



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

**Comité permanent des ressources humaines, du
développement des compétences, du
développement social et de la condition des
personnes handicapées**

HUMA • NUMÉRO 009 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 1^{er} novembre 2011

—
Président

M. Ed Komarnicki

Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées

Le mardi 1^{er} novembre 2011

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Ed Komarnicki (Souris—Moose Mountain, PCC)): La séance est ouverte.

Je précise que la durée normale d'un exposé est de cinq à sept minutes. À cinq minutes, j'avertirai le témoin. Comme nous accueillons trois groupes, il faudra respecter à peu près ce minutage. Mais en même temps, il faut éviter un débit de lecture trop rapide, parce que, dans ce cas, les interprètes peinent à suivre. Il faut viser, si possible, un juste milieu.

Entendons d'abord l'Association canadienne de physiothérapie.

Michael Brennan, si vous voulez y aller, je vous en prie.

M. Michael Brennan (chef de la direction, Association canadienne de physiothérapie): Merci. Bonjour tout le monde.

Je remercie le comité de l'occasion qu'il m'offre de lui faire entendre mon exposé dont le titre est quelque peu intimidant — des solutions pratiques à un problème toujours insoluble —, mais nous allons faire de notre mieux.

Il y a quatre ans, l'association ainsi que l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie ont publié conjointement un document sur la reconnaissance, ici au Canada, des titres de compétences acquis à l'étranger par les physiothérapeutes. La recherche qui a permis la rédaction de ce document a été financée par le programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC). Nous sommes reconnaissants au gouvernement de l'aide qu'il nous a accordée pour examiner ce problème. À l'époque, nous avions bien envie de le régler et nous sommes toujours dans cet état d'esprit.

Environ 13 p. 100 des physiothérapeutes qui exercent au Canada ont été formés à l'étranger. C'est également le cas de 13 p. 100 de nos membres. La tendance est à la hausse, puisque la demande de services de physiothérapie est croissante.

Notre étude a reconnu un certain nombre d'obstacles structurels que vous connaissez bien, j'en suis convaincu: taux élevé d'échec aux examens d'admission; longueur des délais pour déclarer les candidats admissibles à l'examen, puis leur accorder l'autorisation d'exercer. La barrière de la langue s'est révélée un obstacle de taille, ainsi que les différences culturelles, qui rendent difficile la compréhension du contexte des soins de santé au Canada par rapport à celui du pays d'origine du candidat. L'information communiquée à l'immigrant s'est révélée d'une importance majeure ou bien elle était gravement insuffisante. L'obtention d'un emploi pendant et après le processus d'intégration était un problème, il y a quatre ans. Enfin, le coût de fonctionnement du système était prohibitif.

Les physiothérapeutes se sont donc concertés et ont entrepris un effort important pour régler ces problèmes, ce qui a abouti à l'établissement, en 2009, d'un référentiel pour les niveaux de compétence linguistique en physiothérapie. Ce document aide les candidats à déterminer les objectifs linguistiques qu'ils doivent atteindre. Nous avons mis en ligne un test linguistique qui sert à l'examen des candidats. Nous avons créé un outil de préévaluation en ligne qui leur permet de se comparer à leurs confrères canadiens.

En 2009, deux ans seulement après la publication de l'étude, nous avons exécuté le premier programme complet de transition à Ryerson, pour les physiothérapeutes formés à l'étranger. Ce programme se donne désormais à l'Université de Toronto. Deux nouveaux programmes débiteront en 2012, et, à l'intérieur de ces trois programmes, nous donnons une formation linguistique propre à la profession.

Nous avons donc abattu beaucoup de travail pour donner suite aux constatations de l'étude de 2007. Cependant, nous n'avons en fait constaté absolument aucun effet sur le temps que prennent la reconnaissance des titres de compétences d'un physiothérapeute formé à l'étranger et son autorisation d'exercer, en grande partie parce que ces programmes sont jeunes. Depuis 2009, nous n'avons pas pu rassembler suffisamment de données et conduire suffisamment d'expériences pour les optimiser.

Actuellement, les problèmes que nous devons résoudre concernent davantage l'exécution du programme, sa compréhension et l'élaboration d'un ensemble raisonnable d'attentes. Ils diffèrent beaucoup de ceux que posait sa mise en oeuvre il y a quelques années. Au fond, peut-être que la physiothérapie canadienne diffère sensiblement de celle de la plupart des pays non-membres du Commonwealth, les compétences qu'elle exige diffèrent peut-être même de celles que l'on demande à nos homologues américains. Le plus souvent, la norme canadienne est sensiblement plus rigoureuse que celle à laquelle s'attendent les candidats formés à l'étranger. Cela reste un problème important. Nous ne souhaitons pas compromettre la réussite de la physiothérapie canadienne, mais, en même temps, nous reconnaissons que nous devons faire davantage pour intégrer les candidats.

Nous cherchons désormais des solutions pratiques. Nous reconnaissons que le processus que doivent suivre les candidats est trop long. Nous avons besoin d'une plus grande capacité administrative — actuellement, il y a un arriéré de dossiers, et des personnes de bonne volonté travaillent à la reconnaissance des titres de compétences —, mais, actuellement, l'attente, pour l'examen du profil d'un candidat, est de neuf mois. Et par *nous*, je parle de l'ensemble de la profession des physiothérapeutes. Ce n'est pas notre association qui s'en occupe; ce sont des entrepreneurs pour l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. L'arriéré est donc important.

Nous reconnaissons qu'il est très important pour les candidats de pouvoir travailler avec des spécialistes de la réhabilitation pendant des stages, mais l'accès à ces travaux pratiques est extrêmement difficile.

C'est difficile pour les étudiants en physiothérapie. Les soins de physiothérapie, à 50 p. 100, sont donnés par le privé. Nous demandons donc à des propriétaires de petites entreprises de trouver des occasions d'accueillir ces stagiaires. Cela se révèle aussi difficile pour les uns que pour les autres.

Nous tenons à obtenir de meilleures données sur les titres de compétence. Nous voulons avoir une meilleure idée des équivalences à l'étranger, et, à cette fin, les choses avancent avec la Confédération mondiale pour la thérapie physique. Nous venons de lancer un programme, en juin, une nouvelle base de données qui permettra de mieux comprendre ces titres de compétence avant l'entrée des candidats dans le système.

Nous avons entendu parler de la publication, aujourd'hui, d'une étude de Deloitte sur l'importance de ne pas se tromper. Nous tenons à faire ce qu'il faut à cette fin. Pour nous, la solution la plus pratique est de faire ce que nous devons faire au nom de l'ensemble des physiothérapeutes et de collaborer avec Immigration Canada et les divers acteurs.

Un bon exemple est la négociation qui vient d'avoir lieu entre les organismes de réglementation du Québec et le gouvernement français, en vertu de laquelle on reconnaît l'équivalence française aux physiothérapeutes appelés au Canada thérapeutes en réadaptation de physiothérapie. La solution la plus simple, mais la moins satisfaisante peut-être, est de raisonnablement penser qu'il faut trois ou quatre ans pour faire reconnaître ces titres de compétence et intégrer ces spécialistes dans notre système. Cela ne résout pas nécessairement le problème, mais nous ne sommes pas certains de pouvoir faire mieux. Nous aimerions discuter d'une solution, mais, devant les différences qui existent entre les physiothérapeutes canadiens et ceux de nombreux pays, nous ne sommes pas certains de pouvoir faire mieux.

Merci.

● (1540)

Le président: Merci.

Passons maintenant au Groupe d'intervention action santé, c'est-à-dire à Christine Nielsen et à M. Shields.

M. Charles Shields (membre, Groupe d'intervention action santé): Il y a quelques semaines, je me suis trouvé ici, devant vous, à un autre titre. Je suis Chuck Shields. Je suis accompagné de Christine Nielsen et de Michael Brennan, lequel a fait son exposé. Nous sommes tous trois membres du Groupe d'intervention action santé, dont la direction nous a demandé de faire devant vous un exposé du problème, tel que nous le vivons.

Je suis PDG de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale; Christine est de la Société canadienne de science de laboratoire médical; vous connaissez déjà Michael.

J'aimerais remercier le comité pour l'occasion qu'il nous offre de parler au nom du Groupe d'intervention, qui est une coalition de 35 organismes nationaux. Nous représentons un important échantillon d'associations, d'institutions et d'établissements. Nos membres comprennent un demi-million de personnes, fournisseurs et bénéficiaires de soins de santé au Canada.

Ces 20 dernières années, le Groupe d'intervention a eu l'occasion de présenter des mémoires à des comités permanents et il a publié une série de politiques sur un certain nombre de sujets, notamment le

rôle de l'État fédéral dans le financement des soins de santé, les ressources humaines dans le secteur de la santé, l'admission à l'exercice de la profession et la Loi canadienne sur la santé.

En juillet dernier, le Groupe d'intervention a rencontré des fonctionnaires de RHDCC pour un examen des problèmes, des défis et des solutions concernant les professionnels de la santé formés à l'étranger. Les sujets qu'on a alors abordés restent d'actualité. Ce sont notamment le recyclage professionnel dans les techniques et les connaissances pour répondre aux exigences canadiennes pour l'exercice de la profession; la préparation aux examens pour l'obtention du permis d'exercer; l'acquisition d'une expérience professionnelle pertinente; l'établissement de contacts ou des réseautages professionnels; la fréquentation des milieux de travail au Canada, l'initiation à la culture et au contexte canadiens, ce qui exige de l'information sur les entreprises, des appuis au niveau universitaire et les aptitudes générales nécessaires à l'obtention d'un emploi et à la réussite professionnelle; l'acquisition de compétences en matière de langue et de communication et leur amélioration; l'élaboration, la gestion et l'atteinte d'objectifs professionnels.

Je cède maintenant la parole à Christine qui poursuivra sur d'autres sujets qui nous tiennent à coeur.

Merci.

Mme Christine Nielsen (membre, Groupe d'intervention action santé): Les difficultés qu'éprouvent les professionnels de la santé formés à l'étranger à s'intégrer et à obtenir leurs titres tiennent au temps et aux ressources personnelles dont ils ont besoin pour répondre aux exigences. Très souvent plus âgés que nos diplômés et, souvent aussi, ne disposant pas de toutes les ressources voulues, ils doivent assumer davantage de responsabilités. Les exigences du travail et du recyclage professionnel peuvent conduire à des difficultés, qui leur feront accepter des emplois de subsistance.

Il faut de l'information et des appuis pour les orienter vers les cours disponibles et les endroits où ils sont susceptibles de trouver des collègues. Une expérience de travail pertinente est toujours importante. Quand les soutiens et l'information sont accessibles grâce à des programmes de transition, souvent ils en ignorent l'existence.

Chez les membres du Groupe d'intervention, on s'accorde généralement à dire que les soutiens suivants, auxquels Michael et Charles ont fait allusion, aideraient à l'évaluation et à l'intégration: la formation linguistique; le mentorat; les réseaux d'appui formés de collègues; des évaluations plus rapides conduisant à la délivrance de titres et certificats; la préparation aux examens conduisant au permis d'exercer; des programmes de transition qui, dans de nombreux cas, permettent de résoudre tous ces problèmes.

Chaque profession a commencé à s'attaquer à de nombreuses barrières, et beaucoup de membres du Groupe d'intervention ont reçu des accords de contribution et des subventions en vertu de programmes de reconnaissance des titres de compétence acquis à l'étranger de RHDCC.

Nos recherches nous ont révélé que les programmes de transition offrent une solution fantastique aux personnes formées à l'étranger. Dans certaines professions, ces programmes sont déjà en place. Ils fonctionnent en vertu de différents modèles de financement: soit le principe de la rémunération des services, les cours étant payés par l'individu; soit, à cause de l'intégration du programme dans le système d'éducation à plein temps, le droit, pour l'étudiant, à des bourses ou à une aide financière; soit, à cause de coûts très faibles ou nuls, la subvention du programme en vertu d'un accord de retour au travail. Nous savons que le processus ayant le meilleur rapport efficacité/coûts consiste à greffer des programmes de transition à des programmes d'instruction déjà en place plutôt que de créer des programmes autonomes. En effet, les programmes en place donnent déjà accès au corps enseignant, au programme d'études et à l'équipement.

