



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 007 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 1^{er} avril 2010

—
Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 1^{er} avril 2010

•(0905)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
Bonjour à tous.

Comme il est passé 9 heures, nous devons commencer sans tarder.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous procédons à notre étude sur les ressources humaines en santé.

Je suis très heureuse d'accueillir les représentants de l'Alberta International Medical Graduates Association, Ali Varastehpour, vice-président, et Chander Hariramani, trésorier. Nous nous réjouissons de vous recevoir. Bienvenue à tous les deux.

Du Service canadien de jumelage des résidents, nous recevons Jim Boone, directeur général et chef de la direction. De la Fédération des ordres des médecins du Canada, nous accueillons Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction.

Est également des nôtres le Dr Bruce Martin de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba qui représente aujourd'hui la J.A. Hildes Northern Medical Unit. J'ai beaucoup entendu parler de vous, docteur Martin, parce que ma fille veut se diriger vers la médecine.

Enfin, nous accueillons le Dr Ian Bowmer, directeur général et chef de la direction du Conseil médical du Canada. Nous sommes vraiment ravis de votre présence.

Chaque organisation disposera maintenant de cinq minutes pour sa déclaration préliminaire, après quoi nous passerons aux questions des membres du comité.

Nous commençons avec M. Ali Varastehpour de l'Alberta International Medical Graduates Association.

Dr Ali Varastehpour (vice-président, Edmonton, Alberta International Medical Graduates Association): Nous voulons d'abord exprimer notre sincère gratitude aux membres du Comité permanent de la santé pour nous avoir invités aujourd'hui à Ottawa.

Les problèmes que doivent vivre les immigrants qualifiés, et les médecins tout particulièrement, qui viennent au Canada prennent désormais une envergure plus internationale que nationale. J'aimerais porter à votre attention le rapport rendu public récemment par l'experte des Nations Unies pour les questions relatives aux minorités. J'ai une copie de ce rapport pour les membres du comité.

Je me permets de vous lire intégralement un extrait du point 7 de ce rapport, car il est particulièrement pertinent pour le débat en cours. J'en laisserai un exemplaire à votre greffière par la suite.

Voici ce qu'écrivait Mme Gay McDougall au point 7:

Il y a énormément de frustration parmi les communautés minoritaires du fait que des travailleurs qualifiés et spécialisés ont été incités à émigrer au Canada, seulement pour constater à leur arrivée au pays que leurs diplômes ne sont pas reconnus à l'échelon provincial. Ils se retrouvent incapables de trouver un emploi dans leur profession, et ce, malgré des pénuries criantes notamment pour les médecins et les infirmières dans certaines régions. On m'a relaté de nombreux cas de professionnels

recrutés lorsqu'ils pratiquaient leur profession dans leur pays pour ensuite être confrontés dans les différentes provinces canadiennes à des obstacles inattendus qui leur ont coûté bien du temps et de l'argent pour satisfaire aux exigences en matière d'accréditation. Dans l'intervalle, ils sont obligés de se tourner vers des emplois précaires, peu spécialisés et mal rémunérés pendant des années. Dans certains cas, ces difficultés se traduisent par des conditions de misère et de pauvreté. Le cliché du médecin qui conduit un taxi n'est que la triste réalité pour bien des professionnels issus des minorités au Canada.

À l'heure actuelle, les médecins doivent composer avec une application des règles qui diffère selon l'organisme de réglementation en cause, lequel dispose d'un pouvoir discrétionnaire considérable. Il faut toutefois noter que le manque d'uniformité dans les mesures prises par ces organismes coûte cher au Canada sur la scène internationale et entrave la réalisation de nos objectifs et de nos aspirations.

Le Conseil médical du Canada administre actuellement trois types d'examen: l'examen d'évaluation, l'examen d'aptitude 1 et l'examen d'aptitude 2. Le premier, l'examen d'évaluation, n'est administré qu'aux diplômés formés à l'étranger, et ce, à un coût croissant. Nous présumons que cet examen est semblable à l'ancien examen ECFMG en ce sens qu'il est formé de questions que même les étudiants canadiens jugent difficiles. Il sert de source de revenu pour le Conseil médical du Canada et fait office de barrière pour les diplômés étrangers. Aux États-Unis, des objections généralisées ont été en partie à l'origine de l'adoption d'un nouvel examen unifié pour les diplômés américains et étrangers. Le changement s'est fait il y a quelques années.

Si nous avons réussi jusqu'à maintenant à passer ces examens, c'est surtout parce que nous y avons mis tous les efforts et toute la détermination nécessaires. Cela ne signifie pas pour autant que nous ayons atteint le niveau établi par le CMC. Nous avons plutôt dépassé ce niveau. Le CMC favorise les étudiants canadiens en répétant les questions d'examen d'une année à l'autre. Il est bien connu que les facultés de médecine canadiennes compilent ces questions et y adjoignent des réponses avant de les distribuer à leurs étudiants. La réussite de l'examen nous procure donc le grand plaisir de tenir tête aux étudiants canadiens et même de les battre à leur propre jeu.

Nous estimons que le système canadien de formation médicale de premier cycle comporte d'énormes lacunes, mais nous n'y consacrerons pas de temps aujourd'hui, car ce n'est pas l'objet de notre discussion.

Dans le contexte des examens dont je viens de parler et des coûts qui y sont associés, vous serez peut-être étonnés d'apprendre qu'il y a chaque jour des médecins en formation postdoctorale qui immigreront au Canada pour poursuivre leur apprentissage. Pour ce faire, ils n'ont eu qu'à réussir l'examen d'évaluation dans leur pays d'origine. Les directeurs de programme comblent leurs postes vacants en recrutant ces étudiants qui sont disposés à travailler sans rémunération. En retour, les directeurs de département ne leur demandent rien d'autre que de réussir l'examen d'évaluation, sans égard à la note obtenue ni au nombre de tentatives.

Oui, mesdames et messieurs, l'argent fait foi de tout et permet à des gens d'avoir accès au système médical canadien de façon ouverte et légale depuis très longtemps.

À mon humble avis, cette façon de faire est non seulement contraire à l'éthique, mais aussi tout à fait illégale. En fait, si nous avions suffisamment de ressources financières ou de confiance envers le système judiciaire canadien, nous aurions intenté des poursuites contre les organismes de réglementation et la totalité des hôpitaux universitaires de ce pays pour les dommages pécuniaires et affectifs causés à un si grand nombre de familles.

• (0910)

Honorables députés, je ne suis pas ici pour vous demander un traitement de faveur; je voudrais seulement que les mêmes règles s'appliquent pour nous. Pour ce faire, il convient de prendre des mesures législatives afin d'accroître le financement des programmes de résidence.

Cette année, plus de 300 postes ont été laissés vacants au Canada. Je crois bien que ce nombre aurait été beaucoup plus élevé si le système ne laissait pas entrer ces étudiants avec visa, comme on les appelle.

À ma connaissance, aucun autre pays n'a déjà endossé un système aussi odieux. Personne ne peut nier le fait que le Canada forme davantage de médecins pour l'étranger que pour ses propres besoins.

La problématique des études médicales postdoctorales ne se limite pas à cela. Une visite sommaire du site Web de l'hôpital de l'Université de l'Alberta vous permettra de constater que des étudiants... *[Note de la rédaction: inaudible]*... sans véritable bagage académique, certains n'ayant que l'examen d'évaluation à leur actif, et avec une formation en résidence parfois douteuse même dans leur pays d'origine. Ces gens-là ont tout de même obtenu le permis d'exercer la médecine en Alberta.

Honorables députés, je suis ici pour vous dire que le Canada peut compter sur un bassin de médecins qualifiés disposés à travailler dans toutes les régions du pays. C'est avec fierté que nous envisageons notre avenir en tant que citoyens canadiens. Notre rêve canadien en est un de liberté, de démocratie et d'excellence dans notre profession. Malheureusement, les organismes de réglementation outrepassent leurs compétences et jouent davantage le rôle de cerbères pour protéger l'élite; cela ne peut plus durer. Nous allons continuer notre combat jusqu'à ce que la race, la religion et l'accent ne fassent plus obstacle à l'obtention d'un permis d'exercice de la médecine.

Nous nous demandons un peu pourquoi Immigration Canada s'acharne à faire entrer au pays plus de 200 000 personnes par année alors que ces médecins, ébénistes, plombiers et autres jardiniers ne pourront pas exercer ici la profession de leur choix. Peut-être qu'Immigration Canada devrait devenir Colonisation Canada; on pourrait alors avoir recours aux techniques modernes de la biologie pour cloner des êtres humains et les disperser comme bon nous semble.

En terminant, j'aimerais vous parler de certains efforts utiles qui sont déployés sporadiquement en Alberta et qui pourraient être étendus à l'ensemble du pays. L'Alberta dispose d'un programme d'évaluation des communications médicales qui permet aux médecins d'améliorer leur maîtrise de la langue et leurs communications orales. Il serait extrêmement avantageux pour nous comme pour le Canada que l'on intègre une initiative comme celle-là à un vaste programme de transition qui pourrait aussi inclure la formation clinique. Encore là, il faudra que vous ayez la volonté politique de consentir les efforts nécessaires en ce sens.

L'implantation à plus grande échelle de l'accréditation restreinte serait un autre moyen de s'assurer de pouvoir intégrer à notre population active des médecins expérimentés prêts à travailler.

Je vous remercie encore une fois de votre attention. N'hésitez surtout pas à communiquer avec moi si je peux être utile aux travaux de votre comité. Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à notre deuxième invité, Jim Boone, qui parle au nom du Service canadien de jumelage des résidents.

M. Jim Boone (directeur général et chef de la direction, Service canadien de jumelage des résidents): Merci.

Je veux seulement préciser que je ne suis pas chef de la direction de CaRMS; j'en suis le directeur général. Je suis en fait ici à la place de Sandra Banner qui vous prie de l'excuser de n'avoir pu participer à cette réunion.

CaRMS est la porte d'entrée de la formation médicale postdoctorale au Canada. Comme nous sommes une organisation indépendante se trouvant à la frontière entre les facultés et les candidats à la formation postdoctorale, nous entendons quotidiennement des diplômés internationaux exprimer leurs frustrations et leurs préoccupations. Nous recevons donc ainsi les doléances, comme Ali nous en a témoigné, de milliers de diplômés internationaux dans tout le pays.

Nous faisons le jumelage entre les candidats admissibles et les possibilités de formation médicale postdoctorale depuis 1970. Nous célébrons donc cette année notre quarantième anniversaire. Depuis ses tout débuts, CaRMS répond aux besoins des diplômés internationaux en faisant partie intégrante du système. Notre service en ligne de demande et de jumelage électroniques vise à rendre le processus entièrement transparent et accessible. Beaucoup de gens croient à tort que CaRMS établit les politiques en matière de recrutement. Cela relève plutôt de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) qui décide de la façon dans ces éléments sont gérés et dont les facultés de médecine classent les candidats.

De 1994 jusqu'à 2006, l'AFMC permettait uniquement la candidature de diplômés en médecine issus de facultés canadiennes pour le premier tour de notre jumelage. Le jumelage s'effectue en deux vagues. Au premier tour, nous essayons de combler le plus de postes possible, puis on s'occupe des postes encore vacants lors de la deuxième vague pour laquelle les échanciers sont beaucoup plus serrés. Jusqu'en 2006, seuls les diplômés en médecine canadiens pouvaient participer au premier tour. Depuis 2006, les diplômés internationaux en médecine peuvent aussi prendre part à la première vague.

Depuis que l'AFMC a élargi en 2006 ses critères et permis aux facultés de considérer les diplômés internationaux dès le premier tour, la plupart des postes financés par les ministères provinciaux de la santé qui étaient destinés à ces diplômés se retrouvaient dans des volets distincts. Avant 2006, les diplômés canadiens faisaient concurrence aux diplômés internationaux pour les postes encore disponibles à la deuxième vague. Toutefois, depuis 2006, soit depuis que les diplômés internationaux ont été autorisés à prendre part au premier tour du jumelage, la plupart des provinces ont des volets parallèles. Ainsi, certains postes sont désignés pour les diplômés internationaux au premier et au second tours du jumelage, ce qui fait que les candidats canadiens ne leur font pas concurrence pour ces postes.

Dans la foulée de ce changement, CaRMS a constaté une hausse vertigineuse du nombre de diplômés internationaux participant au jumelage. En 2003, nous en comptons quelque 600. En 2007, ce nombre dépassait les 1 600 et est demeuré relativement stable depuis; entre 1 600 et 2 000 diplômés internationaux participent en effet à notre exercice annuel de jumelage pour la première année de résidence.

Depuis 2008, CaRMS est le principal partenaire dans la tenue d'un symposium annuel d'information à l'intention des diplômés internationaux en médecine. Nous sommes conscients que ces diplômés sont dispersés un peu partout au pays et n'ont pas accès à des pairs qui étudient la médecine avec eux ou auxquels ils pourraient poser des questions, comme peuvent le faire les diplômés canadiens, au sujet du processus de jumelage et des exigences d'admissibilité à remplir. Nous avons donc organisé notre premier symposium annuel pour les diplômés internationaux en médecine à Toronto il y a deux ans.

