

M. Patrick Brown: Ma question porte sur la difficulté à trouver une place d'interne.

Dr Peter Kuling: D'accord. J'adorerais tripler mon centre, mais ce n'est pas facile.

M. Patrick Brown: Que fait-on, le cas échéant, pour les aider à défrayer le coût d'un examen d'équivalence? Et une fois que ces diplômés ont réussi l'examen d'équivalence, que fait-on pour les aider à trouver une place d'interne?

Dr Peter Kuling: D'accord. Ce n'est pas mon domaine. Je les accepte une fois qu'ils sont là.

La présidente: Madame McDade.

Mme Kathryn McDade: Je n'ai pas de chiffre pour vous, mais dans ma réponse à la question de la Dre Bennett, j'ai cité le chiffre de l'ICIS d'une augmentation de 31 p. 100 du nombre des places en faculté de médecine de premier cycle.

Je ne peux vous dire, car je n'ai pas le chiffre sous les yeux, quelle est l'augmentation correspondante des places en résidence, mais évidemment les provinces et les formateurs cliniciens s'attendent à ce que la vaste majorité de ces diplômés iront en résidence.

Comme vous le mentionnez, il y a également des places dans le programme de résidence pour les diplômés en médecine étrangers qui n'ont pas fait leurs études de premier cycle au Canada, et il ne fait aucun doute que le nombre de ces places a augmenté. Je n'ai pas les chiffres avec moi, mais qu'il s'agisse des étudiants en médecine de premier cycle formés au Canada ou de diplômés en médecine étrangers, il y a eu une augmentation — obligatoirement — des places de résidents pour accueillir ces diplômés de premier cycle.

M. Patrick Brown: Avez-vous une estimation du nombre...

La présidente: Je vais vous interrompre une minute, car le temps est écoulé. Je voudrais juste dire que nous allons faire venir des experts du recrutement et ils auront les réponses à ces questions lors de nos séances ultérieures. Nous comprenons que vous ne puissiez donner une réponse complète, mais j'espère que la précision sera utile.

Nous allons maintenant passer à M. Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vous avoue que j'ai bien aimé l'échange entre les médecins et les gens de Santé Canada. Donc, le temps dont vous disposiez pour poser des questions à Santé Canada a peut-être été écourté. J'aimerais aussi vous laisser le temps de poser vos questions pour qu'on puisse avoir des réponses.

[Traduction]

La présidente: Qui aimerait saisir cette offre? Docteur Kuling.

Dr Peter Kuling: J'ai entendu la réponse des fonctionnaires concernant le partage fédéral-provincial visant à faire en sorte que lorsqu'on augmente le nombre de places en faculté de médecine il y a suffisamment de places en résidence, avec les équipements, les enseignants, les bâtiments et salles d'examen.

Ce que je n'ai pas entendu, c'est si le gouvernement fédéral — je sais qu'il donne les fonds aux provinces — demande des comptes aux provinces pour assurer que cette planification ait bien lieu. Car sinon on planifie dans le vide. Vous planifiez tout ce financement accru pour multiplier les places en faculté et tout le reste, et vous avez ensuite différentes provinces à travers le pays qui répercutent ou non cela dans mon centre d'enseignement ou un centre d'enseignement équivalent ailleurs.

Je suis toujours frustré, et je me demande s'il existe un mécanisme quelconque permettant au gouvernement fédéral de demander des comptes à l'Ontario, à la Saskatchewan ou à Terre-Neuve pour assurer qu'il y ait des centres de formation à l'autre bout. Je ressens cette frustration à l'autre bout.

La présidente: Madame McDade.

Mme Kathryn McDade: Merci de la question.

Je dirais qu'il n'y a pas de reddition de comptes au niveau que vous décrivez. Donc, non, il n'y a pas d'intervention fédérale auprès des provinces de la Saskatchewan et du Québec ou d'autres concernant les décisions particulières qu'elles prennent au sujet de votre centre ou de tout autre établissement médical ou d'enseignement. Ce n'est pas le contexte dans lequel se font les principaux transferts aux autorités provinciales ou territoriales pour la santé ou d'autres programmes sociaux. Donc, pas à ce niveau.

