



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 036 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 7 mai 2012

—
Président

M. Ed Komarnicki

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

Le lundi 7 mai 2012

• (1530)

[Traduction]

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

Nous accueillons aujourd'hui des représentants de l'Association dentaire canadienne et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui présenteront des exposés préliminaires, à la suite desquels nous leur poserons des questions.

Je ne sais pas qui a l'intention de commencer. Je crois que c'est Danielle Fréchette, qui sera suivie de Robert Sutherland.

Madame Fréchette, la parole est à vous.

[Français]

Mme Danielle Fréchette (directrice, Politiques de la santé et des relations extérieures, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada): Je vous remercie du privilège que vous m'accordez aujourd'hui de vous présenter certaines perspectives du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

[Traduction]

Je concentrerai mes observations sur les 67 spécialités qui existent en dehors de la médecine familiale. Je crois que le Collège des médecins de famille du Canada doit comparaître à un autre moment.

Nous savons tous que la formation d'un médecin est particulièrement longue. Si nous avons une meilleure compréhension des besoins des patients, nous serions probablement mieux en mesure de moduler la formation du personnel médical pour l'adapter aux besoins réels de la population. La planification fondée sur les besoins n'est pas très perfectionnée au Canada, des approches très différentes étant appliquées dans les différentes régions du pays. Avons-nous vraiment une pénurie de médecins ou bien sont-ils tout simplement mal répartis? D'après certaines de nos recherches, nous aurions déjà à l'heure actuelle un nombre suffisant de praticiens dans quelques spécialités.

Au-delà des besoins des patients, il y a aussi des besoins systémiques. Les hôpitaux d'enseignement s'adjoignent des médecins résidents à titre de fournisseurs de services. Ces futurs médecins sont-ils engagés pour répondre aux besoins de soins de santé de la collectivité ou pour satisfaire les besoins institutionnels immédiats de l'hôpital?

Cela entraîne des situations comme celle que nous avons en Colombie-Britannique, par exemple, où la proportion d'anesthésiologistes est la plus élevée du pays, mais où ces spécialistes se plaignent de la fréquence des appels qu'ils reçoivent et craignent de ne pas exercer leur profession d'une façon optimale, ce qui pourrait menacer la santé de leurs patients.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard, à l'autre bout du pays, des médecins sont retirés des cliniques pour être affectés aux hôpitaux, ce qui réduit l'accès des patients aux soins là où ils vont d'habitude et les oblige à aller dans les hôpitaux, dont les services sont plus coûteux. Encore une fois, des conditions de travail et une répartition moins qu'optimales, qu'elles soient ou non attribuables à des pénuries réelles, entravent l'accès des patients aux soins.

Si nous pouvions mieux comprendre les besoins de nos patients, dont les problèmes sont plus complexes, pour des raisons de comorbidité, etc., et qui ont des attentes de plus en plus grandes... Où pouvons-nous tirer la ligne entre la satisfaction des attentes des patients et l'ensemble des services médicaux vraiment nécessaires? C'est une question très vaste que nous n'avons pas réussi à régler dans notre examen des besoins réels des populations.

Sur le plan de l'offre de services, nous sommes actuellement en présence d'une nouvelle génération de médecins qui, d'après toutes les recherches que nous avons faites, font passer en premier l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie familiale. Ce n'est pas une mauvaise chose: ils s'occupent davantage de leurs enfants, sont moins fatigués et donnent des soins plus efficaces et plus sûrs. Nous avons davantage de femmes médecins, et tant que vous autres, messieurs, ne commencerez pas à donner naissance à des bébés, ce sont les femmes qui s'occupent d'élever les enfants. Les femmes médecins travaillent en moyenne sept heures de moins par semaine pendant la période où elles doivent élever leurs enfants. Nous devons en tenir compte dans nos modèles des soins de santé.

Avec toutes les merveilleuses données dont nous disposons, nous devons analyser toutes sortes d'éléments épars pour déterminer l'incidence de différentes choses... Par exemple, quelles répercussions aura l'arrivée de nouveaux auxiliaires médicaux sur les besoins futurs de personnel médical, compte tenu du fait qu'il faut des années pour former un médecin?

Nous avons été enchantés de voir le comité du Sénat recommander de pousser plus loin la notion d'un observatoire des ressources humaines de la santé. J'espère que l'idée bénéficiera d'un appui général et que le gouvernement y verra un moyen utile de progresser. En effet, tant que chaque province fera la planification de ses propres ressources, nous continuerons à avoir toutes sortes de politiques différentes en matière de main-d'oeuvre médicale.

Nous n'arrivons pas à intégrer les médecins étrangers et nous ne nous soucions pas suffisamment de certains facteurs vraiment inquiétants. Par suite de la nouvelle réforme des services de santé américains, les États-Unis s'attendent maintenant à une pénurie de plus de 90 000 médecins d'ici 2020. Si vous pensez au temps qu'il faut pour former un médecin, cette date ne vous paraîtra pas très éloignée.

Les Américains ne tarissent pas d'éloges sur la qualité de la formation que le Canada donne à ses professionnels de la santé. Il n'y a pas si longtemps, nous perdions chaque année, au profit des États-Unis, l'équivalent du nombre de diplômés d'un grand établissement d'enseignement. Nous ne serons pas en mesure de former suffisamment de médecins. Nous alternons constamment entre l'abondance et la pénurie. Je m'attends à ce que cela continue.

• (1535)

Pour ce qui est du déséquilibre de la répartition, nous pourrions mieux faire la correspondance entre les personnes et les emplois si un organisme responsable de la main-d'oeuvre en santé pouvait nous aider. Nous recevons des renseignements selon lesquels des chirurgiens cardiologues sont sans emploi ou sous-employés tandis que différents centres sont à la recherche de spécialiste de la chirurgie cardiaque. Quatre sur dix médecins en formation ne reçoivent absolument aucune orientation professionnelle. Ils ne savent pas où aller, et la recherche d'un emploi dans un système aussi complexe est un travail à plein temps qui nécessite des compétences particulières.

En ce qui concerne l'intégration des médecins formés à l'étranger, les deux collèges nationaux de certification travaillent de concert avec le Collège des médecins du Québec. Nous examinons l'évaluation au travail et différentes autres formes d'évaluation pour nous assurer que les médecins formés à l'étranger ont les connaissances, les compétences et les attitudes voulues pour exercer au Canada. Nous faisons tout ce travail en utilisant nos propres ressources, reconnaissant que les autres provinces ont leurs propres systèmes.

Avec l'Accord sur le commerce intérieur et les perspectives qu'il ouvre aux cliniciens, nous finirons par avoir dans nos villes des médecins de formation étrangère qui auront des niveaux de compétence différents. Je ne pense pas que la population sera mieux servie ainsi. Par conséquent, des efforts concertés dans ce domaine profiteraient aussi bien au système qu'aux patients.

Merci beaucoup.

Le président: Je vous remercie de votre exposé.

Nous allons maintenant passer à M. Sutherland, de l'Association dentaire canadienne.

À vous, monsieur.

M. Robert Sutherland (président, Association dentaire canadienne): Bonjour, monsieur le président et membres du comité. Je m'appelle Robert Sutherland. Je suis le président de l'Association dentaire canadienne. Je suis parodontiste à Toronto. Je suis accompagné du Dr Euan Swan, chef des programmes dentaires de l'ADC.

Nous vous remercions de nous avoir invités à venir vous parler aujourd'hui des pénuries de main-d'oeuvre.

Je voudrais tout d'abord souligner qu'il n'y a pas de pénurie de dentistes au Canada. Par rapport à la population, le nombre de dentistes est comparable à celui des autres pays de l'OCDE. Ce fait est appuyé par un rapport récent de Santé Canada qui indique qu'en grande majorité, les Canadiens ont accès à un dentiste et recourent à ses services.

En 2010, Santé Canada a publié un bulletin de santé bucco-dentaire fondé sur les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de Statistique Canada. Cette étude montre que 75 p. 100 des Canadiens consultent un dentiste au moins une fois par an et que 86 p. 100 l'ont fait dans les deux dernières années, ce qui classe le Canada au 5^e rang des 16 pays membres de l'OCDE où ont

eu lieu des enquêtes récentes. D'après le même rapport de Santé Canada, 84 p. 100 des Canadiens ont déclaré que leur santé bucco-dentaire est bonne ou excellente. Par rapport à d'autres pays, le Canada a une proportion élevée de dentistes. En 2007, il comptait 58 dentistes par 100 000 habitants, ce qui se compare très favorablement à la moyenne de 61 de l'OCDE.

L'impression que le Canada connaît une pénurie de dentistes pourrait découler du fait qu'une faible minorité de Canadiens n'a pas accès à des soins dentaires réguliers. Dans cette minorité, les principaux groupes touchés sont les aînés, les personnes à faible revenu, les personnes ayant des besoins spéciaux, les enfants et les Autochtones.

Ce problème d'accès est lié aux caractéristiques géographiques particulières du Canada et aux distances à franchir qui accentuent les problèmes qui se posent par suite de la répartition de la population et de la main-d'oeuvre. Les recherches de l'Institut canadien d'information sur la santé ont confirmé ce problème de répartition. Selon l'Institut, 21 p. 100 des Canadiens vivent en milieu rural, par rapport à seulement 11 p. 100 des dentistes.

Pour ces groupes, le simple fait d'accroître le nombre de dentistes ne réglera pas les difficultés d'accès aux soins. Il faudra pour cela faire preuve de créativité.

Quelques exemples de pensée créative ont déjà été mis en application. Les associations dentaires provinciales et l'ADC, en partenariat avec tous les niveaux de gouvernement, étudient des modèles et systèmes de prestation de soins qui permettraient de régler le problème d'accès aux soins de certains groupes particuliers.