Nous avons découvert que les deux tiers des diplômés internationaux en médecine se trouvant au Canada vivent dans un rayon d'une heure de la région métropolitaine de Toronto, ce qui est très favorable à la tenue d'une rencontre annuelle. Pour ce faire, nous avons eu le concours du Conseil médical du Canada et de la FMRAC, l'organisation que Fleur-Ange représente, ainsi que de six ou sept autres organismes, y compris le ministère ontarien de la Santé, par l'entremise de ProfessionsSantéOntario. Pour toutes nos organisations, c'est une excellente tribune pour échanger de l'information directement avec les diplômés internationaux en médecine. Plus de 400 d'entre eux participent chaque année à ce symposium. C'est aussi l'occasion pour eux de nous faire part de leurs états d'âme, ce qu'ils ne manquent pas de faire.

● (0915)

CaRMS a aussi participé au premier symposium annuel pour les diplômés internationaux qui s'est tenu à Québec l'an dernier.

Au début des années 2000, CaRMS a dégagé un sous-ensemble du groupe des diplômés internationaux qui était composé des Canadiens étudiant à l'étranger. Il s'agit de citoyens canadiens ou de résidents permanents qui étudient la médecine aux États-Unis ou ailleurs dans le monde. Grâce à une subvention accordée en 2009-2010 par Santé Canada, CaRMS a mené une vaste recherche au sujet de ce groupe d'étudiants canadiens qui suivent leur formation en médecine dans plus de 25 pays du monde.

Je vais maintenant vous donner quelques statistiques à propos des diplômés internationaux en médecine. Je vous rappelle que nous incluons dans ce groupe les Canadiens étudiant à l'étranger. Comme nous n'établissons aucune distinction, les Canadiens étudiant à l'étranger forment un sous-ensemble de la communauté des diplômés internationaux.

Les Canadiens étudiant à l'étranger représentaient 24 p. 100 des diplômés internationaux participant pour la première fois au jumelage en 2008. Cette proportion est passée à 31 p. 100 en 2009, puis à 40 p. 100 en 2010. Je vous rappelle que le nombre de diplômés internationaux participant à notre jumelage annuel se situe entre 1 600 et 2 000; de ce total, 298 ont obtenu un jumelage en 2007, 353 en 2008, et 392 en 2009.

Voilà qui termine mon exposé d'aujourd'hui.

● (0920)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Fleur-Ange Lefebvre de la Fédération des ordres des médecins du Canada.

Mme Fleur-Ange Lefebvre (directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada): Je vous remercie beaucoup de nous donner l'occasion de vous présenter à nouveau quelques-uns des renseignements que nous vous avons communiqués le 9 décembre et de faire en quelque sorte une mise à jour à ce sujet.

Je vous parle aujourd'hui au nom de la Fédération des ordres des médecins du Canada et de ses 13 membres, soit les ordres provinciaux et territoriaux. Notre organisme a été créé par voie législative afin de servir l'intérêt public en établissant des normes de pratique et d'éthique et en déterminant les qualifications requises pour obtenir et conserver un permis d'exercice de la médecine.

En décembre dernier, vous avez reçu un exemplaire de la plus récente ébauche d'entente sur des normes nationales pour l'octroi du permis d'exercice de la médecine au Canada. Certaines choses ont changé depuis, mais cela demeure une ébauche et nous espérons pouvoir en approuver les grandes lignes à notre assemblée générale annuelle qui se tiendra en juin.

Nous avons défini comme norme canadienne l'ensemble des titres de compétence qui rendent un candidat automatiquement admissible à l'octroi d'un permis d'exercer la médecine à part entière dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Pour satisfaire à la norme canadienne, le candidat doit répondre à quatre critères. Il doit détenir un diplôme décerné par une faculté de médecine reconnue; nous utilisons pour ce faire deux listes de facultés canadiennes et internationales. Le candidat doit aussi être licencié du Conseil médical du Canada. Troisièmement, le candidat doit avoir réussi un programme de formation postdoctorale dans une spécialité, y compris l'évaluation idoine par une autorité reconnue. Nous n'avons toujours pas défini ce que nous entendions par « autorité reconnue », mais nous y travaillons. Enfin, le candidat doit être certifié par le Collège des médecins de famille du Canada ou par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. C'est donc la norme canadienne.

Dans le cas des diplômés internationaux en médecine, l'entente récemment signée par les instances réglementaires inclut non seulement la norme canadienne que je viens de vous exposer, mais aussi d'autres normes établies pour la reconnaissance des diplômés internationaux qui souhaitent obtenir le droit de pratiquer la médecine au Canada. Les instances réglementaires conviennent que les diplômés internationaux ne satisfaisant pas à la norme canadienne peuvent au départ être admissibles à un permis provisoire.

Afin d'établir les normes nationales pour l'octroi d'un permis provisoire, nous intervenons à quatre niveaux. Il y a d'abord les critères d'admissibilité à remplir pour avoir accès au système. Il y a ensuite l'évaluation aux fins de la préautorisation d'exercer. Si tout se passe bien, le candidat ou le détenteur du permis provisoire doit se soumettre à une certaine forme de supervision. Enfin, une évaluation diagnostique est effectuée pour que le candidat puisse passer d'un permis provisoire à un permis régulier.

Ce travail est essentiel pour nous dans le contexte des exigences que nous avons à remplir en application du chapitre 7 de l'Accord sur le commerce intérieur qui traite de la mobilité de la main-d'œuvre. Nous allons ainsi plus loin que les attentes établies pour la profession médicale dans le cadre pancanadien pour l'évaluation et la reconnaissance des titres de compétence étrangers.

Nous travaillons de concert avec deux organismes nationaux responsables de la qualité de la formation en médecine familiale et pour d'autres spécialités médicales au Canada. Il s'agit du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, dont je vous ai parlé tout à l'heure. Ces deux organismes font de leur mieux avec les ressources à leur disposition pour établir les équivalences entre les programmes de formation médicale dans différents pays.

Cependant, nous savons qu'il ne sera jamais possible de brosser un tableau exhaustif, ni même raisonnablement complet, de l'équivalence entre les régimes de formation médicale de toute la planète. Les instances réglementaires canadiennes devront toujours se fier à des évaluations faites au Canada en fonction de ce que l'on connaît de la qualité de chaque diplômé international en médecine. À notre avis, une approche d'évaluation ainsi adaptée sera beaucoup plus efficace qu'une approche universelle. Bien que cela puisse se traduire par une accréditation accélérée pour les diplômés de certains pays, nous estimons pouvoir créer une approche normalisée qui sera utilisée dans tout le pays et qui sera défendable tant du point de vue académique que dans la perspective des droits de la personne.

En matière d'évaluation et de reconnaissance des titres de compétence étrangers, l'expérience approfondie et l'engagement de nos instances réglementaires médicales ressortent clairement des statistiques sur les médecins inscrits qui vous ont été distribuées aujourd'hui. Nous pourrions revenir plus tard à ces chiffres, mais vous devriez en avoir un exemplaire de ce tableau — que j'ai traduit moi-même. Nous avons demandé à nos autorités réglementaires de commencer à faire la distinction entre les permis réguliers et provisoires pour les diplômés des facultés de médecine canadiennes et les diplômés internationaux.

Si vous vous livrez à quelques calculs, vous pourrez constater que le nombre de diplômés internationaux en médecine ayant obtenu un nouveau permis d'exercice l'an dernier était supérieur dans certaines régions du pays au nombre de diplômés du système canadien. Nous pourrions en reparler tout à l'heure.

Dans le contexte de l'adoption des normes nationales, ce processus est en pleine évolution. Les modes de saisie et de transmission des données seront également normalisés.

● (0925)

Les ministères du travail et de la santé à l'échelle fédérale et provinciale savent avec quelle ferveur les organes de réglementation médicale élaborent en ce moment une nouvelle norme nationale pour l'enregistrement des médecins, une norme qui utilisera une approche commune pour reconnaître les compétences des diplômés internationaux en médecine et les autoriser à pratiquer.

Je ne saurais trop insister sur ce qui suit: les ordres de médecins sont chargés par les gouvernements et la loi de veiller à ce que les médecins prodiguent des soins sûrs et efficaces. Ils sont forcés de concilier très soigneusement les attentes en matière de qualité des soins avec le désir qu'au moins quelques soins soient offerts dans certaines parties du Canada.

Je vous remercie de votre attention. C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions dans les deux langues officielles.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au Dr Bruce Martin, qui est membre de la J.A. Hildes Northern Medical Unit.

Docteur Martin, je crois comprendre que vous allez parler non seulement des diplômés, mais aussi des régions éloignées — pour nous donner une idée de vos compétences — puisque vous n'avez pas été en mesure d'assister à la dernière séance du comité. Est-ce exact?

Dr Bruce Martin (médecin, Faculté de médecine, Université du Manitoba, J.A. Hildes Northern Medical Unit): C'est exact.

La présidente: D'accord, Merci.

Dr Bruce Martin: Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité. Je m'excuse de ne pas avoir été en mesure de participer à la séance de mardi durant laquelle vous avez discuté des questions de ressources humaines en santé touchant les collectivités rurales et éloignées, ainsi que leurs populations.

Je me présente en disant que je suis médecin de famille. En tant que Canadien, je suis probablement l'illustration des travers et des caractéristiques que présentent les personnes qui sont passées par un système conçu pour aider les Canadiens et d'autres praticiens à travailler dans des collectivités éloignées du Nord. Une grande partie de mes études de premier cycle en médecine et une partie de ma formation médicale postdoctorale ont été consacrées à cela et, pendant plus de 20 ans, j'ai soigné des populations éloignées, surtout d'origine autochtone.

En ce qui a trait à ma participation personnelle, je dirais que je suis membre de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Je joue deux rôles là-bas: je suis doyen associé du programme de premier cycle en médecine et je suis également directeur de la J. A. Hildes Northern Medical Unit de l'université, une initiative du ministère de la santé publique et des populations créée en 1970 pour s'attaquer à la question des populations mal desservies du Nord du Manitoba et de la zone qui, auparavant, faisait partie des T.N.-O. et qui constitue maintenant la région centrale du Nunavut.

J'ai devant moi des notes d'allocation que les membres ont reçues, et j'aimerais présenter brièvement les défis que posent les ressources humaines en santé dans les régions rurales et éloignées.

La présidente: Docteur Martin, pourrais-je vous interrompre?

Dr Bruce Martin: Bien sûr.

La présidente: Ils ne les ont pas reçues parce qu'elles ne sont pas dans les deux langues officielles. Mais nous veillerons à ce que tous les membres en obtiennent une copie.

Dr Bruce Martin: Je m'en excuse.

La présidente: Cela ne fait rien.

Dr Bruce Martin: J'aimerais donc aborder ce que j'appellerais une triade inextricable. Lorsque nous étudions les populations éloignées du Nord, nous devrions discuter non seulement des ressources humaines en santé, mais aussi de l'apport du système de soins de santé, du système de santé même. Je vais vous fournir quelques brefs renseignements à ce sujet. Je vais parler de l'impact et du fardeau de la maladie, et de leur incidence sur notre capacité de soigner. Toutefois, le patient et la collectivité devraient être considérés comme le cœur de cette triade.

En ce qui concerne les ressources humaines en santé, ses circonstances ont été très bien décrites dans le passé, et la situation actuelle a malheureusement été prédite avec justesse. Je me référerai très précisément au rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, ou la commission Hall, de 1965. Dans le deuxième volume, le juge Emmet Hall consacre une part très substantielle de sa commission et du temps de ses commissaires aux ressources humaines en santé des populations du Nord.

Ces conclusions ont été réitérées à plusieurs reprises, mais très explicitement dans le rapport de Barer et Stoddart. Bon nombre d'entre vous connaissent le rapport de 1991, mais ils en ont rédigé un autre, en 1999, pour un précurseur de votre comité. Le rapport étudiait les déterminants des ressources humaines en santé des populations éloignées et du Nord, de leur recrutement et de leur maintien en poste. Ces deux documents et bien d'autres ont prédit le déficit auquel nous faisons face aujourd'hui, déficit qui est non seulement absolu sur le plan numérique, mais qui comprend aussi d'importantes lacunes sur le plan de la composition relative des ressources humaines en santé et des intervenants en matière de santé. Il y a aussi un important déficit en matière de compétences sur lequel je reviendrai plus tard.

Les déterminants du recrutement et du maintien en poste du personnel de santé ont très bien été documentés dans le passé. Il existe une approche pour recruter et maintenir en poste le personnel de santé qui est fondée sur les quatre piliers suivants: les antécédents et les intérêts personnels des intervenants en matière de santé, le caractère approprié de leur formation, les caractéristiques des collectivités dans lesquelles ils travaillent et les conditions de travail au sein de ces collectivités.

Les solutions que nous devons adopter pour combler ces lacunes en matière de ressources humaines en santé sont de plus en plus claires. Elles ont été énumérées précisément dans des tribunes comme celle-ci. Les approches en matière de soins de santé doivent mettre nettement l'accent sur la collaboration entre les professions et au sein de celles-ci. J'entends par là que les gens doivent travailler ensemble, qu'ils appartiennent à une même profession ou à une profession distincte. Nous devons concevoir des stratégies novatrices pour l'enseignement médical universitaire et postdoctoral des professionnels de la santé qui souhaitent soigner les populations mal desservies, et mettre surtout l'accent sur les professionnels de la santé réglementés.

Certains groupes ont élaboré des stratégies très créatives. Par exemple, l'Université de Californie à Los Angeles a adopté une approche très novatrice appelée UCLA PRIME. On a également adopté une approche novatrice au Manitoba. Il s'agit du Manitoba Northern and Remote Residency Program que votre gouvernement et le gouvernement provincial du Manitoba appuient. Nous devons aussi mettre l'accent sur la création d'une main-d'œuvre coopérative, compétente et intégrée dans les collectivités. C'est avec plaisir que je répondrai à des questions à ce sujet.