Au niveau général des principes communs concernant le soutien au recrutement et au maintien, le passage à la pratique interprofessionnelle et l'intégration plus rapide des diplômés en médecine étrangers, c'est là le document dont j'ai fait état plus tôt — le cadre de planification collaborative des RHS. Ce sont des engagements partagés. Des principes sous-tendent la façon dont les gouvernements vont collaborer, et ces principes couvrent les domaines dont vous parlez. Cependant, il serait inexact de dire que le gouvernement fédéral a des relations de reddition de comptes avec les provinces au niveau de détail que vous évoquez.

• (1720)

Dr Peter Kuling: Merci.

La présidente: Monsieur Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour: D'autres intervenants veulent prendre la parole.

[Traduction]

La présidente: D'accord. Quelqu'un d'autre?

Dr Merrilee Fullerton: J'aimerais juste savoir s'il y a une approche nationale de l'éducation, car la demande est l'un des termes de cette équation. L'autre terme, c'est l'offre. Lorsque nous avons un grand nombre de personnes qui font appel de plus en plus aux soins de santé, elles pourraient faire beaucoup de choses par elles-mêmes, à titre individuel, pour peu qu'on les éduque. Je sais que c'est du ressort provincial, mais existe-t-il un programme à l'échelle nationale pour éduquer le public, non pas sur le plan des pénuries, mais sur le plan des premiers soins, des soins que les gens pourraient fournir...

L'hon. Carolyn Bennett: En se prenant en charge eux-mêmes.

Dr Merrilee Fullerton: Oui, en prenant en charge leur santé. Encore une fois, je sais que la santé est une compétence provinciale, mais existe-t-il un plan national à cet égard?

Mme Kathryn McDade: Je ne suis personnellement au courant d'aucun investissement fédéral dans l'éducation sur le plan de l'autogestion de la santé et des premiers soins, mais j'ajoute que l'Agence de la santé publique du Canada — je ne puis vous donner les détails, n'appartenant pas à cette organisation — offre évidemment toute une série de programmes en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Je suis désolée de ne pouvoir vous donner une réponse plus précise, mais je ne connais pas suffisamment bien les programmes.

La présidente: Docteur Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: La C.-B. avait un très bon programme qui a pu être repris dans tout le pays. Nous devrions l'examiner.

La présidente: Docteur Fernando, je crois que vous aviez une question.

Dr Mary Fernando: Non, merci.

La présidente: D'accord, je voulais juste vous donner l'occasion. Nous allons passer à Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente. Je ne pensais pas que nous irions si loin.

Ce que je retiens des discussions jusqu'à présent, tout d'abord, c'est que nous n'avons pas suffisamment donné la parole à Shelagh Woods. Toute la question autochtone s'inscrit probablement dans un contexte propre, qu'il nous faudra peut-être examiner à l'avenir.

De toute évidence, nous sommes loin d'avoir eu assez de temps pour parler des moyens technologiques pouvant suppléer à la pénurie de ressources humaines, du recours à des équipes de soins primaires pour palier les problèmes de ressources humaines et quelles incitations s'avéreront efficaces du point de vue des ressources humaines et de la fixation de nos professionnels de la santé.

J'ai eu l'occasion d'assister à une conférence à Clearwater, en Colombie-Britannique, sur les ressources humaines en santé. Il y avait là le ministre de la Santé, et Health Match B.C., ainsi que les instituts universitaires. C'était étrange, car on y semblait totalement ignorant du fait que le gouvernement fédéral a le moindre rôle à jouer. Cela a été très révélateur pour moi.

J'ai écouté le ministre de la Santé de la C.-B., et il ne parlait que de créer de nouvelles places et de mettre des choses en train, mais ensuite lorsqu'on parle à l'AMC, on constate que les places en résidence ne sont pas au rendez-vous. Il y a donc cette déconnexion — que vous voyez comme un énorme problème — au niveau des places en résidence médicale.