Des difficultés considérables compliquent les stages en clinique, comme Michael l'a mentionné. Et les professionnels formés à l'étranger ne sont pas les seuls à en souffrir. Nos propres étudiants aussi. Le principal défi est, pour nous, de trouver une façon d'ajouter cette responsabilité supplémentaire en matière de formation à un système de soins de santé déjà surchargé ainsi que de rémunérer le stagiaire et l'établissement où il reçoit sa formation.

Le financement de chaque professionnel de la santé formé à l'étranger à la faveur de programmes tels que le Programme canadien de bourses aux étudiants aiderait chacun d'eux à accéder aux programmes de transition et, de la sorte, les aiderait à contribuer notablement à la durabilité de ces programmes.

Nous comprenons qu'un programme fédéral de prêts pour ces professionnels a été proposé et nous encourageons le gouvernement à donner suite à cette initiative.

Les programmes de transition résolvent de nombreuses difficultés qu'éprouvent les professionnels de la santé formés à l'étranger et leur permettent de s'intégrer beaucoup plus rapidement dans la profession qu'ils ont choisie. L'admission accélérée à l'exercice de la profession, à un niveau de compétence élevé, représente un gain pour l'État, puisque le taux d'imposition des gros salaires est plus élevé. Tout le monde profite d'une intégration accélérée.

Nous remercions RHDCC et le gouvernement pour leur intérêt et les mesures qu'ils ont prises pour l'évaluation et l'intégration des immigrants au Canada. Dans ce domaine, les investissements doivent se poursuivre, parce que la charge financière pour les professionnels formés à l'étranger, les associations et les organismes de réglementation serait excessive, si ce n'était de l'engagement du Gouvernement du Canada.

Nous vous remercions du temps que vous nous avez accordé et nous serons heureux de répondre à vos questions.

• (1545)

Le président: Merci beaucoup.

La parole est maintenant à Sandra Murphy, du Centennial College, qui dispose de cinq à sept minutes.

Dre Sandra Murphy (doyenne, Faculté des études communautaires et de la santé, Centennial College): Quand deux personnes nous ont précédés, le risque de redites est très élevé. Par contre, je constate que nos constatations sont très semblables.

L'une des raisons de ma présence ici est que, en 2008, j'ai terminé mes travaux de doctorante. Ma thèse portait sur les expériences des infirmières formées à l'étranger, quand elles arrivent au Canada, les obstacles qu'elles affrontent.

En ma qualité de doyenne du Centennial College, je me suis chargée d'un projet pilote, de 2009 à 2011, sur deux programmes de transition, qui ont fait l'objet d'une longue évaluation. L'un concernait les infirmières, l'autre les pharmaciens qui voulaient être diplômés techniciens en pharmacie. Nous n'avons pas été surpris de constater que, pour nous, la barrière de la langue était de loin l'obstacle le plus formidable que devaient vaincre les professionnels formés à l'étranger. Nous avons constaté que beaucoup de programmes de transition ne répondaient pas aux besoins précis de telle profession et que, en conséquence, il y avait là une lacune.

Il faut vraiment encourager et peut-être même exiger une formation linguistique avant l'arrivée. Dans certaines professions, comme chez les infirmières, par exemple, celles qui ont été formées à l'étranger doivent montrer qu'elles possèdent des niveaux précis de maîtrise de l'anglais qui répondent précisément aux besoins de leur profession. Ces exigences sont très rigoureuses.

En outre, nous avons constaté qu'il fallait améliorer la communication. Les professionnels de la santé formés à l'étranger ont besoin d'être informés au sujet des programmes qui leur sont offerts pour entreprendre le processus d'obtention de l'autorisation d'exercer avant même leur arrivée au Canada. Nous devons, en fait, faire énormément plus que ce que nous faisons actuellement dans les salons de l'emploi qui s'adressent aux immigrants et pas seulement de distribuer des renseignements sur les demandes d'emploi dans les maisons d'entraide ou les centres communautaires.

L'aide financière aux apprenants reste un obstacle, particulièrement dans le cas de beaucoup de programmes de transition qui ne mènent pas à l'obtention d'un diplôme. Dans ce cas, les étudiants ne sont pas admissibles au régime d'aide financière aux étudiants de l'Ontario ni aux programmes d'aide. Beaucoup d'apprenants qui ont déjà beaucoup d'années d'études derrière eux, comme nous en avons parlé, sont responsables, ils ont charge de famille et ils essaient de joindre les deux bouts tout en entreprenant des études exigeantes.

Nous avons constaté que 80 p. 100 des professionnels formés à l'étranger sont mariés et que 62 p. 100 ont des enfants, contre seulement 54 et 47 p. 100, respectivement, de leurs homologues canadiens. L'un des participants à notre programme nous a dit:

Je pense que l'État devrait aider [les étudiants] financièrement [en sus du programme d'aide aux étudiants de l'Ontario] les personnes qui veulent retourner d'où elles viennent, parce que j'en connais beaucoup qui viennent ici et qui doivent occuper un emploi alimentaire, parce qu'elles ont besoin d'argent.

J'ai également constaté que l'information sur l'autorisation professionnelle et l'intégration dans la population active du Canada doit être juste. Les candidats sont très étonnés d'apprendre que nous imposons des conditions préalables à l'emploi dans leurs professions et, après coup, ils se sentent très découragés. Ils trouvent également que l'information est très dispersée dans les établissements, les organismes de réglementation, chez les fonctionnaires chargés de l'immigration, etc. Il faudrait vraiment la rassembler. L'absence de portail en ligne où on la centraliserait au niveau national et qui serait accessible à l'étranger l'empêche vraiment de circuler. Elle est vitale pour accélérer le processus qui mène au permis d'exercer.

L'autre problème, c'est que certains organismes de réglementation prévoient un créneau très étroit dans lequel les professionnels doivent prouver que, dans l'exercice de leur profession, ils ne présentent aucun danger. On a abrégé cette période, en la faisant passer de cinq à trois ans, notamment dans la profession d'infirmière. Si on exige que les immigrants aient obtenu le droit d'établissement, il leur est presque impossible de continuer dans leur profession à l'intérieur de ce créneau très étroit.

L'adaptation culturelle est devenue une chose très importante. Beaucoup d'immigrants proviennent de sociétés culturellement homogènes. Ils trouvent que, dans notre mosaïque culturelle, les normes et les valeurs canadiennes sont très difficiles à comprendre et très difficiles à appliquer dans leur profession. Non habitués à l'existence d'équipes pluridisciplinaires et à l'approche axée sur les besoins du client, concept qu'ils ne connaissent pas, ils ont besoin de programmes de transition à cette fin.

Également, des compétences sont également très importantes pour passer les examens, se préparer et chercher un emploi.

● (1550)

Je vous signale que le taux normal de réussite pour les infirmières et infirmiers formés à l'étranger est de 70 p. 100, comparativement à 90 p. 100 pour les étudiants formés au Canada qui passent l'examen pour la première fois. Pour notre programme de transition, le taux de réussite est aussi de 90 p. 100, soit de 20 p. 100 de plus que pour les étudiants qui ne participent pas au programme. Voilà qui montre bien l'importance d'un mécanisme semblable pour se préparer à exercer une profession.

J'en suis à cinq minutes, n'est-ce pas?

Le président: Vous en êtes à cinq minutes et 40 secondes, mais je vous laisse conclure.

Dre Sandra Murphy: Les programmes de relais aident les participants à se préparer en vue de l'examen écrit, car ils n'ont pas l'habitude des questions à choix multiples. À l'issue du programme, nos étudiants ont généralement de la difficulté à trouver un emploi dans leur profession en raison de différents obstacles. Il y a beaucoup de préjugés à l'égard des professionnels formés à l'étranger. Nous constatons qu'ils ont besoin d'aide pour la recherche d'emploi, la rédaction d'un curriculum vitae et les techniques d'entrevue, notamment.

Je vous dirai en conclusion que les programmes de transition sont absolument essentiels pour tous les professionnels de la santé. Je ne peux pas voir comment quelqu'un pourrait arriver à s'intégrer au milieu professionnel sans être passé par un de ces programmes relais qui permettent d'acquérir une expérience concrète de l'aspect pratique de la profession.

Je recommande donc que l'on maintienne le financement et que l'on envisage même d'aider financièrement les étudiants au-delà du seul accès aux programmes de transition. À ce titre, le remboursement des droits de scolarité serait fort utile.

Je vous remercie.

Le président: Un grand merci pour votre exposé. Vous n'avez pas manqué de nous faire valoir la nécessité des programmes de transition, leur efficacité et leur taux de réussite.

Nous passons à Mme Crowder.

Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD): Merci.

Merci à nos témoins et tout particulièrement à M. Brennan qui nous a parlé de l'étude menée par Deloitte. Comme je viens tout juste de la recevoir, je n'ai pas eu le temps de lire au complet cette étude

qui met au jour certaines difficultés qui perdurent au sein de notre système d'immigration. On y recommande différentes pistes de solution que je vais inviter mes collègues du comité à explorer.

Il y a une ou deux choses que nos témoins nous répètent les uns après les autres. Je crois que vous les avez tous abordées d'une façon ou d'une autre.

D'abord et avant tout, il est vraiment difficile pour les gens à l'étranger d'obtenir des informations exactes. Je crois que Mme Murphy a parlé de la formation linguistique nécessaire dans certains cas avant l'arrivée au pays. Il pourrait y avoir un mécanisme permettant d'amorcer à l'étranger la reconnaissance des titres de compétences, mais certains témoins nous ont dit que cela pouvait poser des problèmes au niveau de la sécurité, car il n'est pas toujours facile de s'assurer qu'on évalue bien la personne qui souhaite venir au Canada.

Les trois autres points importants seraient l'évaluation au moment de l'arrivée au Canada; un programme de transition pour la formation, l'expérience de travail ou les stages pratiques; et l'intégration à un emploi dans la profession.

Est-ce un bon résumé de la situation? D'accord.

J'aurais donc quelques questions. À la lumière de votre expérience, est-ce que les instances réglementaires, les collèges, les universités et les différentes associations collaborent étroitement à l'élaboration d'un plan d'action exhaustif? Est-ce qu'un représentant de chaque groupe pourrait répondre?

● (1555)

M. Michael Brennan: La réponse est oui. Peut-être même s'agit-il du meilleur exemple de collaboration en physiothérapie au cours des 30 dernières années. Ces programmes de transition ont permis différentes avancées depuis 2007, notamment au chapitre de l'évaluation linguistique et des possibilités de stage.

Mais maintenant que ces mécanismes sont en place, on est d'autant plus conscient de tout le travail qu'il reste à faire. Nos capacités pourraient nous permettre d'améliorer la situation dans une proportion de 10 p. 100, mais pour chaque personne qui participe à un programme relais, six doivent attendre. Pour tout étudiant qui obtient un stage, 12 sont refoulés. C'est donc un problème de volume. Nous nous réjouissons de l'approche de collaboration qui a été mise en oeuvre, mais cela nous a sensibilisé encore davantage à l'importance du problème à surmonter.

Mme Jean Crowder: Est-ce que ces trois instances ont accès à un financement quelconque pour travailler ensemble à l'élaboration d'un plan d'action, d'un plan de mise en oeuvre?

M. Michael Brennan: Nous avons obtenu des fonds pour effectuer l'étude, mais tout le reste a jusqu'à maintenant été financé à même nos propres ressources ou avec l'aide du gouvernement provincial. Le programme de transition offert à Ryerson, qui a depuis été transféré à l'Université de Toronto, était financé par le gouvernement de l'Ontario. Nous devons composer avec le fait que le gouvernement voulait absolument que les candidats soient des résidents de l'Ontario, ce qui est compréhensible, alors que la demande dépassait largement les limites provinciales.

Mais nous nous réjouissons du fait que les gouvernements de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario maintiennent leur financement pour ces programmes relais.

Mme Jean Crowder: Mais cela demeure une approche à la pièce qui est assujettie à l'intérêt des provinces.

M. Michael Brennan: C'est exact.

Mme Jean Crowder: Monsieur Shields et madame Nielsen, avez-vous constaté une collaboration semblable entre les organismes de réglementation, les collèges et les universités, et les associations?

M. Charles Shields: Tout à fait. Je ne peux pas parler au nom de tous les membres du GIAS, mais je peux certes vous confirmer que c'est le cas pour notre association. Nous l'avons toujours fait, mais je dois préciser que nous avons bénéficié pour ce faire de certaines subventions de RHDCC. Lorsque nous avons établi des lignes directrices pour nos programmes de transition, nous y avons intégré des programmes de sensibilisation dans tout le pays.