En ce qui concerne l'impact et le fardeau de la maladie, qui, j'en suis certain, ont fait l'objet de discussions ou de remarques au cours de votre séance précédente de cette semaine, il est clair que le comportement des maladies évolue dans les collectivités éloignées du Nord et que c'est un important déterminant d'une main-d'œuvre qualifiée. L'épidémiologie ou le comportement des maladies est bien documenté et, malheureusement, les maladies évoluent de manière prévisible.

Nous remarquons l'apparition de nouvelles maladies infectieuses, mais ce qui est tragique, c'est que d'anciennes épidémies réapparaissent. Nous constatons que le nombre de gens atteints de maladies chroniques n'a jamais été aussi élevé. Il y a aussi de plus en plus de gens dans les collectivités du Nord et les collectivités éloignées qui souffrent de maladies à caractère social, peu importe leur origine. Ces maladies englobent des troubles tant mentaux que spirituels, des problèmes de toxicomanie, de même que des comportements autodestructeurs ou violents envers autrui.

Outre l'impact de la maladie, d'autres facteurs plus généraux, comme le logement, l'emploi ou l'éducation, ont un effet sur la santé. Peut-être les gens sont-ils génétiquement prédisposés à la maladie, mais, quoi qu'il en soit, tous ces facteurs ont des répercussions sur les collectivités et accentuent souvent les problèmes de santé, ce qui engendre l'écrasant fardeau de la maladie. J'entends par là la manière dont une personne affronte sa maladie ou la mesure dans laquelle elle le fait.

● (0930)

La troisième composante de la triade que je vous ai présentée et dont j'ai discuté est inextricablement liée aux deux premières. Il s'agit du système de santé. Tragiquement, on considère souvent, à juste titre, que le système de santé dans les régions éloignées du Nord est fragmenté, qu'il manque de ressources, qu'il est compliqué et ambigu sur le plan des compétences et qu'en conséquence, les populations en souffrent.

Manifestement, il est nécessaire de procéder à une soi-disant vigoureuse « refonte des systèmes », un terme utilisé tout d'abord dans l'industrie, mais que de nombreux systèmes de soins de santé canadiens et américains ont adopté avec enthousiasme, comme l'Institute of Medicine des États-Unis l'a indiqué clairement. Ces vigoureuses refontes des systèmes doivent tenir compte des facteurs qui contribuent à ce que les documents d'aujourd'hui appellent l'« inertie clinique ». Ce terme illustre le fait que, bien que nous sachions peut-être quoi faire, personnellement ou collectivement, pour soigner les maladies, nous ne le faisons pas, pour une raison ou pour une autre. Le terme « inertie clinique » est de plus en plus souvent utilisé pour décrire correctement les communautés éloignées du Nord.

À mon humble avis, nous devons réexaminer les conclusions de la commission Hall de 1965. En fait, le juge Emmett Hall et ses commissaires ont clairement décrit les défis que posent les populations éloignées du Nord. Bien que j'admette que la terminologie ait changé au cours des 45 dernières années, la nécessité de résoudre le problème est toujours la même, et nous devons mobiliser les ressources des systèmes pour pouvoir nous attaquer au comportement changeant des maladies.

Finalement, je dirais qu'il faut toujours faire participer les collectivités et leur donner des moyens d'agir. Ainsi, nous pourrions aller de l'avant, résoudre les difficultés et les tragédies que vivent les populations éloignées du Nord et vaincre la fatalité.

Merci beaucoup.

●(0935)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Martin. Je vous ai accordé pas mal de temps supplémentaire parce que je savais que vous présentiez deux facettes du sujet.

Docteur Bowmer.

Dr Ian Bowmer (directeur général et chef de la direction, Conseil médical du Canada): Merci beaucoup, madame la présidente. Je vous suis vraiment reconnaissant de me donner de nouveau l'occasion de comparaître devant votre comité au nom du Conseil médical du Canada.

Comme Mme Lefebvre l'a mentionné, il n'y a pas qu'un seul système de délivrance des permis au Canada. En fait, il y a 13 autorités indépendantes. Bien qu'une norme canadienne existe, les autorités ont quand même le pouvoir de faire de nombreuses exceptions.

En fait, le Conseil médical du Canada a été fondé en 1912 dans le but d'établir une norme nationale de qualification pour l'exercice de la médecine au Canada que toutes les autorités trouveraient convenable.

À l'heure actuelle, nous avons entendu ce que chacune des 13 autorités pensait de la norme canadienne et du processus d'examen. Chaque diplômé des facultés de médecine canadiennes doit subir notre examen avant de commencer sa pratique clinique. Comme Dr Varastehpour l'a indiqué, pour être admissibles au processus d'autorisation d'exercer, les diplômés internationaux en médecine doivent passer un ou plusieurs examens du Conseil médical du Canada.

Chaque autorité provinciale ou territoriale en matière de réglementation médicale détermine quel examen constitue le minimum requis pour être autorisé à exercer. Chaque année, plus de 12 000 candidats, tant des diplômés de facultés de médecine canadiennes que des diplômés internationaux en médecine, passent les examens du Conseil médical. Ceux-ci évaluent les connaissances médicales, les compétences cliniques et le professionnalisme dont a besoin tout médecin qui exerce la médecine de façon autonome.

Après avoir réussi l'examen final et la partie II de l'examen d'aptitude, et avoir rempli toutes les autres conditions en matière de titres de compétences, le candidat se voit décerner le titre de licencié du Conseil médical du Canada. C'est l'un des éléments que les organes de réglementation provinciaux et territoriaux exigent avant de délivrer à un médecin un permis l'autorisant à pratiquer la médecine au Canada.

Le conseil a pris l'initiative d'organiser plusieurs collaborations fructueuses avec le gouvernement du Canada, par l'intermédiaire de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Santé Canada et des organisations médicales partenaires. Ensemble, nous avons cherché des moyens qui nous permettraient d'intégrer plus facilement les diplômés internationaux en médecine dans la pratique médicale canadienne.

Une de ces collaborations a entraîné la mise sur pied du Registre des compétences des médecins du Canada. Il est le fruit d'un partenariat entre le Conseil médical du Canada et la Fédération des ordres des médecins du Canada, et il a bénéficié du financement de RHDCC. Il s'agit d'un répertoire national de titres de compétences vérifiés auprès des établissements qui les ont délivrés. Le Conseil médical s'occupe du répertoire depuis 2007 et traite environ 380 diplômes et titres de compétences par mois.

Les médecins peuvent présenter leurs documents avant d'émigrer au Canada, et les diplômés internationaux en médecine qui posent

leur candidature auprès d'une ou plusieurs autorités peuvent se servir du répertoire pour communiquer leurs titres de compétences à plusieurs organisations à la fois, ce qui leur permet d'épargner du temps et des efforts. Bien que le temps nécessaire pour effectuer les vérifications varie en fonction du type de documents et de l'établissement étranger qui l'a délivré, il faut en moyenne 81 jours pour vérifier un diplôme de médecine et 108 jours pour confirmer une formation postdoctorale. Bien sûr, il y a des pays dans le monde, comme l'Afghanistan et l'Iran, où il est impossible de procéder à ces vérifications, mais nous disposons d'autres moyens pour prouver qu'une personne a reçu un diplôme d'un des établissements de ces pays.

En ce moment, le répertoire est réservé aux diplômés internationaux en médecine, mais nous avons l'intention de permettre également aux médecins canadiens d'y avoir accès.

Ouvrir un compte pour se prévaloir du répertoire est seulement la première étape que les diplômés internationaux en médecine doivent franchir. Comme l'a indiqué l'exposé du Dr Varastehpour, la deuxième étape consiste à réussir l'examen d'évaluation du Conseil médical. Elle est nécessaire parce que certains pays du monde n'ont pas de processus d'accréditation, contrairement au Canada et aux États-Unis qui ont établi conjointement un processus très rigoureux pour accréditer leurs facultés de médecine. C'est pourquoi nous avons jugé qu'il était essentiel d'évaluer les connaissances des médecins et, en 1979, le Conseil médical s'est entendu avec le gouvernement du Canada pour offrir cet examen à l'étranger. Malheureusement, il était offert uniquement dans les ambassades et les consulats d'à peu près 10 villes du monde. Mais, depuis 2008, nous offrons un examen informatisé qui peut être passé dans 500 villes de 73 pays. Ainsi, les candidats peuvent demeurer dans leur pays d'origine pour subir l'examen.

●(0940)

Les diplômés internationaux en médecine ont toujours été censés passer l'examen avant d'émigrer au Canada. Malheureusement, à l'heure actuelle, 50 p. 100 des candidats qui subissent notre examen le font à partir du Canada. Nos données révèlent que, si un candidat échoue cet examen une ou plusieurs fois, la probabilité qu'il franchisse toutes les étapes du processus de délivrance des permis est probablement inférieure à 35 p. 100, contrairement aux personnes qui le réussissent du premier coup et qui triomphent du processus dans 75 p. 100 des cas.

Nous croyons que le gouvernement du Canada pourrait tirer parti de l'examen d'évaluation s'il exigeait que les personnes qui risquent de demander une autorisation d'exercer soumettent leurs résultats d'examen au moment de la présentation de leur demande d'immigration.

Dr Varastehpour a raison de dire que cet examen est coûteux. Nous utilisons un réseau de services pour l'offrir. Toutefois, nous donnons également aux candidats l'occasion de subir un test d'autoévaluation fondé sur cet examen. Il en coûte 60 \$ pour le passer par Internet, et la personne reçoit des commentaires sur ses chances de succès.

Bien entendu, nous évaluons également les compétences cliniques. Nous collaborons avec les organisations médicales et les divers gouvernements pour évaluer les compétences cliniques, qui comprennent l'aptitude à communiquer et à diagnostiquer.

Enfin, nous avons collaboré à établir un processus national d'enregistrement qui peut être suivi par Internet. Ce processus pourrait également débiter avant que les candidats émigrent au Canada.

Je vais m'arrêter ici. Merci madame la présidente.

La présidente: Merci, docteur Bowmer.

Nous allons maintenant passer à notre première série de questions. Les intervenants ont sept minutes pour poser leurs questions et obtenir des réponses.

Nous commencerons par Dr Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup.

Je vous remercie tous d'être venus.

J'aimerais commencer par vous lire le communiqué publié dans le cadre de l'accord de 2004 pour consolider les soins de santé. Il traitait, entre autres, des plans d'action stratégiques concernant les ressources humaines dans le secteur de la santé.

Il importe d'accroître la réserve de professionnels de la santé au Canada, notamment de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et de technologues. Certaines régions du pays souffrent particulièrement de cette pénurie.

Dans le cadre des efforts déployés pour réduire les temps d'attente, les premiers ministres conviennent de continuer et d'accélérer leurs travaux sur des plans d'action et/ou initiatives concernant les ressources humaines en santé (RHS) afin d'assurer une réserve et une répartition appropriées de professionnels de la santé. Ces plans et initiatives reposeront sur les travaux qui se déroulent actuellement dans les domaines des relations de travail dans le secteur de la santé, la formation interdisciplinaire, les investissements dans l'enseignement postsecondaire, et la délivrance des titres des professionnels de la santé. Conscients de la contribution importante que les fournisseurs de soins peuvent apporter pour instaurer les réformes, les premiers ministres s'engagent à les faire participer à leurs travaux en la matière. Afin de faciliter la planification et la gestion des RHS, les premiers ministres reconnaissent qu'il est nécessaire de resserrer la collaboration entre les secteurs de la santé, de l'enseignement postsecondaire et du marché du travail.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux conviennent d'élaborer des plans, fondés sur leur évaluation des lacunes, en vue d'augmenter la réserve de professionnels de la santé, et de rendre ces plans publics d'ici le 31 décembre 2005, y compris les cibles relatives à la formation, au recrutement et au maintien en poste des professionnels. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux informeront leurs citoyens de ces engagements et rendront régulièrement compte des progrès réalisés.

Le gouvernement du Canada s'engage à accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger; instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langues officielles afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités; prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé; participer à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé avec les provinces et les territoires intéressés.

Nous devons nous rappeler de cela parce que notre comité doit recommander ce que le gouvernement fédéral devrait faire dans les années à venir.

Je crois comprendre que ces responsabilités incombent au comité fédéral, provincial et territorial. Je crains que la participation du gouvernement fédéral au comité ait été tout au plus modeste. Mais cela aurait pu être pire puisque, dans le cas de la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, ils n'ont même pas réussi à nommer un coprésident fédéral.

Si vous formuliez des recommandations à propos de la façon dont le gouvernement fédéral doit redoubler d'efforts — en particulier en ce qui a trait aux ressources humaines en santé autochtone — dans les secteurs où il doit prouver, comme Ian l'a dit, qu'il est capable d'évaluer plus rapidement les gens qui sont admissibles à des postes supervisés ou des postes réservés aux diplômés internationaux en médecine et, s'il est clair qu'ils vont réussir, qu'il est capable de les affecter plus tôt à des postes d'auxiliaire médical ou aux listes des hôpitaux, ou encore d'utiliser leurs compétences pour soigner des gens dans leur propre langue...

Je sais quelle note la plupart des gens accorderaient au gouvernement fédéral pour sa participation à ce dossier. Nous

aimerions que vous nous exposiez aujourd'hui votre recommandation quant au rôle que le gouvernement fédéral doit jouer à l'avenir, ou que vous nous la fassiez parvenir. Manifestement, se voler du personnel d'une province à une autre ne fonctionne pas.