Parmi les programmes qui ont connu du succès un peu partout dans le pays, il y a lieu de mentionner la clinique dentaire motorisée de l'Association et Collège dentaire de l'Alberta, qui sillonne la province pour donner des soins, le programme des régions isolées de l'Association dentaire de l'Ontario, dans le cadre duquel des dentistes suppléants offrent des soins aux collectivités des Premières Nations du nord-ouest de l'Ontario, et le régime d'assurance dentaire fondé sur le revenu pour les personnes âgées de Terre-Neuve-et-Labrador.

En ce qui a trait à l'accès aux dentistes en milieu rural, il importe de noter que, dans certains cas, le modèle traditionnel des cabinets privés n'est pas rentable parce que beaucoup de collectivités rurales et éloignées n'ont pas une population suffisante. Dans ces cas, l'augmentation du nombre de dentistes ne réglera pas le problème de la répartition inadéquate. Il faut plutôt adopter des modes de pratique non traditionnels comme ceux que j'ai mentionnés précédemment, établir des cliniques satellites à temps partiel et recourir aux cliniques de santé publique.

Le dernier point que je voudrais mettre en évidence, c'est que le processus à suivre pour être autorisé à exercer la médecine dentaire au Canada est entièrement basé sur les compétences. Afin d'assurer que les dentistes respectent les normes élevées auxquelles s'attendent les Canadiens, la profession a établi un processus équitable, transparent et fondé sur les compétences qui est géré non par l'ADC, mais par les organismes de réglementation provinciaux et le Bureau national d'examen dentaire du Canada, qui est indépendant. Le processus d'admission aux écoles de médecine dentaire n'est pas non plus défini par l'ADC. Relevant essentiellement des provinces, ce processus garantit que les dentistes canadiens autorisés ont les connaissances, la formation et les compétences nécessaires pour donner des soins dentaires efficaces et sûrs.

Bref, le Canada ne souffre pas d'une pénurie de dentistes. Il y a cependant un problème de répartition des dentistes dans le pays, problème qu'il est possible de régler, à notre avis, en usant de créativité et de nouvelles approches.

Merci.

● (1540)

Le président: Je vous remercie de cet exposé qui met en évidence le problème de la répartition.

Je vais maintenant donner la parole à Mme Charlton.

Mme Chris Charlton (Hamilton Mountain, NPD): Merci beaucoup pour vos exposés.

Je sais que, de ce côté-ci, nous avons tous beaucoup de questions à poser. J'en poserai une pour amorcer la discussion. Je voudrais en particulier demander à Mme Fréchette de bien vouloir me donner quelques précisions.

À Hamilton, nous disons souvent que le meilleur endroit pour accoucher, c'est la banquette arrière d'un taxi parce que nous avons un très grand nombre de médecins formés à l'étranger qui n'ont malheureusement trouvé qu'un emploi de chauffeur de taxi dans notre ville. Lorsque nous abordons cette question avec des membres de notre communauté d'immigrants, ils nous disent souvent que le gouvernement fédéral fait, dans une certaine mesure, de la fausse publicité à l'étranger. Les candidats à l'immigration reçoivent plus de points s'ils ont fait beaucoup d'études et ont acquis d'importants titres de compétence. Il leur est donc plus facile de venir au Canada. Toutefois, une fois arrivés dans le pays, beaucoup de gens ont de la difficulté à exercer leur profession, et notamment la médecine.

Je voudrais vous demander de nous dire où se situent les goulets d'étranglement. Les provinces affirment que le gouvernement fédéral en est la cause. Ottawa soutient que ce sont les collègues et, de votre côté, vous direz probablement que les deux niveaux de gouvernement sont responsables. Pouvez-vous donc nous dire, dans l'intérêt de ceux que nous essayons de guider à travers les méandres du système, où exactement se situent les obstacles?

Mme Danielle Fréchette: Je vous remercie.

Si nous pouvions adapter la politique d'immigration aux besoins, les candidats à l'immigration auraient une meilleure idée de ce qui les attend et des réalités de l'exercice de la profession au Canada.

L'intégration dans la profession est une affaire vraiment complexe. Ce ne sont pas seulement les compétences techniques qui entrent en jeu. Il y a aussi l'adaptation sociale. Si un clinicien me dit que je respire mal parce que je suis probablement trop stressée — et cela m'est effectivement arrivé —, je ne prends pas cela très bien.

Le problème réside donc dans les placements dans la collectivité, dans l'observation, la pratique, etc. Toutes ces considérations prennent énormément de temps et surchargent des cliniciens qui sont déjà très occupés.

Je crois que nous faisons de grands progrès dans nos tentatives d'intégrer les professionnels de la santé formés à l'étranger, mais nous devons être réalistes. Beaucoup d'entre eux ne feront jamais l'affaire parce qu'ils ne sont pas assez bons.

L'expérience du Québec... Lorsque j'ai visité les différentes écoles de médecine du Québec, on m'a dit que beaucoup de médecins formés dans les pays de la Francophonie ne sont pas aptes à exercer. Ils doivent vraiment tout reprendre à zéro, à partir de l'école de médecine. Sommes-nous prêts à faire l'investissement nécessaire pour former ces personnes?

● (1545)

Mme Chris Charlton: J'aimerais aller un peu plus loin. Si vous dites qu'un certain nombre des personnes qui viennent chez nous en s'attendant à exercer la médecine ne sont pas, pour reprendre vos paroles, « assez bons » alors que le gouvernement fédéral leur a accordé des points pour leurs compétences professionnelles, estimez-vous que nous devrions revoir le système de points? Ou bien proposez-vous d'examiner la possibilité pour le gouvernement d'accorder davantage d'aide afin de permettre aux professionnels formés à l'étranger d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer au Canada, qu'il s'agisse de connaissances médicales ou peut-être de cours pour leur permettre de s'adapter à la culture de leur pays d'adoption? Je ne suis pas sûre de comprendre la recommandation que vous formulez.

Mme Danielle Fréchette: J'essayais de dire qu'il faudrait essayer d'adapter notre politique d'immigration à nos besoins et de comprendre que toute mesure supplémentaire que nous prenons pour donner aux médecins formés à l'étranger la possibilité de s'intégrer dans la société canadienne... Je ne voudrais pas qu'on leur donne de meilleures chances que les Canadiens qui essaient d'entrer en médecine. Si on en fait trop, on créera des obstacles pour ces Canadiens qui envisagent de faire carrière en médecine, domaine où s'exerce une très forte concurrence au Canada. Nous avons en outre beaucoup de Canadiens qui étudient à l'étranger, qui cherchent aussi à se réintégrer, mais qui n'arrivent pas à trouver des possibilités de parfaire leur formation.

Mme Chris Charlton: Que proposez-vous de faire des médecins formés à l'étranger qui sont venus au Canada de bonne foi et qui veulent s'établir chez nous? Nous suggérez-vous de nous débarrasser de toute cette population qui envisage avec enthousiasme de faire partie de notre pays?

Mme Danielle Fréchette: Absolument pas. Nous devons pouvoir les recenser et évaluer leurs compétences de base, mais reconnaître aussi qu'il faut moduler l'entrée dans notre population active pour l'adapter aux besoins. Ainsi, si nous avons suffisamment de chirurgiens cardiologues dans le pays et que des professionnels de ces disciplines souhaitent immigrer au Canada, nous devrions peut-être les informer du fait que nos besoins ne sont plus aussi importants qu'auparavant. Nous devons pouvoir adapter les besoins à l'offre et, à leur arrivée, prévoir les ressources nécessaires soit en milieu de travail soit dans des établissements d'enseignement pour perfectionner leurs connaissances ou les recycler.

Mme Chris Charlton: Mais l'adaptation...

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Mme Chris Charlton: Juste quelques instants?

Le président: Non. C'est un tour à cinq minutes, et votre temps de parole est écoulé.

Si vous le souhaitez, vous pourrez intervenir au prochain tour.

À vous, madame Leitch.

Mme Kellie Leitch (Simcoe—Grey, PCC): Je voudrais vous remercier tous de votre présence au comité aujourd'hui. Nous l'apprécions beaucoup.

Je suis membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Je voudrais donc vous remercier d'être venue, madame Fréchette.

Il y a une chose que je voudrais dire avant de vous poser une question afin de définir très clairement les champs de compétences en ce qui concerne les médecins. Soyons parfaitement clairs: ce sont les provinces qui trouvent des lieux de formation pour les résidents, qu'ils aient été formés au Canada ou à l'étranger. Le gouvernement fédéral n'a absolument aucune qualité pour intervenir dans ce domaine, qui relève strictement de la compétence provinciale.

Je voudrais maintenant poser une question à tous les témoins pour avoir une idée de leur point de vue sur les pénuries de main-d'oeuvre auxquelles nous pouvons nous attendre dans l'ensemble du secteur de la santé. J'admets volontiers que je n'ai aucune difficulté à trouver un dentiste, mais vous prévoyez peut-être des problèmes à l'avenir. Vous voudrez peut-être aborder quelques-uns des secteurs à problèmes que vous avez évoqués: enfants, Autochtones, personnes à faible revenu.

Quels sont pour vous les trois plus grands obstacles qui nous empêchent d'avoir un nombre suffisant de médecins, de dentistes, ou encore des techniciens auxquels vos professionnels de la santé ont recours tous les jours ou sur une base régulière pour faire leur travail? Je sais que j'ai besoin des services d'une hygiéniste dentaire chaque fois que je vais chez mon dentiste. Les professionnels de la santé doivent pouvoir compter sur l'assistance d'un personnel de soutien assez nombreux.

Quels sont donc pour vous les grands obstacles qui contribuent à ces pénuries ou au manque de professionnels de la santé au Canada?