Mme Jean Crowder: Désolée, monsieur Shields, puis-je vous interrompre un instant? Vous parlez bien d'un financement par projet? Vous n'avez pas accès à un financement permanent qui vous permettrait...? Le financement doit être rattaché à des projets précis?

M. Charles Shields: C'est exact.

Nous avons également réalisé des projets visant l'établissement d'une norme nationale en matière d'évaluation avec le concours des instances réglementaires, du milieu de l'éducation et d'autres intervenants. C'est encore une fois grâce à l'aide financière de RHDCC que nous avons pu conjuguer tous ces efforts.

Nous avons aussi à l'interne certains mécanismes qui nous permettent de mobiliser directement une partie des intervenants. Mais lorsqu'il est question des professionnels formés à l'étranger, nous avons besoin d'une aide financière, plus souvent qu'autrement celle de RHDCC.

Mme Jean Crowder: Si vous apportez des solutions dans le cadre de projets ponctuels, en quoi cela vous aide-t-il à vous doter d'un plan et d'une stratégie à long terme? Je sais que d'autres organisations y parviennent de façon indépendante. Mais pour une stratégie à long terme en matière de ressources humaines, il faut non seulement fonctionner dans le cadre de projets, mais parvenir à mettre en place un mécanisme permettant d'analyser l'information sur le marché du travail de même que toutes les données et tendances démographiques pour pouvoir élaborer une stratégie visant le recrutement, le maintien de l'effectif et tous les autres aspects associés aux ressources humaines...

• (1600)

Le président: Voilà une question fort complexe. Pourriez-vous répondre très brièvement?

M. Charles Shields: Au départ, c'était pour nous seulement un projet ponctuel. Au fil de nos expériences... Lors de ma dernière comparution devant votre comité, j'ai indiqué que nous nous efforçons maintenant de conceptualiser les choses de manière à dégager tout un spectre d'activités. Nous souhaiterions pouvoir intervenir auprès du professionnel formé à l'étranger dans son pays d'origine, avant même qu'il ne décide de venir au Canada. Nous pourrions ensuite l'accompagner tout au long du processus jusqu'à la réussite de son examen d'accréditation et à son intégration en milieu pratique. Nous cherchons aussi à agir sur les différents plans adjacents à cette démarche.

Alors, même si nous travaillons dans le cadre de projets ponctuels, nous sommes conscients de la manière dont le tout s'emboîte.

Le président: Merci.

Nous passons à M. Daniel.

M. Joe Daniel (Don Valley-Est, PCC): Merci beaucoup.

Merci à nos témoins pour leur comparution et leurs réponses à nos questions.

Je veux d'abord m'adresser à M. Brennan. Quelle est l'ampleur de nos lacunes? Pourquoi avons-nous besoin de tous ces professionnels formés à l'étranger?

Et dans une perspective à plus long terme, est-ce que les besoins à combler vont s'amplifier au fil des ans?

M. Michael Brennan: Dans le cas de la physiothérapie, le fossé entre l'offre et la demande devrait s'élargir. Quand on considère les exigences des baby boomers pour un vieillissement tout en douceur, notamment au chapitre de la mobilité, la demande pour les services de physiothérapie ne cesse de croître et nous estimons que le fossé va encore se creuser. Il y a de plus en plus de programmes de formation au Canada, mais nous n'arriverons sans doute pas à répondre à la demande au cours des 10 prochaines années.

L'immigration revêt donc une grande importance dans le secteur de la physiothérapie et de la réadaptation. Sans compter que d'un point de vue strictement démographique, l'immigration est essentielle à la croissance globale de notre pays, ce qui nous incite à appuyer les efforts en ce sens.

Si je peux m'exprimer un instant au nom du GIAC, je dirais que nous sommes conscients qu'il y a certaines inquiétudes à propos de l'attrait exercé par certaines professions du domaine de la santé. La conciliation travail-vie personnelle est de plus en plus au coeur de nos préoccupations et nous devons constater que les Canadiens sont de moins en moins nombreux à vouloir faire ce choix de carrière. Dans ce contexte également, il devient impératif de nous tourner vers l'immigration pour régler le problème.

Les intervenants du milieu de la santé s'entendent donc assez unanimement sur le fait que l'immigration et la reconnaissance des titres de compétences étrangers sont essentielles si nous voulons nous assurer un bassin de main-d'oeuvre suffisant.

M. Joe Daniel: La pénurie est-elle importante à ce point que des Canadiens devront être formés à l'étranger et se prêter aux mêmes exigences à leur retour au pays?

M. Michael Brennan: Pas dans le cas de la physiothérapie, mais je ne peux pas répondre pour les autres professions.

M. Joe Daniel: Je vais maintenant m'adresser à la Dre Murphy.

Comment recrutez-vous vos étudiants? Viennent-ils directement à vous à partir de l'étranger? Comment cela se passe-t-il? Avez-vous des programmes accélérés? Je ne sais pas si l'on peut dire que le programme de transition est un mécanisme accéléré pour les aider tout au long du processus.

Dre Sandra Murphy: Les étudiants nous viennent d'une variété d'horizons. Les organismes de réglementation nous réfèrent directement des étudiants. Comme le bouche à oreille est très efficace au sein de la collectivité, certains étudiants s'adressent à nous sans intermédiaire. Nous devons alors les rencontrer et les aiguiller vers l'organisme de réglementation, car c'est celui-ci qui procède à l'évaluation.

Je dirais que nos anciens étudiants constituent peut-être nos meilleurs outils de promotion. Comme nous offrons des programmes relais pour les professionnels formés à l'étranger depuis les années 1970, nous avons acquis une certaine notoriété.

Désolée, mais qu'elle était votre autre question?

M. Joe Daniel: J'ai oublié, mais passons à autre chose.

Vous avez parlé de l'éparpillement ou du manque de cohérence de l'information au sujet du processus de demande. Comment pourrait-on mieux harmoniser le tout? Collaborez-vous seulement avec Immigration Canada ou RHDC? Comment envisagez-vous la mise en place d'un processus commun?

Dre Sandra Murphy: Je pense qu'un établissement d'enseignement comme le nôtre devrait travailler de concert avec le gouvernement ainsi qu'avec l'instance réglementaire, car c'est celle-ci qui régit le processus d'accréditation.

D'après ce que j'ai pu comprendre, si on souhaite amorcer l'évaluation à partir du pays d'origine, c'est surtout qu'il est très difficile d'obtenir les documents requis et les autorisations de stage une fois rendu au Canada. Les gens doivent alors se fier aux membres de leur famille pour faire le suivi.

Si on veut abrégé le processus d'accréditation, il faut commencer à l'étranger. Je dirais donc qu'il faut le concours des partenaires du milieu de l'éducation, du gouvernement et des instances réglementaires.

•(1605)

M. Joe Daniel: En outre, vous voudriez que l'information soit accessible auprès d'une seule organisation, d'un guichet unique en quelque sorte. Est-ce que cela faciliterait les choses?

Dre Sandra Murphy: Certainement.

Le président: Madame Nielsen.

Mme Christine Nielsen: Dans la même veine, on note maintenant un meilleur niveau d'information chez bon nombre des membres du GIAC grâce au portail « Se rendre au Canada », lequel constitue une exigence dans certains de nos pays sources. Un programme d'orientation est requis pour les gens souhaitant immigrer au Canada.

Dans mon domaine des laboratoires médicaux, environ 15 p. 100 des candidats font leur demande à partir de l'étranger. La Dre Murphy avait d'ailleurs tout à fait raison de dire qu'il est essentiel pour ces gens d'obtenir les documents requis lorsqu'ils sont encore dans leur pays. Comme je procède moi-même à la vérification de ces documents, je peux vous assurer que c'est beaucoup plus facile ainsi.

Nous avons certaines politiques en place, et des obstacles nous ont été signalés. Pour nous, c'est un grand pas en avant, car il y a encore des choses que nous pouvons évaluer pendant que les candidats sont à l'étranger. On peut même combler certaines pénuries dans ma profession avec l'aide de candidats étrangers. Nous avons adopté une approche holistique en reconnaissance du fait que les Canadiens ne constituent pas l'unique solution pour régler le problème du manque de main-d'oeuvre.

Le président: Merci.

Nous passons à Mme Crowder.

Mme Jean Crowder: Certains d'entre vous ont parlé du problème des stages pratiques. Avez-vous des suggestions pour améliorer les choses à cet égard? Ce n'est pas uniquement problématique pour les étudiants canadiens; c'est également difficile pour ceux qui sont formés à l'étranger.

Mme Christine Nielsen: Permettez-moi de répondre.

Une étude a été financée au Manitoba dans le secteur des sciences infirmières. Le projet visait le maintien en poste des infirmières et infirmiers les plus expérimentés. C'est leur syndicat qui a été le seul groupe à s'y opposer.

Il s'agissait d'intercepter les infirmières en fin de carrière en leur permettant de travailler quelques jours par semaine, ou en leur

confiant des tâches plus restreintes, afin qu'elles contribuent à la formation de la prochaine génération. Le projet nécessitait une injection de fonds supplémentaires, car on ne peut bien sûr pas parler d'auto-financement.

Les établissements de santé tout comme les étudiantes participantes ont vu d'un oeil très favorable ce projet qui allégeait la charge de travail des infirmières en poste tout en permettant le transfert de connaissances par des professionnelles au sommet de leur art. C'est avantageux sur les deux tableaux. Des travailleuses et travailleurs à l'aube de la retraite peuvent conserver des liens avec la profession qu'ils aiment tout en transmettant leur bagage de connaissances. Le tout permet également d'alléger le fardeau de tout le monde en milieu de travail. Mais cela exigeait bien sûr un certain financement.

Mme Jean Crowder: Vous avez dit que c'était au Manitoba?

Mme Christine Nielsen: Oui, au Manitoba.

Mme Jean Crowder: Monsieur Brennan, avez-vous quelque chose à ajouter à ce sujet?

M. Michael Brennan: Nous sommes certes conscients du besoin et du problème. Nous avons considéré différents incitatifs pouvant faire en sorte qu'ils soient plus attrayants pour les petites entreprises, les propriétaires de clinique et d'autres employeurs d'offrir des stages. Je crois qu'on devrait toujours recourir aux incitatifs fiscaux. Alors, s'il était possible d'offrir aux propriétaires d'entreprise des crédits d'impôt ou des incitatifs sous une autre forme, en ciblant notamment les professionnels formés à l'étranger, nous y serions certes favorables. Nous avons réalisé deux projets pilotes, un en Nouvelle-Écosse et l'autre en Alberta, visant essentiellement à offrir aux cliniques et aux petites entreprises du financement provenant de la communauté professionnelle. Malheureusement, les montants étaient si faibles que le jeu n'en valait pas la chandelle.

Dre Sandra Murphy: En milieu clinique, nous constatons toujours de nombreuses réactions négatives à l'endroit des professionnels formés à l'étranger. La recherche que j'ai effectuée dans le cadre de mon doctorat souligne qu'il y a encore du racisme et des préjugés à l'endroit de ces professionnels de la santé. Lors des placements en milieu hospitalier, les refus sont plus fréquents au sein des groupes d'infirmières et infirmiers formés à l'étranger. Nous avons intégré à nos programmes de transition un guide et des mesures de sensibilisation à l'intention des infirmières et infirmiers des établissements de santé.

Je ne sais pas si c'est le cas pour d'autres professionnels de la santé, mais c'est ce que nous avons pu constater. Peut-être que seules les sciences infirmières sont touchées.

Mme Jean Crowder: M. Choquette va utiliser le temps qu'il nous reste pour vous poser une question.

[Français]

M. François Choquette (Drummond, NPD): Merci, monsieur le président. Mesdames et messieurs, je vous remercie d'être ici aujourd'hui. J'ai quelques questions à vous poser.

Tout d'abord, on sait que le cas des professionnels étrangers constitue un grand problème. Au Canada, au Québec et dans mon comté de Drummond, il y a beaucoup de gens très instruits qui, après leur arrivée ici, travaillent comme manoeuvres plutôt que dans un domaine lié à leur formation. C'est le cas tout particulièrement dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse de pharmaciens, de médecins ou d'infirmières. Vous avez glissé un mot à cet égard. C'est quand même intéressant. Les physiothérapeutes font partie du domaine de la santé.