Comment pouvons-nous mettre la main sur un plus grand nombre de ressources humaines en santé, et quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer en ce sens?

• (0945)

La présidente: Qui aimerait s'attaquer à cette question en premier? Docteur Bowmer?

Dr Ian Bowmer: Je vais me lancer, madame la présidente.

Premièrement, je pense que l'évaluation est absolument cruciale, et si elle pouvait être effectuée dans le pays d'origine et orientée dans une certaine direction, ce serait merveilleux. À mon avis, ce qui manque peut-être au Canada, c'est la capacité d'offrir de la formation de rattrapage aux gens qui ont mis beaucoup de temps à subir les examens et qui ont besoin d'un moment pour se rafraîchir la mémoire. Cela peut s'être produit parce que les gens ont passé deux ans à apprendre le français ou l'anglais et que, par conséquent, ils ne sont plus admissibles à l'autorisation d'exercer. Cette formation de rattrapage pourrait prendre la forme d'une résidence de trois mois ou d'une résidence complète. Malheureusement, la capacité d'intégrer ces gens n'augmente pas, et je pense que c'est l'un des points que Dr Varastehpour a soulevés.

Lorsque nous entendons dire qu'il y a quelque 1 600 diplômés internationaux en médecine qui posent leur candidature pour des postes de résident — ce qui veut dire qu'on a déterminé qu'ils avaient besoin de rattrapage — et que seulement 350 à 400 d'entre eux sont admis au programme, nous savons que nous avons un problème de capacité au Canada.

L'hon. Carolyn Bennett: Le gouvernement fédéral pourrait-il payer pour ces postes et aider ainsi les provinces?

Dr Ian Bowmer: Comme vous le savez, docteur Bennett, la santé est une question très délicate. Je suis un ancien doyen de faculté de médecine, et j'aurais été ravi que le gouvernement fédéral paye pour quelques postes de résident quand je travaillais à Terre-Neuve-et-Labrador. Cependant, je ne suis pas certain que mon gouvernement aurait apprécié l'intrusion.

Il est nécessaire qu'Immigration Canada ou le gouvernement fédéral intervienne, et peut-être que, dans le cadre d'un programme pour diplômés internationaux en médecine, il est possible de leur faire jouer un rôle, mais j'ignore quelle est la meilleure façon de faire appel à eux.

La présidente: Madame Lefebvre.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Merci.

Je pense que j'ai deux choses à dire, et elles se rapprochent énormément de ce que Dr Bowmer a déjà dit. En ce qui concerne la question de la capacité, l'évaluation qui a lieu dans le pays où le diplômé international en médecine présente sa demande d'immigration au Canada est importante, mais il est également important de se rendre compte qu'une période d'observation clinique sera nécessaire et qu'elle est très exigeante sur le plan de ressources. Si nous essayons de normaliser la façon dont ce processus se déroule à l'échelle nationale, il se peut que nous ayons l'occasion de mettre en commun nos ressources. Mais ce qu'un régime centralisé ou régionalisé peut accomplir est limité, parce qu'à un moment donné, l'enseignement clinique doit être pertinent par rapport à la pratique. Il doit avoir lieu là où le permis d'exercer la médecine sera délivré, mais une évaluation centralisée ou régionalisée pendant la période d'observation clinique pourrait régler plusieurs problèmes. Il n'en reste pas moins que cette étape est incontournable et qu'elle doit précéder la délivrance de tout permis.

La deuxième question concerne de nouveau les attentes. Les gens, en particulier ceux qu'on rencontre au cours du symposium des diplômés internationaux en médecine, nous répètent constamment: « Ce n'est pas ce qu'on m'a raconté avant que je vienne au Canada ». C'est très inquiétant.

Nous pensons que le Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers fait un excellent travail, parce qu'il nous rapporte les renseignements qui lui sont communiqués. Mais, ce que je ne cesse de leur répéter, c'est qu'ils s'occupent d'un groupe de gens qui ont déjà été autorisés à venir au Canada. Nous devons parler à ces personnes avant qu'elles prennent la décision d'émigrer au Canada.

C'est ce que je voulais dire.

● (0950)

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Dufour.

[Français]

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

Je remercie aussi tous les témoins d'être présents, aujourd'hui.

Bien sûr, vous comprendrez que, quant à la participation du fédéral, nous avons une opinion totalement différente de celle des libéraux. M. Bowmer l'a très bien dit, tout à l'heure, quand il disait que, premièrement, chaque province doit décider de son évaluation. Quand vous nous dites que vous n'êtes pas si certain que votre gouvernement aurait apprécié certaines intrusions, j'abonde dans le même sens. Je ne suis pas certain, moi non plus, que mon gouvernement apprécierait certaines de ces intrusions.

J'aurais simplement une question pour M. Bruce Martin, maintenant que cela a été dit. Pour ce qui est de l'approche californienne et de l'approche du Manitoba relativement aux facultés de médecine qui sont dans les régions rurales, nous avons assisté à un débat extrêmement intéressant en début de semaine. J'aimerais que vous nous expliquiez un peu plus en profondeur en quoi consistent exactement l'approche californienne et celle du Manitoba.

[Traduction]

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question-là?

Docteur Martin.

Dr Bruce Martin: Merci beaucoup.

Je pourrais vous décrire le programme offert à l'Université de Californie, à Los Angeles. Lorsque l'État de la Californie s'est rendu

compte qu'il était nécessaire d'accroître le nombre d'étudiants en médecine et, par conséquent, le nombre de praticiens, on a déterminé qu'en formant d'autres médecins du même type, on ne répondrait peut-être pas aux besoins des populations mal desservies. Donc, l'UCLA a élaboré un programme appelé UCLA PRIME dans le cadre duquel on recrute sélectivement des personnes disposées à obtenir deux diplômes simultanément: un diplôme en médecine pour contribuer à l'exercice de la médecine et une maîtrise en santé publique. C'est un programme élargi qui dure cinq ans au lieu de quatre, mais il permet à ses diplômés d'acquérir des compétences supplémentaires et de répondre ainsi aux besoins de populations manifestement différentes.

Je crois qu'ils ont presque terminé un cycle complet du programme. Il s'agit là d'un recrutement sélectif, d'un programme d'études unique et d'un surcroît de compétences. Ainsi, une fois leurs études en médecine et leur formation postdoctorale terminées, ils auront les compétences supplémentaires nécessaires pour travailler au sein de collectivités ayant des besoins plus pressants.

Quant au programme au Manitoba, il est unique et novateur. Le gouvernement fédéral ne l'a pas encore annoncé. L'annonce du ministre devait avoir lieu la semaine dernière, mais elle a été repoussée à la fin d'avril.

Le gouvernement fédéral fait équipe avec l'Université du Manitoba, le Collège des médecins de famille du Canada et le gouvernement du Manitoba pour accroître le nombre de postes de résident et intensifier la formation que reçoivent un groupe sélect de résidents. Ceux-ci se spécialisent en médecine familiale afin de satisfaire les besoins des collectivités du Nord et des collectivités éloignées. Il s'agit surtout de collectivités d'origine autochtone du Nord du Manitoba, du Nunavut et d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Cette initiative est unique. À ma connaissance, c'est la première fois que le gouvernement fédéral contribue à la formation de résidents. Le contingent actuel comprend 10 postes financés par la province et cinq postes supplémentaires financés par le gouvernement fédéral. L'année prochaine, le gouvernement fédéral financera 10 postes, pour un effectif total de 20 stagiaires. Une partie de leur formation aura lieu dans le Sud du Canada et comportera un programme traditionnel de médecine familiale. Une grande partie des stagiaires seront formés dans des collectivités éloignées, et seront encadrés par des médecins qui ont beaucoup d'expérience dans le domaine des soins de santé prodigués à des populations éloignées et plus particulièrement à des Autochtones. Il ne s'agit pas simplement de médecins de famille, mais de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé qui sont intégrés dans les collectivités.

J'espère que cela répond à votre question.

● (0955)

[Français]

M. Nicolas Dufour: Merci beaucoup. Je n'ai plus de questions.

[Traduction]

La présidente: Merci, Monsieur Dufour.

Nous passons maintenant à Mme Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci à vous tous.

Permettez-moi de commencer par le dossier du Manitoba. Je pense que l'unité médicale du Nord est un modèle que nous pourrions utiliser dans notre rapport à la Chambre des communes pour planifier des mesures futures.

Docteur Martin, vous avez mentionné brièvement que le Manitoba recrutait des diplômés en médecine avec beaucoup de succès, et le taux de maintien en poste des étudiants du programme postdoctoral ne cesse de croître au moment où nous nous parlons. Récemment, Jen Skeritt a publié un article à propos de notre réussite dans ce domaine. Je suis heureuse d'apprendre que le gouvernement fédéral intervient à cet échelon.

Vous avez également abordé une question plus vaste, à savoir celle de l'inertie clinique. C'est un problème dont notre comité a entendu parler à maintes reprises, en particulier lorsque nous avons abordé le sujet de la grippe H1N1. La question sera assurément soulevée de nouveau lorsque nous discuterons de la tuberculose dans quelques semaines.

Je sais qu'en dépit du cadre et du budget limité de votre unité médicale du Nord, vous avez été en mesure de surmonter l'inertie clinique et de tenter une certaine refonte du système. Quels conseils nous donneriez-vous? Quelles leçons avez-vous apprises? Qu'est-ce qui pourrait être appliqué au reste du pays? Quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer sur le plan du ressourcement et du leadership pour nous permettre de passer à la prochaine étape? Je sais que c'est une question très vaste.

Dr Bruce Martin: C'est effectivement une question très vaste. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je commencerai peut-être par une déclaration préliminaire.

J'apprécie beaucoup les éloges que vous avez accordés au travail qu'a accompli l'unité médicale du Nord de l'université, mais je vous inciterais à la prudence en vous disant qu'au cours des dizaines d'années où j'ai participé à des programmes affiliés à l'université, j'ai pu constater que nous avons toujours beaucoup de retard à rattraper. Notre recrutement et notre taux de maintien en poste sont déficients, et notre pourcentage de praticiens est extrêmement faible. Notre capacité de soigner certaines maladies laisse beaucoup à désirer, bien que des documents publiés récemment et vérifiés par des pairs révèlent que nos résultats sont supérieurs à ceux d'autres organisations semblables à la nôtre qui travaillent dans les mêmes milieux. Cependant, nos résultats sont loin d'être identiques à ceux qui s'appliquent au reste de la population canadienne.

Après cette apologie, je dirais que nous avons effectivement accompli certains progrès au cours des dizaines d'années où j'ai participé aux soins, tout comme d'autres programmes affiliés aux facultés de médecine des universités canadiennes, mais il faut que nous jetions un coup d'oeil au modèle et que nous l'intensifions.

Comment le gouvernement fédéral peut-il nous aider? Je pense que nous avons besoin de votre aide et de celle des dirigeants des provinces et des territoires pour définir clairement les besoins en matière de compétences des ressources humaines en santé. À mon avis, nous devons déterminer quelles compétences sont vraiment nécessaires aux communautés de ressources humaines en santé et de professionnels de la santé, qu'il s'agisse de médecins, de dentistes, de thérapeutes en réadaptation, d'infirmières ou de professionnels de la santé non réglementés. Nous devons établir des programmes d'enseignement pour aider les gens à acquérir ces compétences et à les conserver.

Malheureusement, je crois que les gens sous-estiment souvent les compétences requises, et le système d'éducation traditionnel ne tient pas compte de l'évolution des tendances épidémiologiques au sein

des collectivités. C'est pourquoi, les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé ont beaucoup de mal à répondre aux besoins. Cela pose un problème non seulement sur le plan du recrutement, mais aussi sur le plan du maintien en poste, car les gens se sentent de plus en plus à l'aise avec leurs besoins.

Donc, nous avons de plus en plus besoin que les dirigeants fédéraux, provinciaux et territoriaux fassent équipe avec les établissements d'enseignement et les organes de réglementation pour nous aider à acquérir et à conserver notre compétence au sein d'un milieu tout à fait unique et exigeant.

Je pense qu'il faut généraliser le concept, réexaminer les rapports qui existent entre les réseaux universitaires consacrés à la science de la santé, les facultés de médecine, les écoles pour professionnels de la santé, les populations du Nord et les populations en difficulté (ou certains segments de notre population), revoir et recentrer le modèle, mais aussi s'appuyer sur les soi-disant besoins en matière de responsabilisation sociale des facultés de médecine et des autres professionnels de la santé pour reconnaître que ceux-ci ont besoin d'être sensibilisés aux collectivités à l'échelle régionale, nationale et internationale et de travailler auprès d'elles afin de partager leurs compétences et d'en acquérir de nouvelles au profit de la population.

Cela répond-il à votre question?

● (1000)

Mme Judy Wasylcia-Leis: Oui, c'est bien. Je pense que, si vous pouviez fournir au comité des renseignements généraux sur l'unité médicale du Nord, cela nous serait très utile dans nos délibérations. À mon avis, ils pourraient bien nous aider à élaborer notre document de travail et nos propositions. Merci.

Dr Bruce Martin: Merci.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Ai-je encore un peu de temps? Je sais que nous aurons une deuxième série de questions.