● (1550)

Mme Danielle Fréchette: Si vous pensez à des moyens de remédier au déséquilibre de la répartition dans les collectivités rurales et de mieux concilier les exigences professionnelles et familiales, je crois qu'on pourrait recourir à une utilisation judicieuse des soins à distance pour relier les cliniciens locaux à plusieurs collègues des grandes villes, afin qu'ils ne se sentent pas trop seuls.

Lorsque vous recrutez quelqu'un pour une collectivité rurale, vous choisissez non seulement un clinicien, mais aussi sa famille. Compte tenu du fait qu'on ne devient pas membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du jour au lendemain, vous devez essayer d'attirer toute la famille. Il s'agit donc de trouver un emploi pour le conjoint ou le partenaire et de s'assurer qu'il y a de bonnes écoles pour les enfants.

Ce sont là des questions très locales qui sont complètement extérieures au champ d'action du gouvernement fédéral, mais elles constituent des obstacles très réels.

Mme Kellie Leitch: Docteur Sutherland.

M. Robert Sutherland: Pour moi, il y a trois choses. D'abord, le prix de la formation et celui du fonctionnement d'un cabinet. Les deux sont élevés. Le cabinet d'un dentiste est un peu comme un petit hôpital. On y fait les mêmes opérations et la même stérilisation. Nous avons un personnel bien formé qui est assez coûteux. Je crois que c'est l'un des obstacles.

Le deuxième réside peut-être dans l'absence d'un ensemble commun de lignes directrices nationales pour les établissements de soins de longue durée. Le troisième est le manque d'éducation générale au sujet de l'hygiène buccale. La principale raison pour laquelle les gens ne vont pas voir un dentiste, c'est probablement qu'ils ne croient pas en avoir besoin.

Mme Kellie Leitch: D'accord. Très bien.

J'ai une autre question concernant la formation. Nous devons évidemment prévoir des moyens pour avoir des gens dans les régions

rurales et isolées. À votre avis, qu'est-ce que le gouvernement fédéral peut faire pour faciliter la mise en place de ces moyens?

Je suis un produit de votre système. Je sais que mes collègues qui ont reçu leur formation dans le nord du Canada ont eu tendance à rentrer chez eux, dans le Nord, à la fin de leurs études.

Avez-vous des recommandations ou des idées qui nous permettraient d'agir dans le champ de compétence fédéral? Nous avons déjà proposé de radier les prêts d'études canadiens des étudiants en médecine et des infirmières praticiennes pour les encourager à aller s'établir dans des régions rurales et isolées.

Pensez-vous à d'autres moyens d'encourager ces gens à aller dans ces régions du pays, dans le contexte du système d'éducation, pour les amener à s'établir là où nous souhaitons qu'ils aillent?

Mme Danielle Fréchette: Nous aurions probablement la clé de la paix mondiale si nous pouvions répondre à cette question.

La radiation des prêts pourrait constituer un petit encouragement, mais elle n'inspire pas vraiment aux futurs médecins le désir de travailler dans ces collectivités. Nous savons par ailleurs que le fait de connaître ces lieux peut jouer un rôle très positif, comme l'a prouvé le succès de l'École de médecine du nord de l'Ontario. Cette expérience a fait l'objet d'études à l'échelle internationale, comme moyen de former les médecins de l'avenir.

Nous sommes le pays des études pilotes, mais il n'y a rien de mal à essayer quelques-unes de ces merveilleuses idées et à donner aux écoles de médecine et aux organisations telles que le Collège royal la possibilité d'examiner de nouveaux moyens intéressants.

Nous avons actuellement de nouveaux moyens d'entreprendre des projets pilotes. Toute faculté de médecine qui souhaite essayer un nouveau programme ou un nouveau moyen de former des médecins peut le faire, si elle est disposée à puiser dans son propre budget.

Vous avez dit que la formation dans le domaine de la santé relève strictement des provinces, mais cela nous empêche d'avoir un tableau d'ensemble. Je sais que je me répète, mais la gestion des ressources humaines du secteur de la santé est une science. Nous avons besoin d'imbriquer les différentes pièces les unes dans les autres. Nous avons tant d'exemples de réussite partout dans le pays. Je viens tout juste de citer l'École de médecine du nord de l'Ontario, mais il y a d'autres centres d'excellence.

Notre organisation approuve plus de 700 programmes de formation dans nos 67 disciplines. Nous avons l'occasion de voir des choses merveilleuses, mais il n'y a pas d'endroit central pour mettre en évidence ces grands exemples de réussite qui peuvent inspirer les autres.

● (1555)

Le président: Je vous remercie. Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Sutherland, avez-vous quelque chose à ajouter?

Allez-y.

M. Robert Sutherland: Parallèlement à la radiation des prêts, nous pourrions envisager, du côté provincial, de mettre à l'essai une initiative dans le cadre de laquelle on offrirait un encouragement financier à ceux qui acceptent de s'engager par contrat à travailler dans des régions isolées pendant un certain temps, afin de voir si cela peut être efficace. Le Dr Swan pourrait peut-être nous donner des détails sur le fait que, parmi les écoles de médecine dentaire, huit ont réservé des places à des groupes spéciaux. Ce sont ces gens qui pourraient...

Nous espérons qu'il s'agira d'Autochtones qui, venant de régions éloignées, bénéficieraient de conditions spéciales et seraient encouragés à rentrer chez eux à la fin de leurs études.

J'ai mentionné le programme des régions isolées de l'Association dentaire de l'Ontario. C'est là que le gouvernement fédéral a signé des contrats pour la prestation de services dans une région du nord-ouest de l'Ontario qui a pratiquement la taille de la France. L'Association dentaire de l'Ontario a décroché le contrat en vertu duquel elle devra fournir des dentistes à cette région.

Il pourrait être utile d'envisager aussi des projets de ce genre.

Le président: Monsieur Swan, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Euan Swan (chef, Programmes dentaires, Association dentaire canadienne): Monsieur le président, je veux seulement confirmer, comme le Dr Sutherland l'a mentionné, que sept des dix facultés de médecine dentaire du Canada ont réservé des places à des étudiants autochtones afin de favoriser le recrutement d'étudiants des Premières nations, qui rentreraient dans leurs collectivités à la fin de leurs études pour donner à la population locale des soins culturellement adaptés.

Le président: Je vous remercie.

À vous, monsieur Lapointe.

[Français]

M. François Lapointe (Montmagny—L'Islet—Kamouraska—Rivière-du-Loup, NPD): Merci, monsieur le président.

Madame Fréchette, j'aimerais ouvrir une parenthèse avant d'aborder ce qui semble être le problème fondamental.

[Traduction]

Le président: Recevez-vous bien l'interprétation?

M. Robert Sutherland: Oui.

[Français]

M. François Lapointe: Madame Fréchette, lorsque vous parlez des médecins spécialistes étrangers, votre constat semble assez noir. Vous avez dit que la situation était assez décevante dans les pays francophones.

Est-ce que cela inclut les gens qui ont été formés en Europe, par exemple les médecins originaires de la France qui doivent refaire leur formation pratiquement à partir de zéro?

Mme Danielle Fréchette: La qualité des diplômés formés à l'étranger est très variable. Un médecin peut avoir été formé en Inde dans un excellent établissement et être prêt à s'intégrer immédiatement, alors qu'un autre peut avoir été formé à 40 km de cet endroit et n'avoir aucunement les mêmes compétences, et ce, dans le même domaine de spécialisation.

M. François Lapointe: Quand on va d'un pays européen à un autre, par exemple, on n'a pas le même problème. J'imagine que les Allemands et les Français ont un système plus stable.

Mme Danielle Fréchette: Ce n'est pas vraiment le cas. Je passe assez de temps en France pour essayer d'établir des ponts. Les gens s'intéressent au système canadien. Notre cadre de compétences les intéresse. Certaines facultés de médecine ne font pas passer d'examen à la fin de la formation. Tu finis ta formation, tu as un patron qui est prêt à t'embaucher et tu as le job.

M. François Lapointe: Sans passer d'examen standardisé?

Mme Danielle Fréchette: C'est ça. Il n'y a pas d'examen standardisé au pays. Les normes de formation sont très, très différentes. Ils sont en train de développer un programme d'études standardisé. À l'heure actuelle, il n'y en a même pas. Tu fais une formation en cardiologie à Paris et à 30 kilomètres, dans la même ville, la formation est différente.

M. François Lapointe: Merci. C'est là de l'information importante.

Madame Fréchette, je veux revenir à ce qui semble être le problème de base pour vous, ainsi que pour M. Sutherland. Il n'y a pas un manque criant de ressources, mais la répartition des ressources n'est pas adéquate. Par exemple, il y a peut-être trop de cardiologues à Winnipeg et pas assez à Québec. Comment peut-on arriver à avoir la souplesse nécessaire à toutes les étapes? Quand on réfère des gens à des écoles spécialisées, y a-t-il cette souplesse permettant de décider rapidement de former moins de gens dans une discipline et davantage dans une autre? Au Canada, y a-t-il des outils statistiques permettant à votre regroupement de s'ajuster rapidement?

Pouvez-vous consulter vos membres rapidement et leur dire, par exemple, qu'il y aura bientôt un manque de cardiologues à Québec, mais pas à Winnipeg? Devrait-il y avoir une amélioration à cet égard? Entre les provinces, y a-t-il suffisamment de souplesse pour que les gens puissent se déplacer, s'ils le désirent, de façon à en arriver à un meilleur équilibre entre les besoins régionaux sur le terrain et les ressources existantes? On a compris que c'est là que réside le problème, mais comment arrive-t-on à avoir cette souplesse?