Quelques solutions ont été lancées. Ne serait-il approprié d'intégrer le plus tôt possible ces gens dans le monde du travail? On parle de programmes, de prêts aux étudiants et de programmes de stage. Ne serait-il pas approprié d'avoir un programme de stage national?

Je vois qu'il y en a au Manitoba. Il y a aussi d'autres choses un peu partout, mais il ne semble pas qu'il y ait quelque chose sur le plan national d'un bout à l'autre du pays.

Ne serait-il pas intéressant d'avoir quelque chose qui permettrait aux professionnels d'intégrer plus rapidement le milieu du travail? En effet, on sait que, particulièrement dans le cas des professionnels de la santé, il faut exercer ce métier pour maintenir ses compétences.

• (1610)

[Traduction]

Le président: Monsieur Choquette, il serait peut-être bon que vous posiez votre question car il ne vous reste presque plus de temps.

[Français]

M. François Choquette: Oui, j'ai terminé.

M. Michael Brennan: Un programme fédéral serait bel et bien souhaitable. Je ne peux pas parler pour tout le monde, mais je suis convaincu que tous seraient prêts à l'accepter. Toutefois, il pourrait alors y avoir un débat constitutionnel.

À notre avis, l'idéal est l'exemple du Québec. Nous avons en effet des physiothérapeutes qui viennent au Canada mais qui ne sont pas qualifiés pour l'être. On pourrait accorder un permis de travail limité qui serait peut-être basé sur leurs compétences. On pourrait les intégrer immédiatement dans un milieu de travail et leur offrir une certaine expérience ou formation. L'expérience pratique serait l'idéal. Cependant, cela implique de gros changements sur le plan de la législation et des permis de travail. Il faut vraiment un consensus entre le fédéral et les provinces.

On parlait tantôt de stratégies. Si on veut une stratégie globale, c'est vraiment là où l'effort doit être fait.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Brennan.

Monsieur Shields, peut-être aurez-vous l'occasion de revenir un peu plus tard sur certaines de ces questions.

Nous passons à M. Mayes.

M. Colin Mayes (Okanagan—Shuswap, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tous nos témoins pour leur présence aujourd'hui.

Je vais adresser ma question à Mme Nielsen.

Si j'ai appris quelque chose de la vie, c'est qu'il n'y a pas meilleure façon de réussir que de reproduire les idées et les expériences des gens brillants et prospères. Avez-vous examiné les modèles d'autres pays qui accueillent des professionnels? Quelle est leur approche et qu'est-ce qui explique leur efficacité? Notre gouvernement a vraiment un problème sur les bras; nous avons besoin d'un cadre d'intervention. Nous avons avancé d'importantes sommes d'argent, mais nous cherchons une formule qui a fait ses preuves et qui produira rapidement des résultats.

Connaissez-vous des modèles utilisés à l'étranger que nous pourrions reproduire?

Mme Christine Nielsen: Pour les professions de la santé, je connais surtout le modèle australien. J'ai eu l'occasion de me rendre là-bas en mars dernier avec une délégation de professionnels de la

santé pour voir comment on s'occupait de l'aspect immigration et pour mettre en commun nos pratiques efficaces et les défis que nous avons à surmonter. Leurs politiques d'immigration sont bien évidemment un peu différentes des nôtres mais, cette considération mise à part, il faut noter que les Australiens procèdent à des évaluations préliminaires avant l'approbation d'un candidat à l'immigration, ce qui les aide sans doute à sélectionner les gens qui ont les meilleures chances de s'intégrer rapidement.

Ils ont également des programmes permanents en matière de transition. Je crois qu'ils sont intégrés à leur cadre fédéral depuis les années 1960. Alors, un physiothérapeute qui a vraiment d'excellentes chances de pratiquer sa profession en Australie peut savoir exactement où aller et quels programmes seront pris en compte. Je pense que ces programmes sont aussi subventionnés par le gouvernement fédéral.

Outre cette sélection plus poussée préalable à l'immigration, les Australiens ne permettent pas vraiment l'autodéclaration; ils vérifient que le code professionnel indiqué correspond à la réalité. Il leur arrive même d'effectuer des évaluations des compétences à l'étranger. Ils peuvent compter sur place sur des gens autorisés à le faire.

Il faut dire que cette formule s'applique uniquement pour quelques pays, et non partout dans le monde. Mais les Australiens savent tout comme nous quels sont leurs pays sources et sont capables de cibler leurs efforts en conséquence dans les professions de la santé.

M. Colin Mayes: Madame Murphy, permettez-moi de vous poser une question. La technologie permet de former les gens en ligne. Est-ce une autre solution que nous pourrions envisager? Si une personne présente une demande d'immigration au Canada en souhaitant travailler comme infirmière, pourrions-nous l'informer des possibilités qui s'offrent à elle pour lui permettre de suivre une formation en ligne? Est-ce une démarche qui ne peut être entreprise qu'au Canada, en milieu de travail?

• (1615)

Dre Sandra Murphy: Il y a quelques choses que j'aimerais faire remarquer. Tout d'abord, je considère qu'il faut le faire au Canada. Nous avons tenté d'offrir une partie du programme de stage en soins infirmiers à l'étranger. Pour bénéficier de l'approbation de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario en tant qu'établissement d'enseignement, il faut que ce soit une formation canadienne; nous ne pouvons donc offrir qu'une année sur deux de formation à l'étranger.

La formation en ligne de professionnels ayant étudié dans un pays étranger ne peut se faire qu'en la complétant par de l'enseignement en classe traditionnelle. La formation en ligne a du bon, mais les immigrants nous arrivent de pays où ils ne disposent pas de ressources technologiques. Il faut faire très attention en ce qui concerne la technologie. En fait, c'est ce qui cause le plus de difficultés aux infirmiers et d'infirmières formés à l'étranger.

M. Colin Mayes: D'accord.

Permettez-moi de poser une question à M. Brennan.

Vous avez indiqué que le Canada applique des normes beaucoup plus élevées. C'est rassurant, mais est-ce arbitraire? Certains professionnels, qui pourtant travaillent dans bien d'autres pays, sont jugés inaptes à pratiquer chez nous. Mais, de toute évidence, ils peuvent fort bien le faire ailleurs.

Qui établit ces normes? Sont-elles arbitraires? Je veux être certain que ceux qui m'aident à prendre soin de ma santé sont des professionnels ayant une formation sérieuse, mais sommes-nous trop exigeants?

M. Michael Brennan: Que voilà une excellente question, que chaque professionnel de la santé devrait avoir le courage et l'honnêteté de se poser régulièrement.

Nos normes de compétence sont équivalentes à celles du Royaume-Uni, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, point à la ligne. Dans le reste du monde, les physiothérapeutes ne sont pas habilités à poser des diagnostics différentiels, par exemple, et à en informer les patients. Cette façon de faire présente des avantages certains, comme l'efficacité de la main-d'oeuvre du secteur de la santé.

Si la situation au Canada a évolué de manière à ce qu'il n'y ait pas de décisions arbitraires, si l'on peut dire, c'est parce qu'on travaille en collaboration avec les professionnels de la santé. Il existe cependant d'autres modèles. Celui du Canada n'est certainement pas le meilleur —nous l'admettons tous—, mais il nous serait très difficile de défaire ce que nous avons accompli. Je ne suis pas nécessairement sûr que l'on puisse reculer pour progresser ensuite, mais c'est peut-être la solution. Ce n'est toutefois guère utile dans le cadre de notre débat d'aujourd'hui.

Mais comme je l'ai indiqué un peu plus tôt, la délivrance d'une licence restreinte permettant aux professionnels d'entrer au pays et de travailler pourrait faire partie de la solution. Voilà qui cadre fort bien avec les recommandations figurant dans l'étude que Deloitte a publiée aujourd'hui, qui nous incite à utiliser la capacité qui s'offre à nous. S'il faut offrir de la formation complémentaire, alors prenons le temps de le faire, mais permettons à ces professionnels de travailler immédiatement.

Le président: Merci, monsieur Mayes. Votre temps est écoulé.

Je laisse la parole à M. Cuzner.

M. Rodger Cuzner (Cape Breton—Canso, Lib.): Je vous remercie beaucoup, monsieur le président. Je tiens à vous féliciter, vous et M. Shield, en ce magnifique 1^{er} novembre. Vous êtes vraiment bien partis. Mais je suis certain que moi et Phil vous rattraperons à la longue—n'est-ce pas, Phil? Ce sera toute une finale.

Madame Murphy, j'ai rencontré cette semaine un groupe de techniciens de laboratoire du Canada Atlantique, qui considéraient que dans la plupart des secteurs du domaine de la santé, au regard du nombre de places qui se sont ajoutées dans les établissements de la région, ils seraient en mesure d'y combler les postes vacants. Ce qui leur pose des problèmes, ce sont les stages et l'expérience de travail. Dans certains hôpitaux ruraux, qui ont toujours disposé de trois techniciens de laboratoire, il n'y en a maintenant plus qu'un seul. L'obligation de superviser et de former quelqu'un exerce une pression supplémentaire sur la capacité.

Mais parlons d'abord du nombre de places qui ont été créées pour combler la demande. Refusons-nous certains postulants? Y a-t-il suffisamment de places?

Et qu'en est-il des occasions de formation? Manque-t-il d'incitatifs financiers et de personnes pouvant offrir cette formation?

• (1620)

Dre Sandra Murphy: Qu'il s'agisse de techniciens en pharmacie, de pharmaciens ou d'infirmiers, les précepteurs se font rares dans le domaine. Les cas d'épuisement professionnel sont fréquents, alors que les étudiants arrivent en grand nombre; le réseau est certainement trop sollicité. En outre, certains professionnels ne sont

pas convaincus que la formation fasse partie de leurs tâches et qu'il leur incombe d'enseigner aux nouveaux venus dans leur domaine. Je crois que c'est ce qui se passe.

On peut en partie régler le problème en augmentant le nombre de simulations que nous effectuons en lieu et place des heures de travail clinique, mais pour que nos organismes accréditifs donnent leur aval, nous devons réaliser des recherches prouvant que cette démarche instructive aura des effets sur l'effectif médical.

Nous devons donc recourir à la simulation, trouver du financement pour le faire et mener une recherche pour démontrer l'efficacité et les qualités informatives de la démarche.

M. Rodger Cuzner: Si quelqu'un d'autre souhaite intervenir, allez-y, je vous prie.

M. Charles Shields: Je conviens que dans une profession représentée par mon association, celle des techniciens en radiation médicale, on recourt à la simulation pour appuyer la préparation clinique. Un certain nombre d'établissements vont maintenant dans ce sens. Un financement supplémentaire serait le bienvenu, mais je crois que des démarches sont en cours à cet égard. Nous avons cherché à voir que ce l'on peut accomplir de bon avec la simulation. Elle sert actuellement à assurer la formation des nouveaux praticiens, mais on pourrait l'appliquer aux professionnels formés à l'étranger.

Nous avons examiné la question pour déterminer quel genre de simulation permettrait d'affirmer que cette méthode permet, dans certains cas, d'établir les compétences cliniques. Des travaux sont donc en cours à ce sujet, et je crois que la question mérite qu'on s'y attarde.

M. Rodger Cuzner: Merci.

Monsieur Brennan, les deux projets pilotes dont vous nous avez parlé, en Nouvelle-Écosse et en Alberta, n'ont pas remporté beaucoup de succès. Selon vous, ce serait à cause du montant des incitatifs offerts. Pourriez-vous préciser votre pensée?

Dans l'évaluation, a-t-on indiqué un chiffre qui aurait...? Peut-être pourrait-on avoir accès à certains renseignements.

M. Michael Brennan: Bien sûr. Je peux certainement vous communiquer l'information.

Pour répondre à votre deuxième question, ce n'était pas vraiment une affaire de chiffres, du moins pas initialement. On a conclu que pour que le stage soit valable, il fallait réduire le nombre de patients pour que les précepteurs puissent assurer la formation, ce qui a évidemment des répercussions sur les revenus. Je crois toutefois que le problème est plutôt lié à la culture. Ce n'est pas en raison de préjugés, mais de la difficulté à communiquer efficacement afin de bien expliquer le contexte du système de soins de santé du Canada et tout ce qui s'y rattache, pour que le stage profite tant à l'étudiant qu'au mentor.

Essentiellement, nous avons mis à l'essai un modèle canadien et offert un incitatif financier modeste pour encourager la participation. Mais nous avons mal établi le contexte et le financement dans ce projet pilote.