La présidente: Vous avez deux minutes.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Les remarques du Dr Varastehpour étaient tellement vives et percutantes que j'aimerais savoir ce que les autres pensent de sa frustration. Si l'on examine les statistiques, il est clair que le Canada a failli à sa tâche au cours des dernières années. Selon nos analystes, en 2007, les diplômés internationaux en médecine représentaient environ 23 p. 100 de l'ensemble des médecins, ce qui est inférieur à la proportion de 33 p. 100 enregistrée la fin des années 1970. Il y a donc quelque chose qui ne fonctionne pas. Je comprends ce que tout le monde dit à propos du système, et je sais que vous affirmez tous faire de votre mieux mais, si les règles du jeu sont les mêmes pour tout le monde, comment se fait-il que les diplômés internationaux en médecine n'intègrent pas le système?

La présidente: Docteur Bowmer, je crois que vous vouliez formuler des observations à cet égard.

Dr Ian Bowmer: Oui. Merci, madame la présidente.

Je pense qu'il serait incorrect de dire que quelque chose ne va pas, parce que le pourcentage des diplômés internationaux en médecine est tombé à 22 p. 100. Pendant cette période, le nombre des diplômés des facultés canadiennes de médecine a presque doublé. Donc, bien que le pourcentage relatif ait diminué, si vous examinez les chiffres actuels, vous remarquerez qu'ils sont restés constants ou qu'ils ont légèrement augmenté.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Et si on examinait la question dans le contexte de la pénurie des médecins de famille au Canada?

Dr Ian Bowmer: C'est une tout autre question. Et je vous remercie de la soulever parce qu'un des grands problèmes dont nous n'avons pas discuté au pays est le suivant: ce n'est peut-être pas le nombre de médecins qui importe, mais bien la façon dont fonctionne le système, et nous ne parlons pas des autres professionnels de la santé ni de leurs rôles dans les soins de santé prodigués à la population.

Les études révèlent, par exemple, que même si l'Allemagne compte deux fois plus de médecins par habitant que le Canada, ses résultats en matière de santé sont moins bons que les nôtres. On ne met pas assez l'accent sur la réorganisation du système. Les facultés de médecine canadiennes adoptent de plus en plus des modèles pédagogiques interprofessionnels, chose que nous essayons d'évaluer.

Je crois que nous devons faire très attention aux chiffres. Le Dr Varastehpour a souligné que le Canada accueille plus de 250 000 immigrants par année. De ce chiffre, au moins 500 à 750 seraient ou devraient être des médecins. Selon moi, on devrait faire en sorte que ces médecins puissent s'intégrer dans le pays. Mais comme le pourcentage a diminué, on pourrait dire que ces autres pourcentages suivront la même tendance. Voilà donc un autre aspect du recrutement éthique de diplômés internationaux en médecine. Relativement à ce sujet, j'estime personnellement que si des individus sont recrutés, nous avons le devoir de les intégrer dans le système canadien.

Madame la présidente, on a négocié un cadre pancanadien des RHS il y a quelques années, et j'ai participé à la collecte de certaines des données. Je n'ai toutefois entendu personne en parler.

La présidente: Merci, monsieur Bowmer. Un cadre a été élaboré, il n'y a pas de doute là-dessus.

Mais nous allons passer maintenant à notre prochain intervenant, Mme McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

J'apprécie le fait que notre analyste nous a donné une idée de la façon dont les diplômés internationaux en médecine viennent au Canada. Les étapes sont nombreuses, et le processus des organisations est assez complexe. Quand je vois toutes les étapes à franchir, je me dis qu'il y a peut-être moyen d'améliorer le processus.

Monsieur Boone, combien y a-t-il de places disponibles chaque année sous chaque volet?

• (1005)

M. Jim Boone: Je ne saurais le dire. Je n'ai pas de statistiques en main, alors je ne peux pas dire quelles sont les tendances suite à l'augmentation du nombre de places pour les DIM ou combien de postes restent vacants après coup, mais je peux certainement fouiller dans les données pour trouver cette information et l'envoyer au comité.

La présidente: Quelqu'un d'autre voudrait-il faire des observations là-dessus? Quelqu'un a-t-il une idée sur ce sujet?

Voulez-vous passer à votre prochaine question, madame McLeod?

Mme Cathy McLeod: D'accord.

Parmi les candidats qui présentent une demande pour une place, beaucoup essuient un refus. Nous parlons des coûts de formation, mais dans quelle mesure est-ce également une question de capacité du système, c'est-à-dire la capacité de créer des places, plutôt qu'un problème monétaire? Quelqu'un peut-il répondre à cette question?

La présidente: Qui veut s'y attaquer?

Docteur Martin.

Dr Bruce Martin: Je vois que le Dr Bowmer acquiesce de la tête.

Je parle maintenant en ma qualité de vice-doyen des études de premier cycle en médecine, et le Dr Bowmer est un ancien doyen, comme il l'a mentionné, alors je vais être très prudent dans ma réponse. Celle-ci n'a rien à voir avec mon exposé sur l'unité médicale du Nord et les soins de santé du Nord.

La capacité est un problème important. La situation dans laquelle se trouvent les facultés canadiennes de médecine, y compris la nouvelle faculté, l'augmentation très marquée du nombre d'étudiants de premier cycle en médecine et la hausse concomitante du nombre de places dans les programmes de formation postdoctorale — voilà autant de facteurs qui posent des défis de taille à la capacité du système de soins de santé de former ces individus et d'atteindre les normes d'éducation de qualité. C'est ce qu'ont observé nos organismes d'accréditation des premier, deuxième et troisième cycles. Et ce n'est pas uniquement en médecine; à mesure que les facultés de médecine s'occupent de l'éducation d'autres professionnels de la santé, qu'il s'agisse d'adjoints au médecin, d'infirmières praticiennes ou d'autres spécialistes, il se pose des problèmes en matière de capacité.

Mme Cathy McLeod: J'ai entendu dire qu'il y a eu certains changements au fil des années en ce qui concerne l'évaluation avant l'entrée au Canada. Parmi les nouveaux arrivants surqualifiés, certains doivent-ils passer par un processus de pré-évaluation et, le cas échéant, comprennent-ils leur place dans le système? Les choses se sont-elles améliorées? On avait l'air de dire que, ces dernières années, il y a eu quelques améliorations sur ce front.

La présidente: Qui aimerait répondre?

Vous posez des questions très difficiles, madame McLeod.

Monsieur Boone.

M. Jim Boone: Les provinces ont leur propre programme de pré-évaluation, mais chacune d'elles a défini sa propre façon d'évaluer les médecins formés à l'étranger. Si vous êtes un DIM, il est difficile de faire une demande dans plusieurs provinces à la fois. Cette approche augmente votre chance: plus vous faites de demandes à différentes universités, plus vous avez de chances. Toutefois, si vous êtes évalué en Colombie-Britannique, par exemple, cela nécessite beaucoup de temps. Tout d'abord, vous devez être un résident de la Colombie-Britannique pour pouvoir être évalué là-bas, ce qui signifie que vous ne pouvez pas faire de demande dans une autre province. C'est le même cas pour le Québec: il est difficile de faire une demande à l'extérieur du Québec parce que vous devez être un résident du Québec pour être évalué au Québec. C'est la même chose en Ontario.

En somme, on est en train de regrouper les DIM par province et on ne leur accorde pas la souplesse de présenter leur candidature dans l'ensemble du pays, ce qui réduit leur possibilité de sélection.

• (1010)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente et merci à vous tous d'être venus.

Je vais me pencher sur les examens d'autorisation d'exercer, c'est-à-dire la durée du processus, etc. Tout d'abord, quel est le coût de ces examens et combien d'années faut-il en moyenne avant qu'un DIM puisse les passer?

Dr Ian Bowmer: Je ne suis pas sûre de connaître la réponse exacte à la question, madame la présidente, mais le coût actuel de l'examen d'évaluation est de 1 200 \$. Le coût actuel de l'examen d'aptitude 1 est de 800 \$, et celui de l'examen d'aptitude 2 est de 1 600 \$, ce qui est presque le même coût que l'examen à trois étapes administré aux États-Unis. Mais le Dr Varastehpour a raison de dire que les diplômés canadiens n'ont pas besoin de passer l'examen d'évaluation.

Quant à la question de savoir combien de temps il faut avant qu'un diplômé international en médecine puisse franchir toutes les étapes du système, cela dépend de sa réussite ou de son échec aux examens.

Mme Kirsty Duncan: Pardon, ce n'était pas ma question. Pendant combien d'années, en moyenne, les DIM doivent-ils attendre avant de passer les examens?

Dr Ian Bowmer: Ils sont admissibles dès qu'ils... Nous n'exigeons pas que leurs dossiers soient vérifiés auprès de références avant qu'ils puissent passer l'examen.

Mme Kirsty Duncan: Je le sais.

Dr Ian Bowmer: Ils peuvent donc les passer immédiatement, et ces examens sont offerts six fois par année.

Mme Kirsty Duncan: Dans ma collectivité, j'ai rencontré jusqu'à présent 100 DIM — c'est le chiffre exact — qui n'avaient pas les moyens de payer les frais d'examen. Quand ils amènent leurs enfants avec eux, ils sont obligés d'avoir deux emplois et ils ne peuvent pas se permettre de payer 1 200 \$. Certains ont dû attendre quatre ou cinq ans avant d'économiser assez d'argent pour passer les examens. Je me demande si nous avons des données là-dessus.

Dr Ian Bowmer: Je ne sais pas grand-chose sur les personnes qui ne passent pas l'examen; je connais uniquement les données sur celles qui le font. Mais, à propos du coût, je préciserais que nous sommes une organisation caritative sans but lucratif et, à l'heure actuelle, tous les examens suivent le principe du recouvrement des coûts, sauf pour l'examen d'aptitude, qui est subventionné par une fondation dont dispose le conseil. Disons qu'en matière de coût, s'il s'agit d'une question d'accès, cela pose problème pour ces gens.

J'aimerais vous souligner que si l'un ou l'autre d'entre nous — et je suis un médecin autorisé à Terre-Neuve — n'exerçons pas pendant deux ans, nous devons faire du travail de rattrapage. Alors, si un candidat n'exerce pas la médecine pendant plus de deux ans, il doit automatiquement suivre une formation supplémentaire. C'est donc un problème.

Mme Kirsty Duncan: S'est-on penché sur certaines des raisons qui retardent le processus? L'argent en est une, c'est sûr. Y avait-il d'autres raisons?

Dr Ian Bowmer: Tout d'abord, je crois qu'on devrait encourager les gens à passer cet examen à l'étranger pour qu'ils ne soient pas obligés d'occuper un autre emploi. Si j'avais un conseil à donner aux diplômés internationaux en médecine, s'ils sont parmi nous, je leur dirais de retourner continuellement dans leur pays d'origine pour exercer la médecine là-bas; ainsi, au moins, ils pourront se présenter comme médecins praticiens pendant qu'ils attendent leur tour pour passer les examens.

Une personne qui réussit ses examens peut en venir à bout dans environ 18 mois. Il est possible de le faire en 12 à 18 mois, mais il faut réussir chaque examen, et l'échéance serait... Nous offrons la première partie deux fois par année et la deuxième partie deux fois par année; il est donc possible de le faire en 18 mois.

Mme Kirsty Duncan: Quel est le taux de réussite moyen pour un DIM par rapport à un diplômé canadien?

Dr Ian Bowmer: Si on regarde le rendement dans l'examen 1 — et ils doivent avoir réussi l'examen d'évaluation pour pouvoir y avoir accès —, environ 90 à 95 p. 100 des diplômés canadiens le réussissent, alors que c'est de l'ordre de 65 à 70 p. 100 pour les DIM réussissent la première partie dès le premier essai. Ce pourcentage passe à environ 50 à 60 p. 100 s'ils tentent plusieurs fois de passer l'examen.

• (1015)

Mme Kirsty Duncan: C'est...

La présidente: Je suis désolé, madame Duncan, votre temps est écoulé.

Merci, docteur Bowmer.

Nous passons maintenant à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Madame la présidente, à l'instar de Mme Duncan, je m'inquiète du sort des diplômés médicaux. J'en ai rencontré quelques-uns à Barrie, durant certaines des tournées de recrutement, et ils ont vraiment beaucoup de mal avec le processus au Canada. Je crois que c'est important que nous le comprenions un peu mieux.

Premièrement, quels sont les coûts pour les examens d'équivalence médicale en Ontario, ou au Canada, pour les deux examens et pour les manuels? Combien coûte-t-il aux médecins formés à l'étranger pour obtenir leur permis au Canada?

Dr Ali Varastehpour: Cela coûte environ 5 000 \$.

M. Patrick Brown: Ça coûte 5 000 \$. Quel est le coût des livres?

Dr Ali Varastehpour: Vous pouvez consulter autant de livres que vous pouvez. Il n'y a qu'un seul manuel recommandé, qui coûte environ 150 \$.

M. Patrick Brown: De combien de livres avez-vous besoin?

Dr Ali Varastehpour: Pour ma part, j'ai utilisé des livres américains parce que j'ai un permis USMLE, alors je savais où aller chercher. Pour moi, cela ne posait pas problème, mais si vous venez de l'Europe de l'Est, comme c'est mon cas, où il n'y a pas d'examen écrit, on vient ici et voit des questions à choix multiples pour la première fois de notre vie. Il faut un peu de temps pour s'y habituer. Voilà pourquoi j'ai parlé des programmes de transition tout à l'heure. J'ai réussi avec une note de 90 p. 100, mais il y a des gens qui obtiennent 100 p. 100. Ça ne veut rien dire.