● (1600)

Mme Danielle Fréchette: Actuellement, il y a de la souplesse à cet égard. Si un dentiste ou un médecin a un permis d'exercice sans restriction, il peut aller partout au pays, et c'est bien. Cependant, cela ne règle pas nécessairement le problème de la répartition. Pour aller pratiquer en périphérie, il faut avoir les ressources et savoir ce qu'est ce mode de vie, soit les choses que j'ai déjà un peu décrites. De plus, il faut mieux adapter les besoins à la production. Cela continuera à être la faiblesse au pays jusqu'à ce qu'on puisse mieux définir les besoins et que chaque province produise sa main-d'oeuvre, sachant que les médecins se déplacent sans avoir une idée pancanadienne des besoins. Les provinces y vont un peu au pif.

M. François Lapointe: Est-ce l'un des aspects du problème?

Mme Danielle Fréchette: C'est l'aspect central.

M. François Lapointe: Vous avez parlé aussi de la conciliation travail-famille. Dans ma génération, c'est de moins en moins une question de genre. Je me suis occupé de mes enfants de 30 à 60 p. 100 du temps, selon les années. Ma femme est aussi une professionnelle. Parfois c'était moi qui m'occupait des enfants pendant 60 p. 100 du temps. Tout dépendait de qui de nous deux avait le bon contrat lors d'une année donnée. C'est pertinent. Autour de moi, je vois des gens dans la quarantaine qui occupent une profession libérale. Ils refusent de travailler 80 heures par semaine, car ils veulent avoir deux ou trois enfants et une qualité de vie.

Selon vous, quelles mesures les gouvernements pourraient-ils adopter pour faciliter la conciliation travail-famille? Comment notre travail à la Chambre des communes pourrait-il mener à des éléments facilitateurs? Faudrait-il s'assurer qu'il y a une plus grande production dans la formation? Ainsi, chaque médecin n'aurait pas nécessairement à travailler 85 heures pour arriver à répondre aux besoins. Qu'est-ce qui pourrait être fait à cet égard?

Mme Danielle Fréchette: La notion d'équivalent à temps complet n'est pas égale au nombre de têtes de pipe. Selon les données de l'ICIS, il y a plus de 67 000 médecins au Canada, mais ils ne travaillent pas tous au même niveau d'intensité. On ne doit pas se comparer aux pays de l'OCDE. On se compare à des nations où les médecins travaillent à différents niveaux d'intensité. En Italie, il est correct de travailler 30 heures par semaine, car il y a beaucoup plus de médecins. Le nombre de médecins pour 100 000 habitants ne veut rien dire.

M. François Lapointe: Ce n'est donc pas une condition *sine qua non*. Cela dépend s'ils ont tendance à travailler 30 ou 60 heures par semaine. Cela fait une différence énorme.

Mme Danielle Fréchette: Exactement. C'est vraiment une notion générationnelle. Tout le monde veut un meilleur équilibre et être un meilleur parent.

M. François Lapointe: Au Canada, qu'est-ce que les gouvernements pourraient faire pour régler ce problème?

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Lapointe. Votre temps de parole est écoulé.

Je vais cependant permettre à Mme Fréchette de finir de répondre.

Mme Danielle Fréchette: Merci.

[Français]

J'en reviens toujours à la même solution. Il s'agit de mieux comprendre quels sont nos besoins sur le plan pancanadien. Il faut arrêter de fonctionner dans nos bulles provinciales et territoriales.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Daniel.

M. Joe Daniel (Don Valley-Est, PCC): Merci, monsieur le président. Je remercie également les témoins.

Ma question est un peu bizarre, mais je la poserai quand même.

Bien entendu, les médecins, les infirmières, etc. sont les héros de la profession médicale. Toutefois, nous aurons besoin de beaucoup de compétences de soutien. Pouvez-vous nous parler un peu des techniciens médicaux? Sans eux, les médecins ne pourraient pas faire leur travail. Y a-t-il d'autres compétences importantes? Ma vraie question est la suivante: quels sont les principaux problèmes qui causent des pénuries de compétences dans le secteur médical?

• (1605)

Mme Danielle Fréchette: L'une des études que nous menons actuellement est très intéressante. Nous examinons l'employabilité des médecins. Nous avons appris qu'un certain nombre de praticiens étaient sans emploi ou sous-employés. En examinant la nouvelle combinaison de compétences et la valorisation de différentes professions de la santé, nous avons conclu qu'elles auraient des effets sur la façon de former les médecins de l'avenir et sur les nombres dont nous aurons réellement besoin.

Dans un modèle très intégré de l'orthopédie, par exemple, où un ergothérapeute, des physiothérapeutes et d'autres travailleraient ensemble, nous aurions besoin d'un nombre moindre de chirurgiens orthopédistes. Nous examinons en outre des moyens extrêmement intéressants de trier les patients. Les registres de remplacement de la hanche et du genou commencent maintenant à donner des résultats. Les patients vont voir le premier clinicien disponible. Ce sont donc d'excellentes idées.

Mais comment tenons-nous compte de toutes ces nouvelles innovations et des exemples de réussite pour aligner les besoins et la production de l'avenir?

Certaines disciplines connaissent une vraie pénurie. Avec le vieillissement de la population, la gériatrie pose des problèmes. Les omnipraticiens consacrent une part de leurs efforts aux aînés, mais cela devient difficile à mesurer que les problèmes des patients deviennent plus complexes. Il y a également une forte demande d'internistes.

Les membres des disciplines qui ne nécessitent pas beaucoup d'infrastructure ont moins de difficultés que les autres à trouver du travail. Au Collège royal, nous examinons ce qui deviendra probablement un modèle très différent de formation, dans lequel l'éducation sera beaucoup plus intégrée. Nous avons un programme de maintien de la certification, qui consiste en un processus d'apprentissage continu, mais nous voulons créer un certain nombre de points d'entrée de base, de façon à pouvoir rayonner plus facilement selon l'évolution des besoins dans le pays.

M. Joe Daniel: Cela permet donc de voir dans quelle mesure les techniciens médicaux jouent un rôle essentiel quand ils font des analyses, etc. à l'appui de la profession médicale

Mme Danielle Fréchette: Absolument. Il serait impossible de faire de la chirurgie à cœur ouvert sans disposer d'un service de soins intensifs doté d'un personnel compétent et sans avoir des infirmières spécialisées en cardiologie prêtes à intervenir. Il y a donc des fonctions interdépendantes.

Lorsque nous faisons nos études sur les ressources humaines, nous essayons de comprendre ces différents éléments. Toutefois, nous nous efforçons tous de le faire dans les limites de nos propres ressources.

Nous n'investissons pas suffisamment dans la recherche sur les ressources humaines en santé. Le secteur de la santé constitue le plus important poste de dépenses du pays. Ce sont ces gens qui le font marcher. Pourtant, nous ne consacrons pas les ressources nécessaires pour comprendre le fonctionnement du système, l'optimiser et lancer nos merveilleux projets pilotes.

M. Joe Daniel: Du côté de la médecine dentaire, je sais que nous avons beaucoup de dentistes, mais quelle est la situation des hygiénistes, du personnel de soutien, etc.? En forme-t-on un nombre suffisant?

M. Robert Sutherland: Nous avons en fait plus d'hygiénistes au Canada que nous n'avons de dentistes. On ne peut donc pas parler vraiment de pénurie. Il y a plutôt un problème de répartition qui consiste à faire correspondre le personnel aux patients.

La médecine dentaire est un travail d'équipe. Chaque membre de l'équipe a beaucoup de respect pour les compétences des autres. Vous avez dit que la présence d'hygiénistes dentaires est absolument essentielle pour donner les soins nécessaires. Le défi réside beaucoup moins dans les nombres et la pénurie de compétences que dans la possibilité d'avoir ces compétences à l'endroit où on en a besoin et de les y maintenir.

M. Joe Daniel: Avez-vous une idée des encouragements à prévoir pour disposer des compétences nécessaires aux endroits voulus?

M. Robert Sutherland: Comme je l'ai déjà dit, nous devons envisager de nouveaux modes de prestation des soins dans les régions éloignées, comme les cliniques de santé publique et les cliniques satellites. La population locale est souvent insuffisante pour justifier la présence d'un dentiste à temps plein. Nous devons donc imaginer un système permettant à un dentiste d'y aller un ou deux jours par semaine, ou encore deux ou trois jours par mois. Cela pourrait faire partie de la solution.

Vous avez parlé d'encouragements. Je crois qu'ils font partie de l'équation. Même si on n'est là que quelques jours par semaine, il faut tenir compte des frais généraux, des locaux et des employés qui doivent quand même être là le reste du temps. Il y a donc l'aspect des frais généraux.

Nous devrions peut-être aussi nous attaquer à l'aspect prévention. La plupart des maladies bucco-dentaires — la carie et les affections gingivales — sont évitables. Nous devrions donc intervenir beaucoup plus au niveau des écoles. Nous devons parler de la prévention et y sensibiliser les gens. C'est l'orientation à prendre.

• (1610)

M. Joe Daniel: Monsieur Swan, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Euan Swan: Non, je vous remercie.

M. Joe Daniel: Devrions-nous prévoir le même genre d'encouragements fiscaux dans le cas des techniciens médicaux? C'est à cela que je voulais en venir, si l'objectif est d'appuyer la profession médicale dans les régions isolées. Je ne sais pas si vous avez des observations à présenter à ce sujet.

Mme Danielle Fréchette: Les encouragements financiers ne sont qu'une partie de la solution parce qu'il nous faut une infrastructure plus vaste dans laquelle travailler. Les dossiers de santé électroniques sont l'un des piliers que nous examinons souvent. Par conséquent, un financement supplémentaire ne constitue pas nécessairement la bonne solution. Je sais que c'est presque une hérésie de le dire, mais je ne pense pas...