Le président: Merci, monsieur Cuzner. Votre temps est écoulé.

Monsieur McColeman, voudriez-vous utiliser vos cinq minutes?

M. Phil McColeman (Brant, PCC): Oui, monsieur le président. Je vous remercie du fond du coeur de m'y autoriser.

Merci de comparaître. Quand nous avons commencé à examiner la question, nous nous attendions à ce que ce soit relativement simple, qu'il suffirait, par exemple, de soumettre les intéressés à un examen écrit pour qu'ils entrent en poste. Mais plus nous progressons dans notre étude, plus nous constatons que l'affaire est complexe. Je vous sais donc gré de nous donner votre point de vue.

Je m'intéresse particulièrement à deux questions en matière d'immigration: celles de la langue et de l'adoption d'une norme de préqualification semblable à celle que l'Australie applique pour évaluer les immigrants afin de s'assurer qu'ils satisfont aux critères avant de les faire entrer au pays pour qu'ils puissent s'intégrer au système d'éducation et observer les protocoles des divers métiers.

J'aimerais savoir si vous pensez qu'il serait possible d'instaurer une telle norme de précertification, appliquée avant l'entrée des immigrants, dans un pays doté d'une politique d'immigration comme celle que nous avons autrefois.

Je ne vous demande pas d'entrer dans les questions de politique, et il ne nous appartient pas de débattre des politiques d'immigration. C'est toutefois une question que nous devons examiner en notre qualité de législateurs. Serait-il réaliste d'établir dans d'autres pays les structures nécessaires à l'application de la norme?

Est-ce que quelqu'un voudrait se prononcer sur la question?

• (1625)

Mme Christine Nielsen: Je crois que si nous allons en ce sens du point de vue des politiques, nous ne pourrions et ne devrions probablement pas le faire pour tous les pays, toutes les professions et tous les domaines.

M. Phil McColeman: Bien.

Mme Christine Nielsen: Dans mon domaine des sciences de laboratoire, nous savons que probablement 70 p. 100 des immigrants viennent des trois premiers pays des quatre principales sources d'immigration du Canada, exception faite de la Chine. Il y aurait donc, à l'évidence, moyen d'intervenir à cet égard.

Vous avez fait ressortir la complexité de la question, qui est attribuable au fait que se sont parfois des organismes de réglementation indépendants qui font l'évaluation des titres de compétence. Vous avez vu qu'il serait difficile de faire accepter la simulation comme étant un équivalent du stage clinique. Cette option soulève une multitude de problèmes politiques, et je ne vois pas comment on pourrait encourager la modification de la politique d'immigration.

Il est probablement faisable pour les divers domaines d'évaluer chaque profession, mais il pourrait être difficile d'intervenir au chapitre des politiques.

M. Phil McColeman: Conviendriez-vous cependant que Citoyenneté et Immigration Canada et RHDCC pourraient intégrer leurs démarches afin d'adopter une approche coordonnée de guichet unique?

Mme Christine Nielsen: Absolument.

M. Phil McColeman: Ce serait un pas dans la bonne direction, selon vous?

Mme Christine Nielsen: Certainement.

M. Phil McColeman: Il faudrait en outre porter la question à un autre niveau et l'étudier à l'échelle provinciale et nationale. Nous avons évoqué la possibilité d'élaborer des normes nationales, en envisageant peut-être de les appliquer à la grandeur du pays. Mais comme nous le savons tous, les obstacles interprovinciaux sont considérables.

Dans quelle mesure croyez-vous que nous puissions mettre en oeuvre pareille initiative, compte tenu de la multitude d'organisations qui devraient intervenir dans chaque province? Est-il réaliste de croire que nous pourrions y parvenir?

M. Charles Shields: J'allais dire que c'est ce que nous sommes en train de faire dans le domaine de la radiologie médicale. C'est donc possible. La volonté est là. Les organismes de réglementation collaborent avec les autres groupes pour établir une norme d'évaluation nationale. Le processus en est route et se conclura dans les prochains mois.

M. Phil McColeman: C'est fort encourageant. Merci.

Madame Murphy, qu'en est-il des soins infirmiers?

Dre Sandra Murphy: La situation est la même. On s'emploie à assurer la transférabilité des compétences d'une province à l'autre et à appliquer les mêmes normes.

M. Michael Brennan: Dans le domaine de la physiothérapie, la norme garantissant l'entrée en poste au plus haut degré de compétence est reconnue, et la transférabilité entre les province ne pose pas de problème.

La difficulté vient encore des licences restreintes. Le Québec a adopté une solution fort élégante, qui n'est même pas envisagée dans le reste du Canada. Je crois qu'il conviendrait de l'étudier. Si nous pouvons convaincre les organismes de réglementation et les législateurs provinciaux de commencer à s'intéresser à la politique d'immigration et à la nécessité de former la main-d'oeuvre au moyen de ces mécanismes, nous pourrions avoir une piste de solution.

Il a fallu environ 22 ans pour que la norme soit reconnue par les diverses provinces; peut-être pourrions-nous nous entendre en la moitié moins de temps dans le cas des licences restreintes. Le potentiel est là et entretient le débat.

Le président: Merci. Votre temps est justement écoulé.

C'est peut-être le bon moment pour suspendre nos travaux et laisser entrer le prochain groupe de témoins.

Nous vous remercions beaucoup de vos exposés et de vos recommandations. Nous en tiendrons certainement compte.

• (1625)

_____ (Pause) _____

• (1635)

Le président: Merci de votre attention.

Juste avant de commencer, la Chambre tiendra, comme vous le savez, un vote aujourd'hui. La sonnerie retentira à 17 h 15, pour proposer d'aller voter à 17 h 25 ou 17 h 30, si cela convient à tous. Est-ce que quelqu'un s'oppose à cette façon de procéder? Si tout le monde est d'accord, nous procéderons ainsi.

Cela dit, j'aimerais rappeler aux témoins de limiter leurs exposés à cinq ou sept minutes pour permettre à tous de leur poser des questions. Trois organismes prendront la parole: le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Association dentaire canadienne et l'Institut de recherche en santé du Canada.

Nous commençons par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, je crois.

Allez-y.

M. Andrew Padmos (directeur général, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada): Merci, monsieur le président.

Mesdames, messieurs, je m'appelle Andrew Padmos. Je suis le directeur général du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Je suis accompagné de Paul Tomascik, analyste principal chez nous. Je suis médecin de formation, dans le domaine de l'hématologie. J'ai surtout pratiqué la médecine à l'extérieur du Canada, en Arabie Saoudite, mais depuis mon retour en 1993, j'ai pratiqué à Kingston et à Halifax, et je dirige actuellement une clinique à Windsor, en Nouvelle-Écosse, la patrie du hockey.

Merci, monsieur Cuzner.

Le Collège royal croit qu'une solution simple est à notre portée pour accélérer le processus de reconnaissance des titres de compétences internationaux et pour intégrer les médecins formés à l'étranger qui souhaitent exercer au Canada. Il est toutefois important de prendre le temps de réfléchir aux normes très élevées qui font la bonne renommée du système de santé canadien. Le mandat de notre organisation n'est pas de protéger les intérêts de la profession. Le Collège royal a été fondé en 1929 dans le but de préserver la confiance du public, en lui assurant que les spécialistes en médecine — à l'époque, il n'y avait que deux spécialités, la médecine et la chirurgie — recevaient une formation des plus pointues.

En fait, nous serions heureux d'accueillir les médecins supplémentaires qui pourraient pratiquer chez nous grâce à des processus d'immigration accélérés, et nous prenons des mesures pour intégrer plus efficacement les médecins formés à l'étranger qui ont déjà élu domicile au Canada. Ils sont environ 1 500 à pratiquer une spécialité au Canada sans avoir reçu la certification du Collège royal, qui est vue tant au Canada qu'à l'étranger comme la norme absolue en matière de reconnaissance et d'agrément des compétences spécialisées.

Nos normes sont parfois appelées CanMEDS, pour Canadian medical education standards for specialists. Elles ont été adoptées dans 20 pays et administrations un peu partout dans le monde, en raison du cadre rigoureux qu'elles établissent pour l'enseignement et la formation en médecine.

Nous n'avons que quatre recommandations à vous faire, et je crois qu'elles ont déjà été soumises aux comités permanents de la santé et des ressources humaines, ici, à Ottawa.

Premièrement, nous recommandons de rationaliser les normes et d'éliminer les renseignements contradictoires qui se trouvent sur les différents sites Web, tant sur les processus d'immigration au Canada que sur l'obtention d'un permis d'exercice auprès des organismes de réglementation médicaux dans les dix provinces et les trois territoires du Canada. Les personnes qui souhaitent s'installer au Canada, peu importe leurs raisons, méritent d'être bien informées par une source unique sur les exigences et les processus.

Deuxièmement, nous recommandons d'harmoniser le plus possible les exigences et les processus d'immigration pour les personnes qui souhaitent immigrer au Canada pour exercer la médecine. Si leurs compétences médicales leur accordent plus de points, nous pensons qu'elles devraient être assujetties à des dispositions supplémentaires. Il n'y en a que trois, en réalité. Tout d'abord, les compétences linguistiques devraient être évaluées avant la fin du processus d'immigration. Ensuite, les compétences primaires liées aux grades en médecine et autres certifications en médecine spécialisée devraient être inscrites au Registre des compétences des médecins du Canada, hébergé et soutenu par le Conseil médical du Canada. Ce dépôt offre un guichet unique pour la vérification des titres de compétences, et cela s'applique aussi bien aux médecins formés au Canada qu'à ceux formés à l'étranger. Finalement, tous les

candidats à l'immigration qui envisagent d'exercer la médecine devraient réussir l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada avant la fin du processus d'immigration. Cet examen évalue les compétences de base que doivent maîtriser tous les diplômés en médecine pratiquant au Canada.

Si les membres du gouvernement fédéral sont prêts à mettre le turbo au processus, ils devraient envisager une autre recommandation, soit de financer des périodes d'observation clinique pour les médecins formés à l'étranger et dont les compétences pourraient leur valoir un permis d'exercice. Nous n'appuyons toutefois pas les évaluations ponctuelles.

• (1640)

Nous estimons qu'une période d'observation de trois à six mois est généralement nécessaire, et c'est souvent une exigence des organismes de réglementation provinciaux. Cependant, le financement des périodes d'observation des candidats pose fréquemment problème et il s'avère très difficile à traiter. Donc, des fonds additionnels contribueraient grandement à accélérer le traitement des dossiers d'un bassin de quelque 3 000 médecins qui ont déjà obtenu le statut de résident permanent du Canada, et de citoyen dans certains cas, mais qui n'ont pas encore de permis d'exercice.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

La parole est maintenant à l'Association dentaire canadienne.

Monsieur Soucy, ou monsieur Lees, nous vous écoutons.

Dr Benoit Soucy (directeur, Affaires cliniques et scientifiques, Association dentaire canadienne): Monsieur le président, chers membres du comité, bon après-midi. Je m'appelle Benoit Soucy. Merci de m'avoir invité aujourd'hui à vous parler du processus d'attribution des autorisations d'exercer en médecine dentaire au Canada.

Au nom de l'Association dentaire canadienne, je vous présenterai le travail mené par les différents secteurs de la médecine dentaire pour veiller à la compétence des dentistes pratiquant au Canada. Je suis accompagné de Robert Lees, gestionnaire des inscriptions au Royal College of Dental Surgeons of Ontario. Je pourrai compter sur son aide lors de la période de questions et réponses.

Il est bien connu que la médecine dentaire insiste sur l'importance de la prévention et de la prise en charge des maladies bucco-dentaires. Notre penchant pour la prévention se reflète dans la façon dont la profession aborde l'attribution des autorisations d'exercer. Pour assurer la protection des Canadiens qui reçoivent des soins dentaires, nous avons mis en place un processus rigoureux se divisant en quatre étapes, soit l'enseignement, l'agrément, l'accréditation et l'autorisation d'exercer. Cette méthode garantit que les dentistes obtenant droit de pratique au Canada ont reçu la formation nécessaire et possèdent les compétences voulues pour offrir des soins dentaires efficaces et sécuritaires.