Pour pratiquer la médecine en toute sécurité, et je suis sûr que même le Dr Bowmer serait d'accord, même une note de 60 p. 100 à l'examen d'évaluation n'est pas suffisante. Les gens viennent ici avec un examen d'évaluation qu'ils effectuent dans leur pays d'origine, à un moment donné, auprès d'une faculté donnée et après un nombre X d'essais pour ensuite choisir leur spécialité. C'est là le cœur du problème.

M. Patrick Brown: J'ai entendu parler de quelques histoires qui se sont passées dans ma circonscription. Il s'agit de deux médecins de l'Europe de l'Est et, comme ils gagnent un salaire de 10 \$ l'heure, il leur a fallu attendre trois ou quatre ans pour économiser assez d'argent afin de payer les examens et les livres. Le processus semble être très ardu. Il est à espérer que nous pourrions trouver des façons de remédier à la situation.

Fleur-Ange, vous pourriez peut-être m'aider avec cette question. Savez-vous combien de médecins formés à l'étranger ont réussi les examens d'équivalence mais n'ont pas pu être placés en résidence? Une chose que l'on entend dire, c'est qu'il y a, à coup sûr, un manque de places de résidence pour les médecins formés à l'étranger. Sur une base annuelle, savons-nous si cet écart se rétrécit ou s'agrandit?

Dr Ali Varastehpour: La plupart des médecins formés à l'étranger, même ceux qui ont réussi leurs examens d'autorisation d'exercer, n'obtiennent pas un poste. En fait, laissez-moi vous parler d'une de mes collègues qui est tout à fait très brillante. Je l'admire personnellement. Elle est littéralement comme un ordinateur. Tout le système canadien ne saurait produire quelqu'un comme cette femme, mais elle a reçu un poste après le jumelage, un peu comme par charité. C'est à peine si elle pratique la médecine familiale. La raison est que les Canadiens ne sont pas vraiment intéressés.

M. Patrick Brown: Il ne me reste que cinq minutes, et j'essaie juste d'obtenir des chiffres.

Savons-nous quels sont les chiffres en Ontario à l'heure actuelle, ou dans toute autre province?

Dr Ali Varastehpour: La réponse que je peux vous donner, c'est que la plupart n'y arrivent pas fort probablement. Je n'ai pas de chiffres.

M. Patrick Brown: Quelqu'un m'a mentionné qu'il y avait environ 700 personnes qui réussissaient chaque année et qu'il y a seulement près de 175 places de résidence pour les diplômés formés à l'étranger. Ce chiffre semble-t-il correspondre à la situation en Ontario?

Dr Ian Bowmer: Madame la présidente, la province de l'Ontario finance en fait 200 places de résidence par année pour les diplômés internationaux en médecine, et c'est sans compter les autres postes pouvant être disponibles. C'est le chiffre que je connais.

M. Patrick Brown: Combien de DIM réussissent-ils? Entre 175 et 200, l'écart est minime; mais combien de personnes ont réussi les examens d'équivalence parmi les médecins formés à l'étranger? Si c'est 200, nous n'avons pas de problème, mais si c'est 1 000, alors nous en avons un.

Dr Ian Bowmer: Il existe un paradoxe au Canada. En fait, nous ne travaillons pas avec des statistiques provinciales. En ce qui concerne le jumelage, il s'agit de statistiques pour l'ensemble du Canada...

M. Patrick Brown: Avons-nous des statistiques canadiennes là-dessus?

Dr Ian Bowmer: Nous savons que... Je veux dire, M. Boone a...

M. Jim Boone: Chaque année, environ 1 600 DIM participent au processus de jumelage. Il y en a plus dans le système, mais comme ils attendent les résultats d'examen, etc., ils n'entrent pas tous dès la première vague de jumelage. Sur les 1 600 personnes, environ la moitié sont des DIM qui ont fait plusieurs essais, mais qui n'ont pas encore été jumelés.

• (1020)

La présidente: Je crois que Fleur-Ange Lefebvre aimerait également faire une observation.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Certains de ces médecins diplômés à l'étranger ne devraient pas envisager de faire une résidence, mais plutôt obtenir leur droit d'exercer provisoire. C'est sur cet aspect que nous concentrons nos efforts actuellement. Cependant, cette activité requiert énormément de ressources et de capacité.

La présidente: Je vous remercie.

Je cède maintenant la parole à M. Malo.

[Français]

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

Madame, messieurs, bonjour.

Il y a encore certains collègues qui se questionnent sur le rôle du gouvernement fédéral en matière de gestion des ressources humaines en santé. Personnellement, je n'ai plus de questions. Vous savez très bien que ça relève du Québec et des autres provinces. J'aimerais, par grande générosité, vous offrir mon temps de parole. Faites-en ce que vous voulez: gardez-le pour vous, offrez-le aux collègues ou aux témoins. Disons que c'est mon cadeau, soit pour le poisson d'avril ou pour Pâques.

Des voix: Ah, ah!

[Traduction]

La présidente: Quel cadeau! Je vous souhaite également de joyeuses Pâques, monsieur Malo. Je vais faire preuve de générosité et offrir votre temps à M. Tilson.

M. David Tilson (Dufferin—Caledon, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie également M. Malo pour son cadeau de Pâques.

J'ai une question pour Dr Varastehpour. Vous avez prononcé certains mots que j'espère avoir mal entendus, mais j'aimerais que vous apportiez une précision. Vous avez dit que « l'argent permet à des gens d'avoir accès ». J'aimerais en savoir plus. Qu'avez-vous voulu dire par là?

Dr Ali Varastehpour: Oui, en effet. Ce que j'entendais par là, c'est que, comme le Dr Bowmer vient de le mentionner... Tout d'abord, les examens coûtent plus chers qu'à l'époque dont il se souvient, mais c'est une autre question. Pour être inscrit à la pratique, il faut passer l'examen d'évaluation, le premier examen d'aptitude et le second examen d'aptitude. En théorie, pour avoir officiellement le droit de postuler à des postes de résidence, il faut passer l'examen d'évaluation et le premier examen d'aptitude.

Cependant, il y a des étudiants étrangers issus de pays dont le gouvernement a conclu un accord bilatéral avec le gouvernement du Canada. Je connais même une personne qui m'a dit que sa propre famille l'appuyait. J'ignore si c'est vrai ou faux, mais c'est ce qu'il a dit. Ces étudiants choisissent n'importe quel programme de résidence et font le travail d'internes. Les notes ne comptent pas. La langue ne constitue pas un problème. Les compétences cliniques non plus. J'ai rencontré certains d'entre eux qui ne comprennent même pas les propos du médecin, la question autant que la réponse. C'est largement connu. Je suis surpris que vous n'en sachiez rien.

J'ai écrit à tous les directeurs de département au Canada, dont la directrice d'Ottawa. C'est elle qui m'a fourni la réponse la plus impolie. Elle m'a dit qu'il n'y avait pas de postes, alors je lui ai envoyé un autre courriel dans lequel je disais qu'il y avait des Argentins, des Sri-Lankais et des Indiens sur leur page Web. Est-ce que vous n'avez pas de postes pour les MDE ou vous n'avez pas du tout de postes? Bon sang, vous êtes la directrice du programme de résidence en neurologie à l'Université d'Ottawa. Quel genre de réponse est-ce là? Elle a répondu que l'université n'avait pas de postes de résidence et elle m'a demandé de la laisser tranquille.

J'ai écrit à Québec et j'ai eu une réponse très intéressante. Si je me souviens bien, j'ai eu la même réponse de Toronto. On m'a demandé si je cherchais un poste financé ou si j'avais des fonds, ce qui signifie qu'on voulait savoir si j'avais un million de dollars en banque ou si je voulais travailler et être payé.

C'est ce dont je parle. Ce n'est pas qu'il n'y a pas de postes. Il y en a beaucoup, et probablement plus que le bassin des médecins diplômés à l'étranger. Certes, c'est un fait, ce ne sont pas tous les MDE qui sont à la hauteur. Certains ont besoin d'aide, certains ne connaissent pas la langue et certains ont oublié la médecine — j'ignore la raison. Cependant, il y a beaucoup de MDE intelligents, plus intelligents que moi.

M. David Tilson: Vous semblez dire qu'il s'agit d'un système pour les riches. Si c'est le cas...

Dr Ali Varastehpour: C'est le cas.

M. David Tilson: ... comment peut-on changer la situation?

Dr Ali Varastehpour: C'est très simple: grâce aux textes de loi. Est-il possible de faire pareille chose aux États-Unis, en Angleterre, en Suède ou dans n'importe quel pays développé? Est-ce possible? Non, et j'ignore comment c'est possible au Canada. Tous nos conseillers membres de l'association des MDE de l'Alberta nous ont dit de ne pas en parler. Pourquoi? Parce que c'est de l'argent qui est donné aux directeurs de département.

Par exemple, disons que je suis un directeur du programme de médecine interne, de neurologie ou quoi que ce soit d'autre. En principe, j'utilise cet argent pour financer ma recherche. La question est la suivante. Si mon projet ne mérite pas le financement des Instituts de recherche en santé du Canada, pourquoi donc ferais-je des recherches financées indirectement? D'ailleurs, si j'ai besoin d'une aide financière indirecte, pourquoi ne puis-je pas le payer à partir de mon propre salaire et du salaire du personnel?

C'est ce qu'il nous en coûte et c'est la raison pour laquelle un spécialiste de l'ONU a affirmé que le Canada est un pays raciste. Ce ne sont pas mes mots. Je l'ai citée, et je vous l'ai fourni par écrit, pour montrer que la discrimination raciale existe dans ce pays. C'est ce qu'elle retient de sa propre expérience après sa tournée au Canada.

Ma réponse est-elle claire?

• (1025)

M. David Tilson: Je vous remercie d'avoir donné des détails sur le sujet. Il s'agit là d'allégations graves. Vous les avez expliquées dans une certaine mesure, et il faudra approfondir la question davantage.

J'ai une autre question pour vous, monsieur, et peut-être pour le Dr Martin.

Au Comité de l'immigration, j'ai entendu des témoignages à propos des programmes offerts par le gouvernement fédéral pour aider à mettre à niveau les médecins étrangers qui immigreront au Canada. Ce serait un travail conjoint avec les associations médicales,

car il faut que les médecins participent pour ce faire; le gouvernement fédéral ne peut pas faire cavalier seul. En outre, on a offert des programmes pour d'autres professions, dont les ingénieurs — pas seulement les médecins, mais d'autres professions. Je ne me souviens plus de qui il s'agit, mais quelqu'un a affirmé que ce sont les associations médicales qui opposaient le plus de résistance. La majeure partie de la résistance...

La présidente: Monsieur Tilson, votre temps est écoulé. Pouvez-vous... ?

M. David Tilson: Savez-vous quelque chose à ce sujet?

Dr Ali Varastehpour: J'en ai entendu parler, mais je connais beaucoup de médecins, et nous avons beaucoup de soutien au sein de la communauté médicale canadienne, en réalité. L'un des professeurs du Royal Alexandra Hospital a dit de vive voix à un de mes collègues de parler au ministre. Au lieu de jouer l'observateur, ce qui est ridicule pour vous comme pour moi, il suffit de demander une année de stage, et vous saurez tout. Au Canada, en passant, cela a été publié. Ce n'est pas nouveau.

Dans les années 1980, il fallait faire une année de stage pour devenir médecin, sans plus. Cependant, il a été enlevé. Je ne crois pas qu'il y a de la résistance, car les médecins seront très heureux d'avoir un résident qui travaillera pour eux.

M. David Tilson: C'est ce que nous avons entendu au Comité de l'immigration.

Docteur Martin...

La présidente: Je suis désolée, monsieur Tilson, mais vous avez passablement dépassé le temps imparti.

Madame Murray, vous êtes la prochaine. Si vous voulez poursuivre cette série de questions, je n'y vois pas d'inconvénients.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Je vous remercie, madame la présidente, mais j'ai une différente série de questions.

J'aimerais connaître l'avis des spécialistes ici présents. J'ai une certaine expérience en réingénierie du système d'entreprise et j'ai donc été frappée par les observations de Dr Martin et de Dr Bowmer quant à la réingénierie du système. À mon avis, il se peut que les MDE ne soient pas considérés comme le patient dans cette refonte. Je sais que certaines installations ont des initiatives de soins axés sur les patients pour améliorer la prestation de services aux patients. Cependant, en quelque sorte, ce sont les MDE qui sont au cœur de cela, puisque si l'on sert les MDE, notre système est servi et les patients canadiens le sont également.

La situation est très complexe et intergouvernementale. Il y a des exemples à suivre ici et là, mais il y a aussi des blocages à d'autres endroits. C'est une panne de système complexe. J'en ai beaucoup entendu parler il y a près de 10 ans en politique provinciale et je suis certaine que le problème est beaucoup plus ancien.

Existe-t-il une organisation ou un cadre systémique pour examiner cette question en tant qu'un problème de conception du système, une manière de contourner les autorités provinciales et territoriales pour placer les MDE, ces particuliers qui conduisent des taxis, entre autres, au cœur de la question? J'aimerais avoir une réponse à cette question. S'il n'y en a pas, en feriez-vous la recommandation? Enfin, avez-vous des idées sur la manière de procéder — qui pourrait s'en occuper ou quel genre de cadre permettrait de le faire?

Voilà.

• (1030)

La présidente: Allez-y, madame Lefebvre.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Je vous remercie.