Pour en venir à une question, Carol White a parlé de la mobilité interprovinciale depuis le 1^{er} avril. J'aimerais simplement avoir un peu plus de détails. Aujourd'hui, est-ce qu'une infirmière autorisée

ontarienne peut immédiatement travailler en C.-B.? Est-ce qu'un médecin le peut? Je suppose qu'une infirmière praticienne ne le peut pas, car les normes sont différentes. Pourriez-vous m'en dire un peu plus à ce sujet?

Mme Carol White: En fait, nous sommes accompagnés de Brendan Walsh, qui est notre conseiller spécial en mobilité de la main-d'oeuvre. Il se fera un plaisir de répondre à vos questions.

Mme Cathy McLeod: Monsieur Walsh.

M. Brendan Walsh (gestionnaire, Mobilité de la main-d'oeuvre, ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences): Je suppose que la réponse courte est que cela va se faire. Avec le nouvel accord, le nouveau chapitre sur la mobilité de la main-d'oeuvre, l'un des objectifs est que si vous êtes certifié dans une profession réglementée dans une province, vous êtes certifié dans les autres.

Je pense que nous commencerons à voir les résultats de cet engagement dans les semaines et les mois qui viennent au fur et à mesure que les provinces, avec cette date d'entrée en vigueur du 1^{er} avril, vont décider pour chacune des professions qu'elles réglementent si elles vont reconnaître ou non les professionnels des autres provinces.

L'accord prévoit quelques exceptions qui permettent à une province de ne pas reconnaître les travailleurs d'une autre, mais nous avons bon espoir qu'avec le fort degré d'harmonisation des normes à travers le Canada, la plupart des professions que vous avez mentionnées verront leurs travailleurs certifiés soit immédiatement dans la plupart des provinces soit au cours des semaines et mois à venir au fur et à mesure que les provinces prendront leurs décisions.

• (1725)

Mme Cathy McLeod: Donc, si je suis infirmière en Ontario, il me suffira d'un enregistrement rapide auprès du collège de la Colombie-Britannique.

M. Brendan Walsh: C'est juste. Vous devrez quand même être enregistrée et agréée dans l'autre province, mais cela se fera très vite, sans rupture, sans coûts supplémentaires, sans réévaluation, à moins qu'une province puisse prouver que c'est nécessaire parce que le cadre des fonctions y est plus large.

Mme Cathy McLeod: S'il me reste une minute...

La présidente: Avez-vous une autre question, madame McLeod?

Mme Cathy McLeod: Je pense que le Dr Kuling souhaitait répondre également.

La présidente: Docteur Kuling.

Dr Peter Kuling: Je n'aimerais rien de mieux que de retourner de temps en temps aider mes collègues de Prince Albert, car j'ai gardé un bon souvenir de cette région, de cette pratique et de ce style de pratique. L'obstacle auparavant était l'accréditation, et il n'existe plus. Ils reconnaissent mes titres de compétences ici et en Saskatchewan.

Mais il reste un autre obstacle. Si je veux aller faire un remplacement d'une semaine dans mon ancienne ville de Prince Albert, je dois toujours payer l'ordre pour un permis d'une année complète. On ne me donne pas de permis d'une semaine au prorata; je dois payer un permis d'une année complète. Devinez quoi? Je ne vais pas y aller. Il faudrait que j'y reste au moins trois mois pour que cela vaille la peine. Cela reste un obstacle.

Je ne sais si vous me permettez, madame la présidente, de demander à M. Walsh, par votre intermédiaire...

La présidente: Docteur Kuling, pour vous parler franchement, nous n'avons plus de temps.

Dr Peter Kuling: D'accord.

La présidente: Je dois remercier infiniment les témoins de leur comparution d'aujourd'hui. Cela a été très enrichissant et nous avons beaucoup appris. Nous apprécions réellement la participation de vous tous aux travaux de notre comité.

Je vais demander aux membres de rester encore quelques minutes. J'ai quelques renseignements à vous transmettre. Je vais suspendre la

séance pendant une minute, le temps de dire au revoir à nos merveilleux témoins.

Je demande à tous les témoins de bien vouloir quitter la salle, afin que nous puissions poursuivre avec les affaires internes du comité.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.