Dix universités canadiennes ont une faculté de médecine dentaire. Elles offrent différents programmes qui préparent les dentistes à répondre à tous les besoins de la population canadienne. À l'appui de leurs objectifs académiques, toutes les écoles de dentisterie du Canada exploitent des cliniques dentaires et des centres de recherche, combinant ainsi dans un seul établissement les éléments normalement présents dans les facultés de médecine et les centres universitaires de santé qui leur sont affiliés.

La Commission de l'agrément dentaire du Canada est responsable de l'agrément de tous les programmes d'enseignement de médecine dentaire et d'hygiène dentaire au Canada, et de certains programmes d'assistance dentaire. Le processus d'agrément est long, prenant et coûteux, et nécessite des visites régulières des lieux et une expertise considérable. Le processus d'agrément vise à vérifier la qualité des programmes d'enseignement.

L'accréditation est l'attestation des compétences des candidats en vue de l'obtention d'une autorisation d'exercer. Elle est accordée par le Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED). Le BNED offre un système d'évaluation juste et efficace qui est reconnu comme l'un des meilleurs au monde.

La dernière étape consiste à obtenir une autorisation d'exercer, accordée par les organismes de réglementation dentaire des provinces et des territoires. Tous les organismes de réglementation dentaire du Canada acceptent l'accréditation du BNED comme preuve de compétences, sans autre évaluation. Les dentistes canadiens bénéficient donc d'une pleine mobilité d'emploi au pays.

Une des caractéristiques les plus remarquables de ce processus en quatre étapes est l'absence d'examen impliquant des patients pour l'obtention de l'accréditation. Dans bien des pays, ce type d'examen, malgré ses nombreuses lacunes, est encore considéré comme un élément essentiel pour évaluer les compétences cliniques. La dentisterie canadienne a su se passer de ce genre d'examen en exigeant que les candidats au processus d'accréditation soient des diplômés de programmes agréés, et en se fiant à la qualité attestée des évaluations intégrées aux programmes d'enseignement.

Pour faciliter l'obtention d'une autorisation d'exercer à l'extérieur du Canada, on a demandé à la Commission de l'agrément dentaire d'établir des ententes de reconnaissance mutuelle avec des pays qui ont des systèmes d'agrément comparables au nôtre. Les diplômés de programmes dentaires des pays qui ont conclu des protocoles d'entente à cet effet peuvent passer le même examen d'accréditation que les diplômés de programmes agréés au Canada. Pour le moment, des protocoles d'entente ont été conclus avec les États-Unis et l'Australie, et d'autres sont en cours de négociation avec la Nouvelle-Zélande et l'Irlande.

Même si les protocoles d'entente fonctionnent bien, il y a relativement peu de pays avec lesquels il est possible de conclure un accord. Il est donc nécessaire d'adopter de nouvelles approches pour évaluer les compétences de la majorité des candidats internationaux. D'autres professions font appel à des services d'évaluation des compétences, mais il s'agit d'une avenue peu prometteuse pour la médecine dentaire. Des cas d'essai ont été soumis à des organismes d'évaluation des compétences, et les résultats ont été très décevants. Tous les diplômés présentés dans les cas d'essai ont été jugés équivalents à des diplômés canadiens, malgré les écarts importants relevés dans la qualité de leurs programmes d'enseignement. En fait, même les diplômés de facultés n'offrant aucune formation clinique ont reçu la note passage.

En vue d'offrir une autre solution viable, la Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire a demandé au BNED d'élaborer, avec l'aide financière du gouvernement fédéral, un processus pour vérifier l'équivalence des compétences des dentistes formés à l'extérieur du Canada par rapport aux diplômés des programmes agréés. Il s'agit d'un tout nouveau processus qui a été utilisé pour la première fois cette année. Cela consiste en premier lieu en une auto-évaluation volontaire en ligne, qui permet aux immigrants potentiels de jauger leur capacité à obtenir une autorisation d'exercer au Canada avant d'entreprendre des démarches

d'immigration. Les candidats qui choisissent de demander une autorisation d'exercer sont évalués en fonction de leurs connaissances fondamentales, de leurs compétences cliniques et de leur jugement clinique, un processus qui peut s'échelonner sur moins d'un an.

● (1645)

Ceux qui réussissent les trois évaluations sont jugés posséder des compétences équivalentes aux diplômés de programmes agréés et peuvent obtenir une autorisation d'exercer de la même manière. Les candidats qui ne réussissent pas le programme d'équivalence peuvent s'inscrire à un programme de formation ou à un programme d'obtention de diplôme admissible, en vue de passer l'examen d'accréditation plus tard à titre de diplômés d'un programme agréé.

Ces deux programmes de deux ans sont offerts dans huit universités canadiennes. De 2000 à 2010, il s'agissait de la seule avenue possible pour les dentistes diplômés de programmes non agréés qui souhaitaient obtenir une autorisation d'exercer au Canada. C'est notre meilleure source d'information sur l'état de préparation des dentistes qui viennent s'installer au Canada, et elle dénote une immense variabilité, pas seulement d'un pays à l'autre, mais aussi d'une faculté à l'autre au sein d'un même pays. Certains dentistes formés à l'étranger se trouvent essentiellement au même niveau que leurs collègues canadiens, alors que d'autres sont loin d'atteindre la note de passage, n'ayant même pas certains des préalables requis pour être acceptés aux facultés de médecine dentaire au Canada.

La variabilité de l'enseignement pose le plus grand défi pour nous, et c'est aussi pour cette raison qu'un diplôme en médecine dentaire ne peut pas en soi être une attestation des compétences d'un candidat. Nous devons avoir une attestation formelle du programme d'enseignement par l'entremise d'un agrément, ou encore évaluer autrement les compétences de chaque candidat.

En terminant, je vous remercie encore une fois de votre attention. Il s'agit d'un très important secteur politique, qui est clairement devenu une priorité pour le gouvernement. Je vous félicite d'avoir choisi de consulter les nombreux groupes qui viendront témoigner devant vous, et je vous encourage à continuer de consulter l'Association dentaire canadienne pour les prochaines étapes.

Nous sommes disposés à répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup pour cet exposé. Nous passons donc aux Instituts de recherche en santé du Canada.

Madame Bourgeault, c'est bien vous?

Mme Ivy Lynn Bourgeault (membre du conseil consultatif, Institut des services et des politiques de la santé, Instituts de recherche en santé du Canada): Merci.

Comme les autres témoins, je veux vous remercier de m'avoir invitée à venir témoigner devant vous. C'est un dossier très important.

Je veux cependant souligner que je ne suis pas ici au nom des Instituts de recherche en santé du Canada. Je suis plutôt ici à titre personnel, comme titulaire de la chaire de recherche financée par les IRSC et Santé Canada sur les ressources humaines en santé.

Je suis accompagnée de ma collègue, Anne Brassat-Latulippe, coordonnatrice de la recherche au Réseau canadien des ressources humaines en santé.

Vous avez tous reçu une copie de la présentation que je ferai aujourd'hui.

Je suis donc titulaire d'une chaire de recherche sur les ressources humaines en santé. Je travaille sur cette question depuis 10 ans, et pas seulement au Canada, mais aussi aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, et mes recherches portent sur les professions de médecin, d'infirmière et de sage-femme.

J'aimerais soulever deux points clés concernant le recrutement de professionnels de la santé formés à l'étranger et leur intégration au système de santé canadien.

Pour remettre les choses en contexte, si on examine la question au fil du temps, on note que le rôle des professionnels de la santé formés à l'étranger est, depuis un certain moment, étroitement lié aux politiques en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada. Nous comptons beaucoup sur leur contribution, particulièrement en période de pénurie, où on en profite pour recruter des professionnels à l'extérieur du pays et intégrer au système ceux qui ont déjà immigré chez nous. Leur intégration est beaucoup plus difficile lors des périodes de surplus perçus ou lors des périodes de compression dans les soins de santé. Les Canadiens ont bénéficié de l'arrivée de ces professionnels, qui leur a permis d'avoir un meilleur accès aux soins de santé et de réduire les coûts de formation des professionnels de la santé pour le gouvernement. Il y a évidemment des coûts associés à leur intégration.

J'aimerais qu'on étudie la question dans le contexte des codes de pratique éthique, le plus récent étant le Code de pratique mondial de l'Organisation mondiale de la Santé pour le recrutement international des personnels de la santé. Il est toutefois intéressant de souligner que les recherches que mon équipe et moi-même avons entreprises ont montré que ces codes étaient très peu reconnus. Il existe un code du Commonwealth datant de 2004. Le code actuel a été élaboré en 2010, et les États membres doivent faire rapport sur son application à l'Assemblée mondiale de la Santé. Quelques-uns des principes clés du code ont été repris dans un document canadien.

Cela va au-delà du recrutement; il en va en réalité de la viabilité des ressources humaines en santé. Quelques-uns des principes clés sont notamment de créer une main-d'oeuvre autosuffisante en santé, mais les choses se précisent à cet égard; d'atteindre des objectifs de transparence, d'équité et de réciprocité des bénéfices, pas seulement pour les professionnels de la santé formés à l'étranger, mais aussi pour le pays où ils ont reçu leur formation et leur pays d'origine; et de veiller à ce que tous les aspects du recrutement international du personnel de santé soient exempts de toutes formes de discrimination.

L'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger comporte deux volets distincts. Celui qui vous intéresse le plus, c'est l'autorisation à exercer la profession au Canada. Ce volet englobe les politiques et les procédures nationales en matière de reconnaissance des titres de compétences étrangers et les procédures provinciales et territoriales d'obtention d'un permis d'exercice. Il faut donc traiter avec la complexité des rapports entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

Le second volet concerne l'intégration des professionnels au sein de la culture dans laquelle ils exerceront leur profession. On néglige souvent cette question de savoir-faire culturel, mais elle fait partie intégrante du processus d'intégration. Dans les quatre pays où j'ai fait des recherches, c'est un aspect qui s'est démarqué comme un enjeu particulièrement important. Les recherches que j'ai menées au Canada ont mis en lumière toute une gamme d'obstacles auxquels se buttent les professionnels de la santé formés à l'étranger lorsqu'ils essaient de s'intégrer au marché du travail canadien. Il y a la connaissance de l'anglais ou du français, en particulier au sein de

professions qui demandent des aptitudes spécifiques. Il ne suffit pas de réussir les évaluations linguistiques standards. C'est très important.

Il y a aussi plusieurs difficultés financières liées aux exigences de l'obtention d'un permis d'exercice, difficultés aggravées par la lourdeur du processus bureaucratique. Je peux vous dire que moi-même, en tant que chercheuse formée au Canada, je trouve qu'il est devenu difficile de comprendre le processus d'obtention d'un permis d'exercice pour un médecin, une infirmière ou une sage-femme au Canada. Je peux juste m'imaginer à quel point cela peut l'être pour quelqu'un qui arrive d'ailleurs.

• (1650)

Étant donné qu'il est difficile de gagner de l'expérience au Canada et de s'intégrer à la société, les travailleurs étrangers au pays ne développent pas le savoir-faire culturel, qui est plus que nécessaire. C'est très important, surtout dans le domaine de la santé, en raison de la confidentialité du travail et de questions très délicates qui peuvent survenir.

Les obstacles entraînent des conséquences comme la mobilité descendante et le manque de reconnaissance des titres de compétences. Les chiffres sont considérables. Selon les dernières estimations, environ 5 000 médecins en Ontario ne peuvent pas pratiquer. C'est considérable.

Le Canada a mis en oeuvre une gamme de programmes de transition. En fait, parmi les quatre pays que j'ai examinés, le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie, le Canada est un chef de file dans les programmes de transition. Les programmes sont très différents pour ce qui est de la durée, des objectifs et de l'efficacité. Certains programmes portent sur l'évaluation de la formation et des compétences pour connaître les besoins de formation, d'autres, sur la préparation en vue des examens menant à l'obtention d'un permis et d'autres offrent une expérience clinique ou une expérience de travail. Très peu de programmes permettent aux gens de se familiariser avec le contexte socioculturel du système de santé au Canada.

Je souligne que le Centre d'accès pour les professionnels de la santé formés à l'étranger, situé en Ontario, est particulièrement prometteur. Le centre a une approche très personnalisée de la gestion des cas et il offre des services de réorientation de carrière. D'ailleurs, c'est les données du centre qui nous ont permis de savoir que 5 000 médecins en Ontario essaient d'obtenir le permis d'exercice.

• (1655)

Le président: Madame Bourgeault, ce serait bien si vous pouviez conclure.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Oui, je vais présenter les conclusions.