Bien que nous ayons des examens nationaux et l'accréditation nationale pour les études de premier cycle, les études supérieures et les activités d'éducation permanente en médecine partout au Canada, la mise aux normes nationales est nouvelle sur le plan de l'enregistrement et de l'autorisation d'exercer. Cette nouveauté sera utile. Il s'agit d'un processus de réingénierie.

Au Canada, nous avons 13 autorités chargées de l'autorisation d'exercer des médecins qui procèdent de 13 manières différentes. Les provinces et les territoires ont convenu de se mettre aux normes nationales. Bien sûr, il faudra un certain temps pour ce faire parce qu'il va falloir examiner 13 textes de loi, mais les autorités sont déterminées.

Me permettez-vous de m'adresser à M. Malo et à M. Dufour

[Français]

et leur dire que, néanmoins, le Québec a signé l'Accord sur le commerce intérieur, qui inclut le chapitre 7 sur la mobilité de la main-d'œuvre? En outre, ils ont signé le Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger. Alors, ils y participent pleinement.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Mme Joyce Murray: Je vous remercie, madame Lefebvre.

C'en est peut-être une partie parce que, je le répète, ce n'est pas l'ensemble du système.

Quelqu'un tient-il compte de l'ensemble du système? Lorsqu'il y a un blocage ici, on le déplace, ce qui crée un blocage ailleurs. Je comprends qu'un remaniement du système est nécessaire.

Dr Ian Bowmer: Je crois que le gouvernement fédéral assume un certain leadership à cet égard. Lorsqu'un blocage a été repéré, il y a eu du financement. Prenons l'exemple du processus d'évaluation, qui était mené de façon indépendante par sept autorités régionales ou provinciales, mais elles sont en train de mettre leurs efforts en commun. Le Consortium national pour l'évaluation, qui a été financé par Santé Canada et RHDCC, en était une tentative. C'est l'une des recommandations de 2004 du groupe de travail sur les MDE.

Nous sommes encore très fragmentaires en ce qui concerne l'activité corrective. Juste pour vous mettre en contexte, les médecins diplômés à l'étranger ont d'autres moyens que les programmes de résidence pour venir pratiquer au Canada. D'après la Base de données nationale sur les médecins, environ 1 400 ou 1 500 médecins diplômés à l'étranger commencent à pratiquer chaque année. Seulement la moitié d'entre eux le font grâce à la résidence. L'autre moitié participent à des programmes provinciaux. Certains d'entre eux sont encadrés et ont un statut d'observateur, tandis que d'autres ne satisfont que l'exigence minimale, soit d'avoir passé l'examen d'évaluation, et se mettent directement à pratiquer dans le cadre d'un mentorat.

Chaque province a une manière différente de procéder. La normalisation serait très utile, mais c'est une question de ressources, encore une fois. Comme Mme Lefebvre l'a souligné, il s'agit non seulement des examens, mais aussi de faire en sorte qu'une personne est en sécurité dans la pratique. Il faut donc avoir fait une pratique clinique encadrée. C'en est peut-être un élément.

La prochaine étape consiste à coordonner ce processus aux quatre coins du pays, puisque chaque province est différente.

La présidente: Je vous remercie, docteur Bowmer.

Je cède maintenant la parole à M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

J'ai tellement de questions à vous poser, mais le temps est compté. J'aimerais d'abord vous lancer les questions, si vous me le permettez.

Docteur Bowmer, vous avez parlé de normes différentes. Je me demandais s'il y a des mouvements de reconnaissance réciproque actuellement. Je sais que le Royaume-Uni, l'Australie, les États-Unis... Vous avez mentionné que le Canada et les États-Unis ont un programme d'accréditation conjoint. Avons-nous envisagé des moyens pour accélérer la conclusion d'accords de reconnaissance réciproque? Si c'est le cas, qui doit le faire?

J'allais aussi vous demander votre opinion. Dr Varastehpour, j'ai remarqué que Mme Lefebvre et vous avez hoché la tête en signe de désaccord.

Docteur Varastehpour, vos propos me préoccupent vraiment en ce qui concerne le fait que l'argent fait foi de tout et qu'il permet à des gens d'avoir accès au système canadien. En fait, j'espérais que vous fournissiez des exemples au comité, si vous en avez. Ainsi, nous pourrions comprendre un peu mieux la situation. Je crois que cette question nous préoccupe tous.

En outre, pourriez-vous nous donner votre point de vue quant aux principaux obstacles que doivent surmonter les MDE pour faire reconnaître leurs compétences, leur formation et leurs études au Canada? J'ai l'impression qu'en l'occurrence, il y a beaucoup de politique. S'il y a un leadership à exercer, qui devrait l'assumer?

Dr Ali Varastehpour: J'ai de la difficulté à vous comprendre.

• (1035)

M. Colin Carrie: Je vous demande pardon?

Dr Ali Varastehpour: J'ai de la difficulté à vous comprendre parfaitement. Pourriez-vous formuler une question plus concise? Je devrais pouvoir y répondre.

M. Colin Carrie: D'accord.

Dr Ali Varastehpour: Je vous ai écouté et j'ai compris sommairement, mais...

M. Colin Carrie: Quels sont les principaux obstacles que doivent surmonter les MDE pour faire reconnaître leurs compétences, leur formation et leurs études au Canada?

Cependant, je me demande si Dr Bowmer pourrait d'abord répondre à mes deux premières questions. Je sais que j'ai posé beaucoup de choses en peu de temps.

Voilà.

Dr Ian Bowmer: Il y a un certain nombre de tentatives. En fait, le Collège des médecins de famille du Canada — et vous devriez peut-être entendre son témoignage à ce sujet — a entrepris de conclure des accords bilatéraux avec d'autres pays, en vertu desquels la formation reconnue dans un pays serait reconnue automatiquement dans le nôtre. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'autre organisation de spécialistes en médecine, en chirurgie, etc., est en train de faire exactement la même chose.

Je tiens à souligner, toutefois, que même si la formation est acceptable, la qualification n'est pas nécessairement équivalente. J'aime utiliser l'exemple de l'anesthésie aux États-Unis. Au Canada, nous avons besoin d'un anesthésiste pour gérer nos unités de soins intensifs, mais ce n'est pas le cas aux États-Unis. Ainsi, même si nous reconnaissons leur formation, si un anesthésiste veut offrir entièrement ses services au Canada, il lui faut une formation supplémentaire. Il faut en tenir compte.

Ensuite, il y a l'entente entre la France et le Québec, qui est un accord bilatéral avec l'organisme de réglementation de ce pays. Vos collègues québécois pourraient mieux vous en parler. C'est un modèle intéressant où le Québec peut autoriser une personne. Madame Lefebvre peut probablement mieux l'expliquer, mais c'est un exemple pour le comité.

La présidente: Quelqu'un d'autre veut-il faire une observation à ce sujet pour M. Carrie?

Madame Lefebvre.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Oui, brièvement.

Pour ce qui est de la reconnaissance de la formation à l'étranger, nous travaillons avec le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins. Cependant, il y a des commissions sur l'équité dans certaines provinces et certains territoires, ce qui pourrait agir à l'encontre de cet effort.

Peut-on évaluer un médecin diplômé dans un pays différemment d'un médecin diplômé d'un autre pays? Nous allons essayer d'établir des critères qui respectent les droits de la personne, mais il va falloir travailler avec les commissaires à l'équité là où ils existent.

M. Colin Carrie: Me reste-t-il assez de temps pour, brièvement... ?

La présidente: Il vous reste une minute environ.

M. Colin Carrie: Madame Lefebvre, on a dit que « l'argent permet à des gens d'avoir accès au système canadien » ou qu'il « fait foi de tout ». J'aimerais connaître votre opinion là-dessus.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Nous nous occupons des médecins qui veulent obtenir l'autorisation d'exercer. Les organismes de réglementation ne se préoccupent de savoir comment ils sont entrés dans le système ou comment ils ont obtenu une place dans un programme de résidence.

M. Colin Carrie: Je vois.

Docteur Varastehpour, pouvez-vous nous parler des obstacles qui existent?

Dr Ali Varastehpour: J'aimerais dire quelques mots au sujet d'un point que j'ai oublié de mentionner dans mon exposé.

J'ai entendu dire que le Manitoba dispose d'un excellent programme. La province administre son propre examen. Je ne sais pas si mes renseignements sont exacts. Dr Martin saura nous le dire. Vous vous présentez à l'examen, vous le réussissez, vous passez un an dans une région rurale — là où ils vous envoient —, et ensuite, vous obtenez votre permis. Je connais des personnes qui, après avoir franchi toutes ces étapes, ont tout de suite commencé à effectuer des chirurgies orthopédiques. Ce sont le Manitoba et l'Alberta qui offrent, semble-t-il, les perspectives d'emploi les plus intéressantes, le Manitoba, à cause de son approche rationalisée, et l'Alberta, parce qu'elle a plus d'argent.

Il y a une chose qu'il faut retenir: lorsqu'une province trouve une solution plus efficace, il faut faire la promotion de celle-ci. Les organismes de réglementation, ceux qui sont aux commandes, se plaisent à créer des obstacles factices — désolé si le mot vous

choque. Prenons l'exemple de l'évaluation clinique. Je suis prêt, en tant que médecin, à inviter un des mes collègues ici présents à faire un examen de mes poumons. Je parie que si l'on demande à un autre médecin du milieu universitaire de procéder au même examen, les résultats vont être différents. Il y a des guides de l'examen physique qui comptent cinq pages, et d'autres, 500.

Ce que je veux dire ici est que si je suis médecin, que j'ai un permis, que vous êtes un de mes patients, je peux choisir d'écouter votre cœur en appliquant le stéthoscope directement sur la peau, ou en le plaçant sur vos vêtements, ce qui va à l'encontre des techniques classiques enseignées en médecine. Or, combien de médecins le font? Beaucoup.

Autre exemple: on nous apprend à mener des interrogatoires de manière artificielle en demandant au patient, « Dites-moi ce que vous ressentez », ou encore, « Est-ce que vous savez en quoi consiste cette maladie? » Combien de fois votre médecin vous a-t-il accueilli en posant ces questions? On nous oblige à agir de la sorte. L'an dernier, presque tous les candidats d'Edmonton, sauf un, ont échoué l'examen.

Lorsqu'on juge que quelque chose est important, il faut, à tout le moins, offrir une formation d'un mois, par exemple, en technique de réanimation cardio-respiratoire ou cardio-pulmonaire. Il faut enseigner la technique et ensuite procéder à un examen. N'importe quel médecin va vous dire qu'aux États-Unis... On y publie des articles sur les valeurs de sensibilité et de spécificité des examens physiques. Elles sont pratiquement de zéro. Cela ne vient pas de moi, et je n'en parlais pas quand je supervisais des étudiants en médecine. Mais c'est là une toute autre question.

Je voulais simplement vous parler du Manitoba, car j'ai oublié de le faire dans mon exposé.

Pouvez-vous répéter votre dernière question?

• (1040)

M. Colin Carrie: Je pense que mon temps est écoulé.

La présidente: Je suis désolée, monsieur Carrie. Nous allons maintenant céder la parole à Mme Wasylcyia-Leis.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Merci beaucoup.

Je voudrais revenir aux commentaires de M. Bowmer. Carolyn Bennett a elle aussi mentionné la Stratégie canadienne en matière de ressources humaines en santé qui a été adoptée en 2004. Elle faisait partie de l'entente, une entente qui tire à sa fin.

J'ai l'impression que cette stratégie n'a pas servi à grand-chose. J'aimerais savoir si des progrès ont été réalisés à ce chapitre. Quelles mesures pouvons-nous prendre avant que l'entente ne prenne fin? Je vais vous poser une question rhétorique: ne devrions-nous pas nous appuyer sur cette stratégie pour régler tous ces autres enjeux? Si ce cadre national ne nous a pas permis de résoudre le problème des ressources humaines en santé, comment pouvons-nous espérer relever les défis que présentent les titres de compétence acquis à l'étranger, l'absence de médecins dans les régions septentrionales et isolées, y compris dans les collectivités autochtones, ainsi de suite?

Vous pouvez répondre en premier. Nous entendrons ensuite ce que les autres témoins ont à dire à ce sujet.

Dr Ian Bowmer: Madame la présidente, je suis ici à titre de directeur général et de chef de la direction du Conseil médical du Canada, mais puisque je suis aussi le vice-président du Conseil canadien de la santé, je mélange parfois les données que je présente. Je peux seulement répondre à la question de mon point de vue à moi, et non de celui du Conseil médical.

Il me semble que la planification en matière des ressources humaines de la santé a été éliminée du programme, ou du moins du programme du gouvernement à l'échelle nationale ou pancanadienne.

Comme on l'a dit, certains efforts de réorganisation qui ne comptaient pas une augmentation du nombre de médecins ont bien réussi. Il y a de bons exemples en Alberta. En fait, il y a de bons exemples partout au pays, mais ils sont très inégaux, et je pense que ce qui a été perdu en cours de route, c'est l'idée que nous devions commencer par une évaluation de la population axée sur les besoins. Nous devions fixer des objectifs provinciaux, et les décisions devaient être prises à l'échelle pancanadienne. Il me semble que ces points ont été perdus au fil des cinq dernières années.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Existe-t-il un organisme chargé d'accomplir ce travail? Y a-t-il un comité fédéral-provincial des sous-ministres? Qu'est-ce qui est en place, et qu'est-ce qui devrait être établi?

Dr Ian Bowmer: Si je comprends bien, l'organisme de surveillance est le CCPSSRH, le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines; il s'agit d'un comité fédéral-provincial. Des trois comités qui ont été fondés à la suite de l'accord, c'est le seul qui est toujours en place, et c'est celui qui s'occupe des discussions sur les ressources humaines de la santé. Il compte des coprésidents; le comité aimerait peut-être les rencontrer.