M. Joe Daniel: Je ne proposais pas un financement supplémentaire. Je parlais plutôt d'accorder des encouragements fiscaux aux médecins et aux autres membres des professions de la santé...

Ces gens ne peuvent pas vraiment faire leur travail en l'absence de laboratoires, de techniciens de laboratoire, etc. à qui nous n'accordons pas d'incitatifs fiscaux.

Le président: Je vous remercie, monsieur Daniel. Votre temps de parole est écoulé, mais je vous prie de conclure vos observations.

Mme Danielle Fréchette: Investir dans l'infrastructure est évidemment très important. On constate souvent que si les ressources matérielles sont là, les gens vont venir.

Le président: Très bien.

À vous, monsieur Cuzner.

M. Rodger Cuzner (Cape Breton—Canso, Lib.): Merci, monsieur le président. Je remercie également les témoins de leur présence.

Si j'ai bien compris, madame Fréchette, vous dites qu'il nous manque une stratégie canadienne efficace des ressources humaines dans le secteur de la santé. Votre collègue préconise donc d'en élaborer une et de la mettre en place.

Je m'excuse, mais je ne suis pas au courant de l'observatoire dont vous avez parlé. Pouvez-vous donner au comité quelques précisions à ce sujet en 30 secondes?

Mme Danielle Fréchette: Absolument.

Tout en respectant les compétences provinciales et territoriales en matière de planification de la main-d'œuvre, l'observatoire serait un centre de recherche où nous pourrions, par exemple, déposer les résultats de nos études. Ce serait l'endroit où les différentes provinces, par l'entremise du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, iraient pour obtenir des données complètes. L'observatoire serait doté de scientifiques à temps plein dont le rôle consisterait à faire le lien entre les différents éléments.

J'ai consacré beaucoup de temps à l'examen des recherches sur les ressources humaines menées dans le pays. Nous faisons des choses vraiment intéressantes, mais nous n'avons rien pour les regrouper et en faire la synthèse. L'observatoire serait donc une ressource nationale pour les différentes administrations qui essaient de mettre un peu d'ordre dans tout ce fatras. Il permettrait sans doute de mieux définir les besoins et de rationaliser la formation non seulement des médecins, mais aussi des nouvelles professions de la santé qui se développent.

Les champs d'activité comptent parmi les prochaines choses que j'ai l'intention d'examiner. Dans nos spécialités... Par exemple, nous avons des orthopédistes qui travaillent sur la colonne vertébrale, de même que les neurochirurgiens, mais quels sont les besoins du pays en matière de chirurgie spinale? Mon organisation devrait-elle modifier ses exigences de formation?

M. Rodger Cuzner: Très bien. Je vous remercie.

Messieurs Sutherland et Swan, les études concernant les pénuries de compétences... Je dois vous prévenir que vous découvrirez très bientôt de nombreuses lacunes de compétences chez votre recrue la plus récente.

C'est quand même un type vraiment bien.

Vous dites que nous avons maintenant un nombre optimal de places de formation et de dentistes dans le pays. Est-ce le résultat d'une évolution qui a duré un certain nombre d'années? Avez-vous connu une période de pénurie? Avez-vous mis en place une stratégie pour y remédier? Avez-vous augmenté les places de formation, ou bien cela s'est-il produit naturellement? Pouvez-vous nous donner quelques précisions à ce sujet?

M. Robert Sutherland: Très volontiers. Si on remonte à la Seconde Guerre mondiale, il y avait...

M. Rodger Cuzner: Ah, cela remonte-t-il si loin?

M. Robert Sutherland: C'était le début.

À chaque moment, c'est la demande qui dicte le nombre de places de formation. Pendant que je faisais mes études, il y avait environ 130 personnes dans ma classe terminale. Aujourd'hui, les classes terminales comptent environ 90 personnes.

Comme je l'ai déjà dit, la proportion des dentistes par rapport à la population est chez nous au même niveau que dans les pays de l'OCDE. J'estime donc que le nombre de nos diplômés correspond bien à nos besoins. Encore une fois, le problème réside dans la répartition.

M. Rodger Cuzner: Vous avez dit que, parmi les écoles de médecine dentaire, 7 établissements sur 10 ont des programmes spéciaux permettant d'attribuer des places à des étudiants des Premières nations. Les décisions sont-elles prises indépendamment dans chaque établissement, ou bien sont-elles régies ou coordonnées par les provinces en cause?

•(1615)

M. Robert Sutherland: Les places en question sont à la disposition des groupes visés. Je ne dirais pas qu'elles sont toutes réservées à un groupe particulier. Elles sont ouvertes à ceux qui présentent des demandes.

Je crois aussi que cela se fait établissement par établissement, mais je vais demander au Dr Swan de confirmer.

Dr Euan Swan: Oui, c'est exact. Chaque faculté de médecine dentaire établit une politique, de concert avec l'université à laquelle elle appartient, au sujet des places à réserver aux étudiants autochtones et des Premières nations.

M. Rodger Cuzner: Quel est le taux moyen des demandes d'admission aux écoles de médecine dentaire? Combien de demandes sont rejetées, établissement par établissement? Je suis persuadé que la demande est toujours suffisante.

M. Robert Sutherland: Il y a probablement 8 à 10 demandes pour chaque place à remplir.

M. Rodger Cuzner: Qu'en est-il des places réservées ou que vous essayez de réserver aux Premières nations?

M. Robert Sutherland: Je ne connais pas le nombre de demandes par rapport au nombre de sièges. Nous pouvons essayer d'obtenir ce renseignement.

M. Rodger Cuzner: Il y a un thème qui est constamment revenu au cours de notre étude: s'il est possible de persuader les gens des collectivités rurales que c'est là qu'ils trouveront les meilleures possibilités de formation, ils ont de bonnes chances de revenir dans ces collectivités pour y exercer. Dans ces conditions, tout le monde profite. Ces gens vivront beaucoup plus à l'aise dans une collectivité qu'ils connaissent.

La question qui se pose est de savoir de quelle façon nous informons les collectivités des Premières nations de l'existence de ces possibilités. Comment nous assurons-nous que ces collectivités sont au courant des possibilités de formation offertes?

Le président: Nous allons conclure une fois que les témoins auront répondu.

Monsieur Swan, avez-vous des observations à formuler?

Dr Euan Swan: C'est une très bonne question. Je ne dispose pas de ces renseignements tout de suite. Ce week-end, le comité de l'Association dentaire canadienne chargé des examens d'admission doit tenir une réunion, ici, à Ottawa. Je peux poser la question au comité, puis vous transmettre l'information que j'aurais obtenue.

M. Rodger Cuzner: Je vous remercie.

Le président: Y en a-t-il d'autres qui ont quelque chose à ajouter?

Allez-y, madame Fréchette.

Mme Danielle Fréchette: Je vous remercie.

Je crois qu'un investissement stratégique dans le personnel de santé autochtone nous aiderait beaucoup. La sensibilisation culturelle nécessite un énorme travail. Par conséquent, le fait de permettre aux Autochtones de s'occuper eux-mêmes des soins à donner dans leurs collectivités constitue la meilleure solution possible. Il s'agit d'investir dans des programmes de mentorat, et de fournir de l'aide financière et des ressources supplémentaires dans notre infrastructure d'enseignement afin de les intégrer vraiment, car ils ne bénéficient pas des mêmes avantages qu'une personne comme moi.

En fait, le Collège royal est en train de mettre en place un programme à l'intention des populations insuffisamment desservies. Si nous pouvions trouver quelques approches convenant aux peuples autochtones, nous pourrions probablement les appliquer aussi à d'autres populations. Nous espérons nous orienter sur cette voie.

C'est un exemple des efforts déployés par la profession médicale pour mieux réagir aux besoins de la société dans les limites de ses ressources. Je crois qu'un partenariat avec une organisation nationale permettrait au programme de progresser beaucoup plus rapidement. Nous pourrions ensuite utiliser certaines de ces stratégies pour intégrer les médecins formés à l'étranger.

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Sutherland, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Robert Sutherland: J'aimerais revenir à la question concernant le nombre d'étudiants. Au cours des 20 dernières années, le nombre de places a augmenté régulièrement de 0,6 p. 100 par an. Il y a donc eu une croissance constante chaque année depuis 20 ans. Nous nous sommes également maintenus au niveau de la moyenne de l'OCDE.

Le président: Je vous remercie.

À vous, monsieur Shory.

M. Devinder Shory (Calgary-Nord-Est, PCC): Merci, monsieur le président. Je remercie également les témoins de leur présence au comité cet après-midi.

Je voudrais remercier ma collègue d'en face, Mme Charlton, d'avoir repris l'histoire du médecin chauffeur de taxi, que nous racontons depuis des années et des années. Je ne suis pas moi-même médecin, mais j'ai vécu le problème de la reconnaissance des titres de compétence étrangers. C'est une question qui me tient beaucoup à cœur et qui a joué un grand rôle dans ma décision d'entrer en politique.

Au cours de l'étude, j'ai découvert que le système de points d'appréciation des travailleurs qualifiés se fonde sur les années d'études. Il ne tient pas du tout compte de la nature des études ou du fait qu'on soit médecin ou ingénieur. En fait, il ne garantit pas au candidat à l'immigration qu'il pourra exercer la même profession à son arrivée au Canada. C'est une chose que j'ai découverte après avoir procédé à certaines recherches.

Lorsque nous avons étudié la reconnaissance des titres de compétence étrangers — madame Fréchette, je dis cela pour vous —, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a admis qu'il y avait une pénurie de médecins dans toutes les provinces et tous les territoires. Il n'y a pas de doute à ce sujet. Le collège a également dit que la reconnaissance ou la formation des médecins qui ont fait leurs études à l'étranger alourdirait la tâche des organismes provinciaux et territoriaux de réglementation de la profession médicale, qui auraient à les enregistrer et à les agréer.