Il importe de remarquer qu'un processus d'intégration plus facile peut avoir pour conséquence d'attirer plus d'étrangers et de déroger à un des principes fixés.

Il faut aussi réduire la discrimination envers les professionnels de la santé formés à l'étranger et les effets négatifs de la migration sur les pays d'origine.

Je tiens également à souligner qu'une approche coordonnée est tout à fait justifiée, surtout si elle est mise de l'avant par un observatoire pancanadien des ressources humaines de la santé, comme l'a recommandé le Comité permanent de la santé. Je reviens d'Australie, où l'organisation Health Workforce Australia emploie une approche coordonnée. Nous devons examiner cette approche pour intégrer les professionnels de la santé formés à l'étranger.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup.

Commençons par Mme Crowder.

Mme Jean Crowder: Merci.

Merci aux témoins de leurs exposés et surtout de leurs recommandations précises sur ce que le comité pourrait faire. Même si la question concerne plutôt le savoir-faire culturel, un témoin précédent a parlé du racisme et de la discrimination. Le rapport Deloitte soulève aussi la question. Voici une brève citation:

Certains immigrants disent même qu'on leur a suggéré de changer leur nom sur leur CV ou de s'abstenir d'apporter au travail de la nourriture « différente » ou « qui sent fort » afin qu'ils s'intègrent mieux.

Plus loin dans le rapport, il est question d'un employeur en particulier qui a congédié des employés nés à l'étranger, dont 85 p. 100 avaient une formation supérieure et étaient compétents et ambitieux.

Nous cherchons activement des gens pour qu'ils viennent travailler ici, mais l'intégration au marché du travail présente des défis réels et encore faut-il que les titres de compétences étrangers soient reconnus. Connaissez-vous des programmes qui permettent aux employeurs canadiens d'améliorer la sensibilisation aux réalités culturelles pour que les immigrants puissent travailler lorsque leurs compétences ont été reconnues?

Je vais commencer par Mme Bourgeault.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Oui. Je ne connais pas de programmes en particulier, mais le Centre d'accès pour les professionnels de la santé formés à l'étranger de l'Ontario a une approche de gestion de cas qui offre un certain soutien aux employeurs qui embauchent de tels professionnels.

De plus, le Bureau du commissaire à l'équité de l'Ontario a de bons programmes pour offrir un certain soutien.

Mme Jean Crowder: Il s'agit d'un programme du gouvernement provincial. C'est bien pour collaborer avec l'employeur et aider à la sensibilisation aux réalités culturelles et à l'intégration de la personne embauchée, mais comment pouvons-nous simplement amener les employeurs à considérer les professionnels formés à l'étranger?

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Certaines villes ont des programmes. Par exemple, le programme Embauche immigrants Ottawa de la ville d'Ottawa comprend des mesures incitatives et il offre de la formation et du soutien à ceux qui embauchent des immigrants. Il ne porte pas seulement sur les professionnels de la santé ou les professionnels en général, mais c'est un autre programme que nous connaissons.

Mme Jean Crowder: On dirait que ce programme est unique en son genre.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Oui, c'est dire qu'il faut vraiment adopter une approche coordonnée dans le domaine.

Mme Jean Crowder: Monsieur Soucy ou monsieur Lees.

Dr Benoît Soucy: La très grande majorité des dentistes sont travailleurs autonomes et il n'est donc pas nécessaire de collaborer avec les employeurs, mais il importe vraiment de collaborer avec les

dentistes formés à l'étranger pour qu'ils puissent travailler de façon autonome au Canada. Nous n'avons pas connu beaucoup de succès à cet égard.

Nous savons que les dentistes canadiens ont une certaine formation sur les réalités culturelles pour tenir compte des patients et de leurs différentes origines et améliorer leur efficacité. Cependant, peu de travail est accompli relativement à des programmes nationaux pour appuyer les dentistes formés à l'étranger.

Certaines mesures sont mises en oeuvre au niveau local. Le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario donne un cours d'éthique obligatoire pour tous les nouveaux dentistes. Ce cours ne s'adresse pas forcément aux dentistes formés à l'étranger, mais à tous les nouveaux dentistes qui veulent pratiquer en Ontario. Ce cours obligatoire aide peut-être les choses.

M. Robert Lees (représentant, Gestionnaire des inscriptions, Royal College of Dental Surgeons of Ontario, Association dentaire canadienne): Le cours dont Benoît parle est passé en ligne il y a peu. Il est gratuit et, même si c'est une exigence pour obtenir le permis d'exercice en Ontario, n'importe qui dans le monde peut le suivre. Le Bureau national d'examen dentaire du Canada offre entre autres un outil d'autoévaluation, mais n'importe qui dans le monde peut suivre le cours qui porte sur les aspects éthique, culturel et législatif de la profession en Ontario.

• (1700)

M. Andrew Padmos: Merci.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens donne des cours et il évalue les compétences pour environ la moitié des professions médicales au Canada. Le Collège des médecins de famille représente l'autre moitié des professions médicales, qui concernent avant tout les soins de première ligne.

Nous sommes dans la même situation que nos collègues du domaine dentaire. La plupart des médecins membres de notre collège sont des travailleurs autonomes qui ont le droit de pratiquer dans des établissements de santé. Ils n'ont donc pas d'employeurs et aucune organisation n'offre un programme d'orientation ou de mentorat.

Certains collèges provinciaux qui réglementent la profession médicale ont un système de jumelage durant la période d'observation clinique obligatoire pour offrir une orientation, du mentorat et une supervision, des choses très importantes.

Le président: Merci. Le temps est écoulé.

Passons à Mme Leitch. Allez-y.

Mme Kellie Leitch (Simcoe—Grey, PCC): Merci beaucoup à tous des exposés d'aujourd'hui.

Je vais poser deux questions pour obtenir vos commentaires.

Pour revenir à ce que le Dr Padmos disait, comment le gouvernement fédéral peut-il faciliter l'intégration des immigrants dans les provinces et l'adoption d'une approche nationale coordonnée sur la reconnaissance des titres de compétences étrangers pour vos professions? Si une seule entité devait mettre en oeuvre une telle approche, quelle serait-elle et comment devrait-elle s'y prendre? Votre opinion serait la bienvenue, car il semble que nous avons de la difficulté à établir une telle approche pour ces professions.

M. Andrew Padmos: La Fédération des ordres des médecins du Canada a déjà pris des mesures considérables après l'adoption de l'Accord sur le commerce intérieur. Elle a établi que la reconnaissance par le collège royal ou le Collège des médecins de famille serait la norme par excellence pour accorder une autorisation illimitée d'exercice de la médecine de façon indépendante. La fédération procède à la rationalisation de bien des permis provisoires ou limités pour que les compétences soient appropriées et que les étapes menant à l'exercice illimité et indépendant soient claires.

La fédération a effectué pas mal de travail pour atteindre un tel objectif.

Dr Benoit Soucy: La majorité du travail dans la profession dentaire est une conséquence de l'Accord sur le commerce intérieur. Nous avons un guichet unique pour l'évaluation des compétences et les examens, le Bureau national d'examen dentaire du Canada. Le bureau faisait passer depuis 10 ans des examens d'admission pour les dentistes formés à l'étranger qui menaient à un programme d'admission, comme je l'ai dit. Mais grâce au financement du gouvernement fédéral, le bureau a mis en oeuvre un examen qui permet de pratiquer tout de suite, surtout en raison de l'ajout de certaines simulations.

Mme Kellie Leitch: Je veux aussi connaître votre opinion sur les processus liés à l'admission préalable qui permettent aux étudiants qui réussissent l'examen, ceux qui viendraient suivre une formation au Canada et qui seraient ensuite acceptés dans la profession, d'entrer plus facilement et plus rapidement sur le marché du travail au pays.

M. Andrew Padmos: Je répète que, pour les médecins, l'examen du Conseil médical du Canada est accessible en ligne dans plusieurs centaines de centres partout au pays. Je crois que l'évaluation des compétences linguistiques est accessible aussi. On peut accéder de l'étranger au Registre de compétences des médecins du Canada pour voir si on répond à toutes les exigences.

Mme Kellie Leitch: Je veux parler des centres qui évaluent les compétences cliniques des candidats, pas seulement d'un site Internet. Désolée, j'aurais dû préciser.

M. Andrew Padmos: De tels centres seraient très difficiles à établir, car il faut évaluer les gens en fonction de l'expérience et des compétences exigées ici. Certaines personnes voudraient peut-être s'installer dans des pays lointains comme l'Australie ou la Nouvelle-Zélande pour faire passer les évaluations, mais les évaluations ne seraient pas effectuées en contexte et elles seraient sans doute inacceptables.

• (1705)

Le président: Je pense que Mme Bourgeault veut faire un bref commentaire.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: On a dit deux ou trois choses sur les pays où on établit de tels centres et le type d'examens requis, à savoir des examens écrits ou des examens cliniques. Certaines ressources sont nécessaires pour les centres d'examens cliniques. Il a été déterminé que, dans la liste de l'Organisation mondiale de la santé, 50 pays ne doivent pas servir au recrutement. Il y a d'autres pays qui

ne devraient pas servir au recrutement, même s'ils ne figurent pas dans la liste.

En ce qui a trait aux avantages réciproques, ces centres favorisent en effet l'intégration des candidats avant leur arrivée au Canada. Mais c'est une arme à double tranchant, parce que les pays d'origine perdent leurs ressources humaines, dont ils ont autant, sinon plus besoin que nous.

Le président: Allez-y, madame Leitch. Avez-vous d'autres questions?

Mme Kellie Leitch: Je ne sais pas si M. Soucy veut aussi faire un commentaire.

Dr Benoit Soucy: Je répète que, dans le cas de la profession dentaire, nous avons choisi d'employer l'Accord de reconnaissance mutuelle pour les systèmes d'agrément utilisés dans d'autres pays. Il serait extrêmement difficile d'utiliser un processus particulier depuis l'étranger en raison des ressources que cela nécessiterait. Nous nous sommes toutefois engagés à rendre accessible l'évaluation des équivalences du bureau national dans tous les centres étrangers où plus de 50 candidats veulent passer l'examen. Par exemple, un centre établi à Londres fera passer l'évaluation l'an prochain à 70 candidats déjà inscrits.

Le président: Votre temps est écoulé.

Passons à Mme Hugues.

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

Ma question s'adresse à M. Padmos.

Les médecins diplômés à l'étranger doivent suivre un programme de résidence reconnu en médecine familiale ou dans une autre spécialité de la médecine ou de la chirurgie avant d'obtenir leur permis d'exercice. Arrivent-ils à trouver une résidence rapidement après leur arrivée au Canada?

M. Andrew Padmos: C'est une bonne question. En fait, le programme n'est pas appliqué à l'heure actuelle. Nous offrons une reconnaissance des compétences aux gens qui ont déjà un permis d'exercice délivré par un organisme de réglementation étranger et qui pratiquent au Canada. Ces gens ont accès à la reconnaissance des compétences par le Collège royal sans suivre un programme officiel de formation en résidence s'ils passent une évaluation multidimensionnelle, qui comporte plusieurs étapes. Les candidats doivent passer cette évaluation qui porte sur le type de travail qu'ils font, au lieu d'un examen complet sur toute leur spécialité.

D'après ce que je sais, les médecins de famille du Canada ont des options de parcours qui ne comprennent pas la résidence ou l'examen, selon le pays et le système de reconnaissance des compétences. Des restrictions sévères sur l'accessibilité sont imposées si les organismes de réglementation médicale, pas les collèges, exigent que la personne suive un programme de résidence.

Il y a environ 2 800 postes de résidence au Canada pour la première année de formation après les études en médecine. Ce nombre est lié de près au nombre de diplômés pour que chaque diplômé ait la chance de suivre un programme de résidence. Quelques places supplémentaires sont réservées pour les diplômés étrangers, surtout en Ontario. En tout, environ 250 postes de résidence sont offerts. Toutefois, c'est insuffisant par rapport aux plusieurs milliers de résidents permanents et de citoyens canadiens diplômés à l'étranger.

Le système a une capacité d'expansion limitée. Il y a maintenant des résidents dans d'autres établissements que les grands hôpitaux et en dehors des grandes villes. Si des fonds étaient accordés — les doyens des facultés de médecine sont reconnus pour agir s'ils reçoivent des fonds —, d'autres postes de résidence pourraient peut-être s'offrir.