• (1045)

Mme Judy Wasylcia-Leis: Ce n'est pas une mauvaise idée, en fait. Nous devrions y penser. Oui, nous devrions faire cela.

Est-ce que quelqu'un aimerait ajouter quelque chose?

Docteur Martin, avez-vous participé à des discussions interprovinciales ou fédérales-provinciales au sujet d'une approche pancanadienne des ressources humaines de la santé au Canada?

Dr Bruce Martin: Je dois dire que je participe à des discussions, mais, pour emprunter l'expression de Dr Bowmer, elles sont plutôt inégales. Elles portent sur les programmes des régions dans lesquelles je travaille; elles ne font pas partie d'une réorganisation globale du système. Je discute activement avec mes collègues et mes partenaires — des cliniciens ou des agents du gouvernement de notre province ou des provinces ou territoires voisins —, mais ces discussions ne font pas partie d'une approche pancanadienne concertée. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'existe pas de telles discussions, seulement que je n'y prends pas part.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Madame Fleur-Ange Lefebvre, je présume qu'il serait utile pour votre fédération d'établir une relation avec un organisme qui étudie activement la question des ressources humaines de la santé sous un angle fédéral-provincial, ou est-ce que je vous mets dans une situation embarrassante?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Pas du tout. Avant de me joindre à la fédération, j'ai travaillé pour l'Association médicale canadienne pendant 10 ans, et nous attendons ce moment depuis très longtemps.

Toute mesure qui aide à orienter le processus, le système, et à gérer les ressources qu'il faut mettre en place pour assurer le bon fonctionnement du système est utile.

Les organismes de réglementation médicale sont-ils eux-mêmes des planificateurs en matière de RHS? Seulement dans les cas où le ministre de la Justice de chaque territoire leur ordonne de l'être. Leur tâche est de veiller à ce que les médecins qui pratiquent sont qualifiés pour ce faire.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, madame la présidente, et merci beaucoup à nos témoins.

Ma première question s'adresse à Mme Lefebvre.

Pendant votre déclaration préliminaire, vous avez parlé du tableau qui montre le nombre de médecins autorisés à pratiquer au Canada. Est-ce le tableau dont vous parliez, celui qui compare les données relatives aux DCM à celles liées aux DIM?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Oui.

Mme Patricia Davidson: Vous avez fait la remarque que dans certains cas, l'augmentation du nombre de DIM était supérieure à celle du nombre de DCM. Pouvez-vous nous en dire plus au sujet de votre observation et du tableau, s'il vous plaît?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: J'avais l'intention de vous fournir les calculs exacts, mais nous avons constaté que la façon de rendre compte des permis provisoires diffère légèrement de territoire en territoire. Toutefois, j'ai ici des données qui proviennent du registraire de Terre-Neuve-et-Labrador, Dr Robert Young.

Je peux vous donner le nombre total de DIM qui ont obtenu un nouveau permis, régulier ou provisoire, en 2009. Je devrais mentionner que ceux à qui on a accordé un permis régulier était peut-être muni déjà d'un permis provisoire; cela dit, 90 nouvelles autorisations d'exercer ont été octroyées. N'oubliez pas que Terre-Neuve est un petit territoire; le nombre total de permis délivrés à des diplômés des facultés canadiennes était de 49. Il y a donc des territoires...

L'autre est l'Ontario. Je le répète, si vous calculez le nombre de permis provisoires délivrés en Ontario, les données sont assez fiables, mais il y a eu une grosse vague dans cette province l'an dernier. Pendant deux années consécutives, l'Ontario a accordé davantage de nouveaux permis aux diplômés internationaux en médecine qu'à ceux des facultés canadiennes.

Le mouvement qui vise la reconnaissance de la valeur exceptionnelle de ce groupe de médecins au sein du système canadien se porte très, très bien. Dans le contexte de l'Accord sur le commerce intérieur, nous devons veiller à ce qu'une fois que ces personnes obtiennent leur permis, elles aient aussi le droit de se déplacer. Il y a beaucoup de travail à faire, mais restez à l'écoute.

Mme Patricia Davidson: Merci.

Docteur Varastehpour, vos propos de ce matin laissent entendre beaucoup de frustration liée au système et à l'accessibilité des DIM au système. Les choses changent-elles une fois que les DIM sont ici, ou y a-t-il un manque de compréhension avant le début du processus d'immigration? À quel moment le décalage se fait-il sentir, ou quelles sont les attentes qui précèdent le processus d'immigration?

Dr Ali Varastehpour: Je crois que tous les DIM s'attendent à passer des examens. Je n'ai jamais entendu un de mes collègues demander pourquoi on se fait évaluer. Je pense que je suis plus qualifié pour évaluer le Conseil médical du Canada, mais c'est là mon opinion personnelle. Je suis un immigrant et je dois respecter les règles. Or, selon moi, ce n'est ni juste, ni équitable.

Comme je l'ai déjà dit, le processus avantage les étudiants canadiens parce qu'ils recueillent les questions, et, encore une fois, ce fait est bien connu des étudiants en médecine d'ici. Or, s'il y avait une règle de droit, nous pourrions au moins faire concurrence sur un pied d'égalité.

Certaines provinces nous permettent de participer au jumelage, d'autres non; à certains endroits, au premier tour, à d'autres, au deuxième. En Alberta, c'est très étrange; on nous dit simplement que nous devons attendre que leur système maison fasse quelque chose.

• (1050)

Mme Patricia Davidson: Savez-vous tout cela avant d'entamer le processus d'immigration?

Dr Ali Varastehpour: Je le savais, et j'avais réussi l'USMLE. Le manuel que les gens lisent ici prétend les préparer à l'examen d'aptitude du Canada et à l'USMLE. Le Canada compare donc son examen à l'USMLE, ce qui n'est pas vraiment juste, car le deuxième est beaucoup plus difficile.

Or, même s'il s'agissait du même examen, pourquoi ne m'ont-ils pas fait passer tout de suite à l'étape suivante? Ainsi, le fait de réussir ou de ne pas réussir l'examen n'a absolument aucune importance en ce qui concerne l'EE, l'examen d'évaluation. Certaines personnes réussissent l'EE et décrochent tout de suite un emploi. Voilà le point sur lequel je ne cesse de mettre l'accent. J'ai réussi l'EE, je peux vous en montrer un, j'ai aussi réussi le test TOEFL et je me tourne les pouces. Je ne sais pas, j'espère pouvoir gagner 100 \$ un soir s'ils m'appellent — et je dis bien « si ».

C'est inacceptable. Je n'essaie pas de dire que vous devriez tout me donner tout cuit dans le bec, mais on voit que les ressortissants étrangers reçoivent tout, et la situation est unique au Canada.

La présidente: Madame Lefebvre, je pense que vous vouliez ajouter quelque chose.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Je voulais simplement suggérer aux membres du comité qu'il serait peut-être à votre avantage de discuter aussi avec des représentants du Collège des médecins de famille du Canada. Je crois que vous les avez déjà consultés.

Le travail qu'ils font dans le cadre de leurs programmes d'admissibilité axés sur des domaines précis jusqu'à leurs examens de certification est très intéressant — et les personnes qui réussissent leurs examens de certification finissent par obtenir un permis régulier.

La présidente: D'accord.

Je cède maintenant la parole à Mme Duncan, qui sera la dernière à poser des questions.

Mme Kirsty Duncan: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vous demanderais respectueusement de bien vouloir me donner des réponses brèves pour que je puisse poser toutes mes questions.

Je pense que ce que nous avons établi, c'est que les examens en médecine coûtent cher et qu'il y a un écart important d'environ 30 p. 100 entre les taux de réussite des DIM et ceux des diplômés canadiens. Quelles évaluations ont été entreprises pour expliquer la faiblesse des taux de réussite; aussi, l'orientation culturelle a-t-elle été prise en considération?

La présidente: Docteur Bowmer.

Dr Ian Bowmer: Je présume que la question s'adresse à moi, madame la présidente.

Mme Kirsty Duncan: Sauf votre respect, docteur Bowmer.

Dr Ian Bowmer: Merci.

L'examen d'évaluation est créé par un groupe de médecins canadiens qui pratiquent actuellement au Canada, et le seuil de réussite est établi en fonction des attentes qu'on aurait d'un diplômé canadien qui commence une résidence ou un programme.

L'examen est donc minimal. Dans la mesure du possible, nous enlevons aussi toute référence au contexte canadien. Puisque les examens sont rédigés par des médecins qui ont fait leurs études au Canada, ils contiennent évidemment une influence canadienne, mais ils ne comportent aucune question au sujet de la santé publique ou de l'organisation.

Mme Kirsty Duncan: S'est-on penché sur l'orientation culturelle?

Dr Ian Bowmer: Nous tentons de réduire l'orientation culturelle autant qu'il est possible pour un Canadien qui rédige des questions d'examen de le faire. Évidemment, on ne demandera rien au sujet des questions qui prédominent dans le domaine de la santé du pays, puisqu'il s'agit des questions qui prédominent ici.

On a travaillé à la conception de sites Web pour aider à la communication et à l'acceptation culturelle. Nous en soutenons un, qui a été créé par le truchement de l'Université de Toronto; il est lié à nos objectifs. Nous faisons donc des efforts en ce sens. Nous le recommandons sur notre site Web.

Mme Kirsty Duncan: Je me demande si on procédera à une évaluation axée sur l'orientation culturelle. J'apprécie les mesures qui ont été prises, mais si une évaluation portait précisément...

Je me demande aussi s'il y a des DIM dans le groupe, des gens qui sont devenus médecins.

Dr Ian Bowmer: Le président du Conseil médical du Canada est un DIM.

• (1055)

Mme Kirsty Duncan: Combien de DIM perdons-nous après un échec, relativement au nombre de ceux qui passent l'examen? Si nous perdons des gens après un échec, ces données seraient disponibles. Y a-t-il un écart? Combien en perdons-nous, ou passent-ils l'examen à nouveau? Quel est le pourcentage?

Dr Ian Bowmer: Nous avons étudié ces données. Je ne les ai pas ici, mais je peux certainement les fournir au comité.

Mme Kirsty Duncan: Cela nous aiderait énormément.

En moyenne, combien de fois un DIM doit-il passer l'examen avant de le réussir, selon l'emplacement géographique?

Dr Ian Bowmer: Je peux vous fournir des données qui l'expliquent clairement, mais le nombre va en décroissant. Vous verrez que la courbe décroît, et un pourcentage des gens réussissent certainement la première fois, puis après deux ou trois essais, et...

Mme Kirsty Duncan: Pouvez-vous nous fournir aussi ces données, s'il vous plaît?

Dr Ian Bowmer: Oui.

Mme Kirsty Duncan: Est-ce qu'on appuie les DIM dans leur recherche d'une autre profession de la santé? Selon vous, est-ce que le gouvernement fédéral aurait un rôle à jouer sur ce plan? Il me semble que nous perdons énormément de compétences.

Dr Ian Bowmer: Je pense que c'est l'argument que Dr Varastehpour tentait de faire valoir. En fait, il n'existe pas de programmes efficaces pour aider les médecins à se trouver une autre carrière. Les gouvernements provinciaux, celui de l'Ontario, par exemple, ont créé des programmes d'aide aux médecins. Il y en a aussi un au Manitoba. Le comité pourrait se pencher sur la question des carrières de remplacement pour les personnes qui ne pratiquent plus depuis trop longtemps.

Mme Kirsty Duncan: Ces renseignements sont très utiles. Merci.

En moyenne, combien de fois un DIM doit-il avoir recours au CaRMS avant de réussir, et quelle comparaison peut-on faire avec les diplômés canadiens?

M. Jim Boone: Je n'ai pas les données à ce sujet, mais je serais heureux de les partager avec le comité. Comme je l'ai déjà dit, depuis les deux ou trois dernières années, environ la moitié des DIM qui participent au jumelage annuel n'en sont pas à leur première demande — la moitié des 1 600.

La présidente: Madame Lefebvre, je pense que vous vouliez aussi ajouter quelque chose.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Je voudrais simplement faire une remarque au sujet de la consultation lorsqu'il semble que la médecine ne soit pas un choix de carrière. Selon le cadre pancanadien, ce rôle

reviendrait aux organismes de réglementation médicale. Nous avons avancé qu'il s'agit bien sûr d'une tâche importante, mais que ce n'est peut-être pas les organismes de réglementation médicale qui devrait s'en occuper.

La présidente: Monsieur Boone.

M. Jim Boone: Je voudrais ajouter brièvement à la question des autres voies pour les DIM. Pour la première fois l'an dernier, ProfessionsSantéOntario a organisé un petit symposium pour 300 ou 400 DIM. Une demi-douzaine ou une douzaine d'organismes leur ont parlé de différentes voies à suivre, dont certaines n'étaient même pas liées à la médecine. Beaucoup de gens ont participé. L'initiative a été très bien accueillie, et ce, tant par les organismes partenaires que par les DIM.

La présidente: Merci, madame Duncan.

J'aimerais remercier particulièrement nos témoins. Je vous souhaite de très joyeuses Pâques. J'espère que vous passerez un agréable week-end. Le comité apprécie beaucoup votre présence ici aujourd'hui et vos observations réfléchies.

Joyeuses Pâques à tous les membres du comité. Au plaisir de vous retrouver après la semaine de relâche.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>