Nous savons tous qu'il y a pénurie et que personne ne souhaite que nous baissions nos normes. Que faut-il faire alors? Vous avez parlé d'adapter la politique d'immigration aux besoins. Comment pouvons-nous faciliter la reconnaissance des titres de compétence étrangers sans baisser nos normes? Quel est le principal obstacle à l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger?

• (1620)

Mme Danielle Fréchette: Les documents constituent un énorme obstacle à la reconnaissance des titres de compétence. Ils se présentent sous diverses formes et dans différentes langues, et leur contenu varie d'un pays et d'une administration à l'autre. Nous essayons d'évaluer les compétences de base d'une personne. Elle a peut-être 15 ans d'études et tous les points d'appréciation correspondants, mais quel genre de formation a-t-elle reçue? Une formation de chirurgien généraliste est très intéressante, mais si on n'a fait qu'observer quelques appendicectomies et pratiquer une ou deux, cela suffit-il pour être considéré comme un chirurgien généraliste compétent?

La documentation figurerait probablement au sommet de ma liste. Elle est également mentionnée dans d'autres recherches. Pour accélérer le processus de reconnaissance des titres de compétence, il faudrait offrir des ressources aux médecins étrangers pour qu'ils puissent produire des documents normalisés.

M. Devinder Shory: La situation serait-elle meilleure si nous avons essayé d'établir une certification préalable des médecins candidats à l'immigration?

Mme Danielle Fréchette: Ce serait une étape du processus. Si l'examen d'admission du Conseil médical du Canada était offert à l'étranger dans un certain nombre de langues, nous pourrions établir quelques critères de base pouvant modérer les attentes des médecins candidats à l'immigration. Ils sauraient alors s'ils sont presque prêts à exercer ou s'ils doivent s'attendre à une longue formation. Cela pourrait également aider les différentes administrations à se rendre compte du genre de personnes qui doivent arriver pour être en mesure de prévoir les ressources adéquates. En fin de compte, l'objectif est de permettre aux médecins formés à l'étranger d'avoir un emploi convenable. Le programme ontarien destiné aux auxiliaires médicaux permettrait d'intégrer les médecins qui ne souhaitent pas recevoir toute la formation requise, mais qui veulent continuer à travailler dans le domaine médical.

M. Devinder Shory: Je comprends, mais je suis déçu de constater qu'il n'y a pas de chemin clair à suivre pour les nombreux professionnels que nous avons. C'est dans ce domaine que nous avons besoin d'aide.

Je comprends très bien le problème qui se pose au chapitre des champs de compétence. Ce sont les provinces et les territoires qui ont la responsabilité de toutes ces choses. Au niveau fédéral, notre gouvernement a assumé un rôle de leadership en établissant un cadre pancanadien qui sera utile, nous l'espérons. En fait, il a déjà été utile dans une certaine mesure.

J'essaie d'avoir des idées sur la façon de favoriser la reconnaissance des titres de compétence étrangers et sur les mesures à prendre pour affronter la pénurie de travailleurs qualifiés.

• (1625)

Le président: Je vous remercie, monsieur Shory. Votre temps de parole est écoulé, mais je vais permettre aux témoins de répondre.

À vous, madame Fréchette.

Mme Danielle Fréchette: Je dirais, une fois de plus, que nous n'avons pas une pénurie de médecins. Nous avons des pénuries à certains endroits, attribuables à des problèmes de répartition. Si nous pouvions faire correspondre les travailleurs qualifiés aux emplois vacants, nous serions déjà très avancés. Il faudrait en outre mieux comprendre les besoins à long terme, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. La planification de la main-d'œuvre n'est pas très avancée.

Le président: Je vous remercie.

Je ne sais pas si les représentants de l'Association dentaire ou du Collège royal ont quelques dernières observations à formuler. Je vous invite à les présenter avant que je mette fin à cette partie de la réunion.

Oui, monsieur Sutherland. Allez-y.

M. Robert Sutherland: J'ai juste un commentaire à présenter sur la même question, du point de vue de l'Association dentaire.

La profession a pris différentes mesures pour améliorer et rationaliser le processus de reconnaissance des dentistes formés à l'étranger.

Nous avons un programme à trois volets qu'il est possible de suivre en un an et au terme duquel les candidats peuvent se présenter au même examen que les diplômés des écoles de médecine dentaire du Canada. S'ils réussissent, ils peuvent exercer leur profession dans n'importe quelle province du Canada. Ils sont libres d'aller où bon leur semble dans le pays.

Si, pour une raison ou une autre, ils ne réussissent pas à l'examen, ils peuvent suivre les cours de rattrapage et de perfectionnement offerts dans la quasi-totalité des universités du Canada.

La profession dentaire est très fière de ses réalisations dans ce domaine.

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Swan, quelque chose à ajouter?

Dr Euan Swan: Non, je vous remercie.

Le président: Madame Fréchette.

Mme Danielle Fréchette: Merci.

Il serait encourageant de voir des organismes de certification travailler ensemble, avec certaines ressources fédérales, pour renforcer nos capacités et nos technologies d'évaluation. Je sais que la simulation prend de plus en plus d'importance. Si nous pouvions en profiter pour donner à nos médecins formés à l'étranger un diagnostic plus rapide sur l'état de leurs connaissances et de leurs compétences, nous pourrions mieux préparer la voie à leur intégration.

Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup de votre contribution.

Nous allons maintenant suspendre la séance pour accueillir notre second groupe de témoins.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir pris le temps de présenter votre point de vue au comité.

•(1635)

(Pause)

•(1635)

Le président: La séance reprend.

Nous accueillons aujourd'hui un bon groupe de témoins. Nous avons hâte d'entendre vos exposés. Nous aurons ensuite des questions à vous poser.

Je crois que nous commençons par les Diététistes du Canada. La parole est à vous.

Mme Pat Vanderkooy (directrice, Affaires publiques, Les diététistes du Canada): Bonjour. Je m'appelle Pat Vanderkooy. Je représente le service des affaires publiques des Diététistes du Canada. Je suis accompagnée de ma collègue Marlene Wyatt, qui travaille pour le service des affaires professionnelles de notre organisation.

Vous avez devant vous un aperçu de notre exposé. Nous avons également l'intention de vous faire parvenir un mémoire.

Les Diététistes du Canada constituent la seule association professionnelle nationale des diététistes. Nous avons déjà lancé un appel public en faveur de la collaboration sectorielle, du leadership national et d'une action concertée face aux principaux problèmes que nous devons affronter.

Je parlerai aujourd'hui de l'accès aux services de diététique dans tous les secteurs grâce à un personnel suffisant de diététistes. Au Canada, ceux-ci sont les seuls professionnels réglementés de la santé qui doivent suivre un programme d'études agréé en alimentation et en nutrition humaine. Pour devenir diététiste agréé, il faut suivre une formation postsecondaire de cinq ans comprenant un programme universitaire approuvé de quatre ans et un stage d'un an.

La plupart des 9 500 diététistes du Canada travaillent pour le système de santé financé par les fonds publics. Il y a aussi des diététistes dans les universités et dans l'industrie alimentaire, ainsi qu'un certain nombre qui travaillent à leur propre compte comme consultants et conseillers.

Par suite de l'intérêt croissant porté à une vie saine et à l'urgent besoin de prévenir et de traiter efficacement les maladies chroniques et l'obésité, il y a actuellement une forte demande de diététistes. Ceux-ci participent aux services de santé conjoints à titre de membres d'équipes de santé pluridisciplinaires. Toutefois, l'accès aux diététistes est limité au Canada par la pénurie de personnel. Je compte aborder aujourd'hui trois aspects de cette pénurie.

Premièrement, il y a la pénurie de main-d'œuvre et les obstacles qui entravent la formation pratique. L'année dernière, notre organisation a produit un aperçu ponctuel du personnel canadien de diététique. Nous avons constaté d'abord que toutes les provinces et tous les territoires ont des vacances qu'il est difficile de combler, surtout dans les collectivités rurales, isolées et nordiques, et que près de la moitié des diététistes ont l'intention de partir à la retraite dans les 10 prochaines années. Les postes vacants ont déjà des effets sur la qualité des services de santé. Pour répondre à la demande, certains employeurs ont engagé des éducateurs non professionnels ou des professionnels de la santé d'autres disciplines. Nous ne disposons, dans nos systèmes de soins de santé, que d'un financement limité des stages pratiques. Il y a aussi des lacunes dans les possibilités de formation dans les petites collectivités et parmi les populations autochtones. Sur la base de nos projections, il existe actuellement un urgent besoin d'accroître la capacité de formation pratique des candidats diététistes du Canada.

Deuxièmement, comme dans les autres professions, nous avons un nombre croissant de collègues formés à l'étranger qui souhaitent exercer au Canada. Nous exigeons de ces personnes de suivre des programmes de préparation pour être autorisées à exercer. Nous croyons qu'il n'est que juste et équitable de permettre à ces diététistes formés à l'étranger de trouver un emploi dans leur profession au Canada. À l'heure actuelle, nous n'avons qu'un seul programme de préparation bénéficiant d'un soutien public. Dans les cinq dernières années, ce programme offert par l'Université Ryerson de Toronto a décerné des diplômes à plus d'une centaine de diététistes formés à l'étranger. Avant l'établissement de ce programme, très peu de ces diététistes avaient réussi à obtenir un permis d'exercer en Ontario. Aujourd'hui, la quasi-totalité des diplômés de ce programme ont réussi à l'examen national de certification et travaillent comme diététistes agréés. Le programme reçoit de nombreuses demandes d'admission venant de candidats de toutes les régions du Canada.