Mme Carol Hughes: Je comprends. C'est ce que nous avons entendu la semaine dernière. Il manque beaucoup de postes pour les professionnels étrangers.

Le gouvernement du Canada a injecté 75 millions de dollars sur cinq ans dans l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger pour soutenir des projets visant à faciliter l'évaluation et la reconnaissance des titres de compétences étrangers ainsi que l'intégration dans le système de santé des médecins diplômés.

Avez-vous participé aux programmes financés dans cette initiative?

• (1710)

M. Andrew Padmos: Oui. Nous sommes membres de groupes de travail, notamment la Collaboration nationale en matière d'évaluation, dirigée par le Conseil médical du Canada. Ce groupe a élaboré un examen clinique axé sur les objectifs pour les médecins diplômés à l'étranger afin d'évaluer leur capacité d'occuper des postes de résidence. Cet examen est maintenant utilisé dans plusieurs provinces et il le sera bientôt dans toutes les provinces. Nous participons à ce genre de programmes sur invitation. Nous ne recevons pas de fonds pour les diriger.

Mme Carol Hughes: Monsieur Soucy ou quelqu'un d'autre veut-il intervenir?

Faut-il apporter des améliorations à ce chapitre?

Dr Benoît Soucy: En dentisterie, le problème le plus important, c'est que, contrairement à la médecine, les soins ne sont pas régis par un système public, ils sont donnés en clinique privée. Un résident ne peut être affecté que dans une école d'art dentaire.

À ce qu'on nous a dit, seul l'argent semble amener les doyens à faire bouger les choses. Nous n'avons pas pu obtenir de fonds permanents pour établir ce genre de programme. Nous sommes certes dans l'impossibilité de former certaines catégories de dentistes à leur arrivée ici. Et le problème est le même pour les dentistes qui pratiquent au Canada et qui ont besoin de cours de mise à niveau parce qu'ils ne satisfont plus aux exigences de l'organisme de réglementation provincial.

Mme Carol Hughes: Manque-t-on de dentistes au Canada? Le cas échéant, où en manque-t-on?

Dr Benoît Soucy: Il n'y a pas de pénurie de dentistes au Canada. C'est leur répartition qui pose problème. Certaines régions ne sont tout simplement pas assez peuplées pour que des dentistes puissent y gagner leur vie. C'est un problème épineux pour ces régions.

Le président: Merci madame Hughes.

Nous entendrons maintenant M. Butt. C'est à vous la parole.

M. Brad Butt (Mississauga—Streetsville, PCC): Merci beaucoup monsieur le président.

Je remercie tous nos témoins de leur présence parmi nous. Je vais commencer, je pense, par M. Padmos.

Le Canada est-il aux prises avec une pénurie de médecins?

M. Andrew Padmos: La réponse varie selon que vous êtes malade ou non, mais je dirais généralement qu'il y a une pénurie de médecins qui est imputable entre autres à leur répartition. Cette pénurie s'explique surtout par le fait que les médecins accomplissent des tâches que d'autres pourraient exécuter tout aussi bien sinon mieux.

Nous percevons des pénuries notamment dans certains domaines. Prenons l'exemple des soins primaires: si nous acceptons le modèle de service médical à domicile, un grand nombre de Canadiens n'ont déjà pas accès à un généraliste pour recevoir tous les soins nécessaires. C'est le modèle idéal pour dispenser les soins primaires.

La médecine se divise en spécialités et sous-spécialités. Dans 65 d'entre elles, on observe des pénuries. Par contre, certaines comptent sur plus de spécialistes qu'il en faudrait, une situation qui est probablement temporaire. Des chirurgiens et d'autres spécialistes sont actuellement à la recherche d'un emploi ou suivent une formation dans une surspécialité.

M. Brad Butt: Vous avez indiqué, je pense, que 2 800 résidents deviennent médecins ou chirurgiens tous les ans. Pourra-t-on maintenir ce rythme? Allons-nous accuser un recul parce que nous ne formons pas suffisamment de médecins pour remplacer ceux qui prennent leur retraite ou cessent de pratiquer?

De plus, pouvons-nous garder ce rythme en comptant uniquement sur les diplômés canadiens ou faudra-t-il recourir aux médecins formés à l'étranger?

M. Andrew Padmos: Si la bourse se redresse, nous serons, je pense, aux prises avec une soudaine pénurie, parce que bien des médecins qui pratiquent encore aujourd'hui ont dépassé l'âge de la retraite. C'est un problème important.

Il faudra plus que ces 2 800 nouveaux médecins pour remédier à toute pénurie éventuelle au Canada. Vingt-cinq pour cent des médecins canadiens ont été formés à l'étranger, ce qui est le cas depuis fort longtemps. Pour se prémunir contre toute pénurie, il faudrait pouvoir compter sur plus de 3 000 nouveaux diplômés des écoles de médecine par année et sur un nombre suffisant de postes de résidence pour parfaire leur formation médicale.

•(1715)

M. Brad Butt: Je voudrais poser une question à Mme Bourgeault. Vous avez dit avoir étudié le système de santé de quatre pays différents. Quel pays réussit mieux que nous? Quel pays parvient à reconnaître plus rapidement que nous les titres de compétences des médecins formés à l'étranger? Est-ce l'Australie? Quel que soit le pays, pourquoi réussit-il mieux que nous?

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Les quatre pays éprouvent des problèmes de ressources humaines. Pour s'y attaquer, trois d'entre eux, mais pas le Canada, ont créé un organisme de coordination: il s'agit de la Health Workforce Australia, de la Health Workforce New Zealand et du Centre for Workforce en Angleterre.

Je voudrais répondre à une de vos questions antérieures. Vous avez demandé si nous avons suffisamment de médecins. Pour y répondre correctement, il faudrait, je pense, poser la question différemment et se demander plutôt ceci: Quelles tâches les médecins devraient-ils accomplir? À quoi devrait-on les affecter? Comme les infirmières, devraient-ils n'exécuter que les tâches pour lesquelles ils ont été formés?

Les textes législatifs établissent le cadre des fonctions, et souvent les professionnels de la santé n'exercent pas toutes les fonctions ainsi définies. La pénurie s'atténuerait si nous pouvions compter sur diverses mesures incitatives distinctes et sur des lignes de conduite coordonnées.

Une mise en garde s'impose cependant: les écoles de médecine acceptent davantage d'étudiants. C'est le cas notamment en Australie et au Royaume-Uni. Le nombre de diplômés en médecine augmentera. On se penche sur la question du chômage chez les médecins au Royaume-Uni et en Australie. Il en a justement été question la semaine dernière.

Ce n'est pas uniquement une question de pénurie de médecins et d'infirmières. C'est l'ensemble du système qu'il faut repenser. Qui devrait faire quoi? En Nouvelle-Zélande, on sort des sentiers battus: les pharmaciens sont autorisés à renouveler certaines ordonnances, pour faciliter le traitement des maladies chroniques. Quel professionnel de la santé est le mieux à même de faire quoi? C'est, je crois, la question qu'il faut se poser, au lieu de se demander si nous sommes aux prises avec une pénurie. Nous semblons accorder trop d'attention aux chiffres, alors qu'il faudrait mieux définir le cadre des fonctions et les diverses modalités.

Le président: Merci madame Bourgeault. Votre temps de parole est écoulé.

Madame Crowder.

Mme Jean Crowder: Je voudrais effectivement poser une question, mais je constate que M. Padmos vient de lever la main. Je me demande s'il veut apporter des précisions.

M. Andrew Padmos: Je voudrais simplement ajouter que la moitié des patients qui me consultent à la clinique d'hématologie pourraient être traités dans le cabinet d'un généraliste. Pourquoi? Soit à cause de l'incertitude du généraliste, soit à cause du système de rémunération, qui favorise la consultation du généraliste, qui adresse aux spécialistes les cas difficiles ou inhabituels.

Plutôt que de consacrer du temps au patient, le généraliste l'aiguille vers un spécialiste, qui ne pourra le recevoir avant trois, six ou neuf mois.

Mme Jean Crowder: Madame Bourgeault, monsieur Padmos, vous avez tous les deux abordé la question primordiale de la planification des ressources humaines en santé au Canada. Une fois de plus, il faudrait adopter une stratégie nationale. Nous mettons de

côté la prestation des soins de santé, qui relève des gouvernements provinciaux. Nous voulons mettre l'accent sur une orientation nationale en matière de ressources humaines en santé...

Vous avez tous les deux cerné quelques problèmes. Monsieur Padmos, je vous ai entendu dire que les médecins accomplissent des tâches qu'ils ne devraient pas exécuter. Nous sommes aux prises avec d'autres problèmes: le nombre de diplômés des écoles de médecine, le remplacement des médecins qui prennent leur retraite et les Canadiens qui sont des médecins formés à l'étranger mais qui ne peuvent obtenir un poste de résident. Il s'agit de professionnels de haut niveau.

Si vous deviez nous formuler qu'une seule recommandation sur la stratégie à adopter en matière de ressources humaines en santé, quelle serait-elle?

M. Andrew Padmos: Je recommanderais de financer l'organisme de recherche ou l'observatoire que Mme Bourgeault a évoqué.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: J'appuie sa recommandation.

Mme Jean Crowder: Y aurait-il une ou deux autres recommandations?

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Les ressources humaines en santé relèvent d'organismes différents. Il y a l'Institut canadien d'information sur la santé, une organisation remarquable qui a acquis une réputation internationale et collecte des statistiques, mais n'a pas une vocation consultative.

Il y a le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, qui ne consulte pas les mêmes intervenants auxquels on fait appel habituellement.

Il faut se rendre compte que les ressources humaines en santé relèvent d'un système adaptatif complexe. Chaque ligne de conduite que vous établissez entraîne des répercussions, ce qui nécessite la création d'un organisme dont le mandat consiste à assurer le suivi et à proposer des solutions lorsque les choses dérapent.

Parfois, un changement technologique radical peut entraîner d'importantes réaffectations des effectifs. Il faudrait donc un observatoire pancanadien de la planification des ressources humaines en santé. Et ce n'est pas sorcier, car l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Angleterre ont obtenu des résultats étonnants à ce chapitre.

•(1720)

Mme Jean Crowder: Voilà donc trois exemples où cela fonctionne efficacement.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Il y a Health Workforce en Australie, Health Workforce en Nouvelle-Zélande, le Centre for Workforce Intelligence au Royaume-Uni et un organisme analogue, mais plus restreint aux États-Unis. J'estime cependant que les trois premiers organismes sont plus pertinents, car ces pays sont dotés d'un système de santé publique comme nous.

Mme Jean Crowder: Monsieur Padmos, souhaitez-vous apporter les précisions?

M. Andrew Padmos: Non.

Mme Jean Crowder: Où se situe donc l'obstacle? J'ai été porte-parole du NPD en matière de santé en 2004-2005. Ce n'est pas la première fois que ce problème est soulevé. De nombreux livres et bien des études ont proposé des stratégies pour régler les problèmes de ressources humaines en santé au Canada. Pourtant, aucune solution ne semble pouvoir se dégager.

Monsieur Bourgeault.

Mme Ivy Lynn Bourgeault: Le Canada peut compter sur quelques-uns des meilleurs chercheurs dans le domaine en question, des chercheurs qui sont reconnus dans d'autres pays qui, eux, sont dotés par contre d'un organisme pouvant capitaliser sur les recherches effectuées pour s'assurer qu'elles ne profitent pas uniquement aux universités, mais également aux organisations intéressées.

On hésite à centraliser la planification relative à la prestation des soins de santé, parce que c'est effectivement un domaine qui relève des provinces.

Je voudrais revenir sur l'observation à propos des 75 millions de dollars accordés afin d'examiner les programmes mis en oeuvre dans d'autres pays sur les professionnels de la santé formés à l'étranger. Selon les autorités provinciales, c'est ce montant qui a permis de prendre les mesures actuelles.

Je pense qu'il se dégage une volonté de mieux coordonner notre stratégie, parce que les provinces se concurrencent déloyalement pour attirer les professionnels et doivent concurrencer également les autres pays. Il convient, je pense, de prendre le taureau par les cornes.

Le président: Merci de cette observation et de votre recommandation.

De toute évidence, votre temps de parole est écoulé. De plus, comme la sonnerie se fait entendre, il conviendrait peut-être de lever la séance.

Je vous remercie de votre déclaration et de vos recommandations.

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>