Troisièmement, comme vous le savez peut-être, l'Institut canadien d'information sur la santé recueille des données sur la main-d'œuvre de six autres professions de la santé. Les diététistes n'en font pas partie. Nous ne disposons pas de données exactes, actuelles et continues sur les tendances de nos effectifs et les besoins prévus du Canada. Nous appuyons le maintien des activités du Réseau pancanadien sur les ressources humaines en santé. Nous avons vraiment besoin d'accéder à l'information sur l'innovation en développement, formation, réglementation, recrutement et maintien en fonction.

De quoi avons-nous besoin? Nous avons besoin d'une stratégie globale de gestion des ressources humaines en santé pour que les Canadiens aient accès aux soins nécessaires au bon moment.

Les Diététistes du Canada recommandent d'améliorer et d'accroître les capacités de formation dans les universités agréées et les programmes de stages. Notre profession a besoin d'un plus grand nombre de places de stage pour être en mesure d'augmenter le nombre de diététistes prêts à exercer. Nous avons besoin d'aide pour coordonner les stages et des systèmes efficaces permettant de répondre aux nouvelles normes de compétence que nous avons élaborées.

•(1640)

Nous avons également besoin d'une plus grande mobilité de la main-d'œuvre. Nous demandons en particulier un soutien suffisant des programmes de préparation des diététistes formés à l'étranger. Il faudrait à cette fin prévoir un financement gouvernemental soutenu du seul programme de préparation actuellement offert au Canada. Il serait évidemment merveilleux de pouvoir compter sur une aide financière pour établir d'autres programmes de préparation de diététistes ailleurs au Canada.

Enfin, nous avons besoin d'une meilleure information sur le marché du travail. La profession devrait pouvoir compter sur l'aide du réseau de recherche. Nous aimerions obtenir l'assistance de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada pour commencer à recueillir des données sur les diététistes ainsi qu'un certain soutien relativement aux modèles provinciaux et territoriaux de réaction aux fluctuations de l'offre et de la demande.

Je vous remercie de nous avoir donné l'occasion de vous parler des problèmes de ressources humaines de notre profession. Nous sommes prêtes à répondre à vos questions et attendons avec intérêt votre rapport et vos recommandations dans un proche avenir.

Le président: Je vous remercie de votre exposé, madame Vanderkooy.

Je connais les témoins suivants qui représentent la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada. Nous avons eu le privilège de rencontrer plusieurs d'entre eux sur la Colline quand ils venaient nous voir pour nous présenter leur point de vue sur différentes questions. Nous apprécions beaucoup votre contribution. Nous sommes heureux de vous voir participer à notre étude. Nous attendons avec intérêt vos exposés.

Je crois savoir que vous avez l'intention de partager votre temps de parole. Nous allons donc commencer par Mme Hassan ou Mme Ward. Vous avez la parole.

Mme Noura Hassan (présidente, Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada): Bonjour. Je vous remercie de nous avoir donné l'occasion de vous présenter notre point de vue. Je m'appelle Noura Hassan. Je suis la présidente de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada. Je suis accompagnée de Chloé Ward, qui est notre vice-présidente chargée de la promotion des droits.

[Français]

Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions en anglais ou en français.

[Traduction]

La Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada représente plus de 7 800 étudiants inscrits aux 14 écoles de médecine du Canada. Nous vous remercions de cette occasion de vous faire part de notre point de vue sur la question des pénuries de main-d'œuvre au Canada.

Nous voulons aborder aujourd'hui trois grandes questions liées aux ressources humaines en santé. Premièrement, nous souhaitons attirer votre attention sur le fait que nous aurons bientôt un surplus de médecins. Vous venez d'entendre le témoignage de représentants du Collège royal. Nous allons nous baser sur ce témoignage pour vous présenter le point de vue des étudiants.

Deuxièmement, nous voulons parler de certaines pénuries de main-d'œuvre que connaissent d'importantes disciplines médicales. Enfin, nous aborderons la question du déséquilibre de la répartition géographique des ressources humaines en santé au Canada.

Comme vous le savez tous, le Canada a connu en 1990 — il y a plus de 20 ans — un important manque de médecins. Des mesures avaient alors été prises par un certain nombre d'intervenants du domaine médical, dont l'Association médicale canadienne et le Forum médical canadien, ce qui a entraîné une augmentation des admissions dans les écoles de médecine du pays. À l'heure actuelle, nous formons plus de médecins que nous ne l'avons jamais fait auparavant. C'est en soi une bonne nouvelle parce que cette situation réduit la probabilité d'une pénurie de médecins dans le pays. Toutefois, comme vous le savez aussi, la formation des médecins prêts à exercer au Canada prend entre 6 et 11 ans. Pour cette raison, il est clair que les changements de politique touchant les admissions dans les écoles de médecine ne produisent des effets sensibles que 5 à 10 ans plus tard. Les résultats ne sont pas immédiats.

Nous commençons en ce moment à constater un changement de paradigme. Dans un avenir pas trop lointain, certains diplômés de médecine ne trouveront pas d'emploi au terme de leur formation spécialisée. Quand je parle de « formation spécialisée », il ne s'agit pas seulement des disciplines du Collège royal. J'y inclus aussi la médecine familiale. D'après des renseignements que nous tenons de l'Institut canadien d'information sur la santé, nous avons eu en 2010 un apport net de 1 600 médecins. Il est important d'en prendre note parce que ces chiffres ne représentent pas le plus grand nombre de

diplômés de médecine que nous ayons eu. Des cohortes plus importantes doivent encore passer par les différentes étapes du système. Nous allons donc continuer à avoir d'importants apports nets de médecins dans les années à venir.

Dans la situation actuelle, nous avons besoin d'un mécanisme pour nous aider à faire correspondre les places de formation en résidence aux besoins canadiens en soins de santé d'un bout à l'autre du Canada. Il nous faut donc essentiellement un mécanisme conjoint. Dans l'idéal, il s'agirait d'un effort fédéral-provincial visant à éviter de former trop de médecins dans le pays.

Nous devons mettre fin à la tendance réactive en dents de scie que nous connaissons au Canada dans le domaine de la formation des ressources humaines en santé. Nous devons nous montrer proactifs dans l'intérêt des étudiants, des écoles de médecine et des contribuables.

• (1645)

Mme Chloé Ward (vice-présidente, Promotion des droits, Fédération d'étudiants en médecine du Canada): L'un des problèmes les plus pressants que nous avons constaté, c'est que beaucoup de spécialistes ne trouvent pas du travail dans leur discipline. Comme Noura vient de le dire, nous atteindrons bientôt le point où nous aurons suffisamment de médecins. Toutefois, leur formation ne correspondra pas aux disciplines dont le pays a besoin.

Les places de formation dans les différentes spécialités ne sont tout simplement pas adaptées aux besoins des Canadiens. Les étudiants peuvent choisir parmi une soixantaine de spécialités, mais les analyses actuellement faites ne permettent vraiment pas de déterminer les pénuries actuelles et futures par discipline et par région.

Ainsi, de nombreux chirurgiens cardiologues, radio-oncologues et chirurgiens orthopédistes ont de la difficulté à trouver du travail dans leur domaine. Comme ces spécialistes reçoivent une formation très poussée, ils sont souvent obligés de quitter le pays s'ils ne peuvent pas trouver un emploi.

L'absence de coopération à l'échelle nationale constitue un important obstacle. Par exemple, l'Ontario prévoit que des pénuries de main-d'œuvre se produiront dans la province avant 2017 dans la quasi-totalité des spécialités médicales. En même temps, le Québec s'attend à un surplus de médecins d'ici 2016.

Des tendances semblables se manifestent partout dans le pays. Lorsque les étudiants en médecine cherchent des places de formation spécialisée, ils passent par le portail CaRMS, qui joue le rôle d'organisation nationale de placement des étudiants partout dans le pays, pas nécessairement dans leur province d'origine.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune base de données nationale sur les ressources humaines en santé qui permette de suivre ce genre de renseignements. Le projet concernant l'avenir de l'éducation médicale postdoctorale au Canada, qui est financé par Santé Canada, préconise de faire une planification nationale des ressources humaines en santé, avec la participation des gouvernements intéressés.

Nous disposons de données démographiques sur notre population et sur la prévalence des maladies. Nous connaissons la charge de notre système de soins de santé. Il ne reste plus qu'à établir une base de données nationale pour collationner et diffuser ces renseignements afin que nous puissions nous en servir pour faire des projections et aligner les places de résidence et de formation dans les différentes disciplines sur les besoins des Canadiens.

D'après la Société de la médecine rurale du Canada, 21 p. 100 des Canadiens vivent en milieu rural, mais ne peuvent compter que sur 9 p. 100 des médecins canadiens. L'une des grandes raisons pour lesquelles nous avons des régions rurales et isolées qui sont mal desservies — je ne fais que reprendre le message que vous ont transmis d'autres témoins aujourd'hui — est que nous ne formons que peu d'étudiants venant de ces régions.

On estime que plus de 90 p. 100 des étudiants en médecine viennent d'agglomérations urbaines riches, c'est-à-dire de régions qui ne connaissent aucune pénurie de médecins. Nous savons en même temps que les étudiants en médecine venant de collectivités rurales et isolées sont beaucoup plus susceptibles que les autres d'y revenir pour exercer leur profession à la fin de leurs études.

Comme vous le savez, le budget fédéral 2011 prévoyait des fonds pour la radiation des prêts étudiants des médecins et des fournisseurs de soins de santé qui commencent à travailler dans des collectivités rurales et éloignées mal desservies du Canada. Ce programme vise à améliorer l'accès de ces régions aux soins de santé primaires. Nous nous félicitons de cette initiative, mais nous devons constater que, dans sa forme actuelle, elle comporte des défauts inhérents.

En effet, la radiation des prêts ne commence qu'après la résidence, ce qui signifie que les résidents doivent continuer à rembourser la partie fédérale de leur prêt d'études canadien pendant leur période de résidence. Cela réduit considérablement le caractère incitatif de cette mesure et sa capacité d'attirer des médecins dans les régions rurales et éloignées mal desservies. Pour que le programme soit efficace, il faudrait reporter les intérêts et le versement de la partie fédérale des prêts dans les années de résidence.

• (1650)

Mme Noura Hassan: Nous tenons à vous dire, en conclusion, qu'à titre de médecins de demain et de représentants de la Fédération canadienne des étudiants et des étudiantes en médecine, nous voulons nous assurer de former le nombre voulu de médecins dans les disciplines voulues afin de répondre aux besoins des contribuables canadiens en soins de santé.

Qu'est-ce que cela signifie? Nous devons réussir à attirer et à garder les médecins dans les régions rurales et éloignées du Canada qui ont besoin de soins de santé adéquats. À l'heure actuelle, nous n'avons pas nécessairement à former davantage de médecins. Nous devons simplement veiller à mieux les répartir entre les régions du pays.

Comme nous l'avons dit plus tôt, nous avons un problème de répartition des médecins par région et par spécialité, auquel nous devons remédier. Pour nous attaquer à ce problème à l'échelle nationale, il nous faut une base de données nationale sur les ressources humaines en santé pour nous aider à dispenser des soins adéquats à tous les Canadiens.

Enfin, comme Chloé l'a signalé, il conviendrait de réexaminer le calendrier de remboursement des prêts d'études canadiens pour que les résidents disposés à exercer dans les régions rurales et éloignées puissent profiter de ces importantes ressources.

Nous sommes maintenant prêtes à répondre à vos questions. Nous vous remercions de votre attention.

Le président: Je vous remercie de votre exposé. Je suis sûr que tous les membres du comité connaissent bien ces fluctuations en dents de scie. Nous prenons note de votre point de vue.

Nous allons maintenant passer à Christine Nielsen qui, je crois, a déjà comparu devant notre comité lorsque nous avons étudié les titres de compétence étrangers.

Nous sommes heureux de vous revoir. La parole est à vous.

Mme Christine Nielsen (directrice exécutive, Société canadienne de science de laboratoire médical): Merci de m'avoir invitée à nouveau.

Je voudrais remercier le comité d'avoir invité la Société canadienne de science de laboratoire médical à comparaître une fois de plus aujourd'hui. Je m'appelle Christine Nielsen. Je suis la directrice exécutive de la SCSLM, qui a son siège à Hamilton, en Ontario.

La SCSLM est une organisation nationale de certification et une association professionnelle regroupant plus de 14 000 professionnels de laboratoires médicaux du Canada. Les technologues de laboratoire médical, ou TLM, font des analyses complexes de sang, de liquides organiques et de tissus et en interprètent les résultats. Ces analyses permettent d'obtenir des renseignements essentiels sur la santé.

En fonction de son effectif, notre groupe se classe quatrième parmi les plus importantes professions de la santé au Canada. Cela est presque incroyable parce que nous savons que relativement peu de Canadiens sont conscients de l'existence des professionnels de laboratoire médical ou de l'importance de leur travail.

Les TLM jouent un rôle essentiel dans le système canadien des soins de santé en produisant chaque année plus de 440 millions de résultats d'analyses.

Les médecins comptent sur ces résultats pour faire un diagnostic exact, traiter les patients et surveiller leur état de santé. Le Canada connaît actuellement une pénurie de TLM à l'échelle nationale. Le nombre actuel de nouveaux diplômés ne suffira pas pour y remédier. De plus, notre organisation prédit avec inquiétude que près de la moitié des TLM canadiens seront admissibles à la retraite dans les dix prochaines années. Il n'y a pas de doute que cette pénurie se répercutera directement sur la sécurité des patients.

Pendant plus d'une décennie, nous avons averti les décideurs du fait que le nombre de places dans les programmes de TLM était insuffisant et ne permettrait pas de produire assez de diplômés pour remplacer les départs. L'offre intérieure est simplement trop faible.

Depuis 2000, les gouvernements successifs ont pris des mesures pour affronter la pénurie en créant de nouveaux programmes de formation et en augmentant la capacité de certains autres. C'est un développement positif, mais les départs à la retraite seront plus nombreux que les nouveaux diplômés. De plus, les programmes ne sont financés que pour la partie des études qui se fait en classe, abstraction faite des stages cliniques.

Comme dans le cas de tous les autres professionnels de la santé, la formation clinique est un élément essentiel de l'éducation en sciences de laboratoire. L'achèvement d'un stage clinique est exigé par l'organisme d'agrément. Nos étudiants ne peuvent pas obtenir leur diplôme s'ils n'ont pas fait un stage clinique complet.

Cela m'amène à la question des TLM formés à l'étranger. À mesure que la pénurie de technologues augmente, le Canada accueille chaque année des centaines d'immigrants qui déclarent qu'ils ont fait des études de TLM dans leur pays d'origine. Près de 200 d'entre eux demandent à la SCSLM d'évaluer leurs compétences.

Comme la pratique varie sensiblement d'un pays à l'autre, il est obligatoire pour tous les praticiens du Canada de satisfaire aux exigences rigoureuses régissant l'exercice de la profession, de façon à toujours faire passer en premier la sécurité des patients. Il est impératif d'avoir un système accessible, abordable et fiable permettant de suivre une formation complémentaire ou de faire des stages dans le contexte canadien. Nous félicitons le gouvernement fédéral pour les efforts continus qu'il déploie afin d'accélérer et d'étendre l'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger. Nous espérons que ces efforts se maintiendront.

Nous sommes extrêmement intéressés par les changements envisagés du système d'immigration, qui pourraient imposer une évaluation des titres de compétence avant l'arrivée au Canada. Une telle mesure permettrait aux nouveaux venus de mieux comprendre le processus et nous donnerait la possibilité de vérifier avant leur arrivée si leurs compétences correspondent aux besoins du pays. Nous avons été très heureux de la récente annonce concernant le lancement du projet pilote de prêts pour la reconnaissance des titres de compétence étrangers. Nous espérons que les professionnels des laboratoires médicaux pourront profiter de cette initiative.

Nous avons récemment publié les principales conclusions de nos recherches sur les obstacles qui empêchent les professionnels de la santé formés à l'étranger de satisfaire aux normes d'exercice de la profession au Canada. Ce projet financé par le programme de reconnaissance des titres de compétence étrangers du gouvernement du Canada intéressait quatre autres professions. La recherche a établi d'une manière concluante que l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger a profité de l'attention récente et des investissements des dernières années, mais il est également clair que ces professionnels bénéficieront d'autres initiatives visant à atténuer les répercussions futures des problèmes liés aux ressources humaines en santé.

À part de meilleures possibilités de stages cliniques, les praticiens formés à l'étranger ont déclaré que certaines mesures de soutien peuvent sûrement accélérer le processus d'intégration. La plupart des répondants de l'enquête n'ont pas pu participer à des programmes officiels de préparation ou de mentorat et ont dû trouver eux-mêmes des moyens de surmonter les difficultés des quelques premières années de leur carrière au Canada.

Un autre rapport que nous avons publié a abouti à la conclusion que les programmes de préparation raccourcissaient les délais de certification des TLM formés à l'étranger, atténuant leurs difficultés financières, accroissaient leurs contributions fiscales et accéléraient leur intégration dans le marché du travail canadien.

Des investissements ciblés durables et à long terme sont nécessaires pour maintenir les programmes de préparation. Le taux de succès à l'examen national est clairement supérieur dans le cas des personnes qui ont suivi un programme de préparation.

● (1655)

À l'heure actuelle, il n'existe au Canada qu'un seul programme de préparation, qui permet chaque année d'envoyer 11 étudiants faire des stages cliniques. Ce programme est offert à Hamilton. Grâce à des investissements ciblés, les professionnels compétents peuvent accéder au marché du travail plus rapidement pour offrir aux Canadiens des services d'analyse en laboratoire.

Je voudrais, en conclusion, présenter des recommandations portant sur trois grandes catégories de mesures. Premièrement, il faudrait mettre en place des moyens supplémentaires de formation et de soutien correspondant aux besoins des professionnels de la santé formés à l'étranger avant et après la délivrance de l'autorisation d'exercer. Deuxièmement, il faudrait étudier les moyens d'améliorer l'accès global aux stages cliniques. Troisièmement, il conviendrait de faire des recherches sur les raisons pour lesquelles un certain nombre de candidats ne vont pas jusqu'au bout du processus d'évaluation et ne parviennent donc ni à obtenir une autorisation d'exercer ni à travailler dans leur domaine.

D'importants investissements faits aujourd'hui permettront d'atténuer les répercussions futures de la pénurie prévue de technologues de laboratoire médical.

Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup.

Nous commencerons le premier tour avec Mme Boutin-Sweet.

[Français]

Mme Marjolaine Boutin-Sweet (Hochelaga, NPD): Merci, monsieur le président. Merci, mesdames.

Je crois que, quand ils choisissent les sciences de la santé, la plupart des jeunes pensent à devenir médecins, infirmiers ou infirmières. C'est plus populaire. On ne pense pas vraiment à devenir diététicien ou à aller travailler dans un laboratoire.

Selon ce que vous nous avez dit, on risque à l'avenir d'avoir un surplus de médecins, mais aussi de manquer de gens dans d'autres groupes qui sont moins reconnus. Quelle sorte de méthodes le gouvernement fédéral pourrait-il utiliser pour valoriser certaines de ces professions afin de les faire connaître par les jeunes qui choisissent le domaine de la santé? C'est une question importante que je pose à tout le monde. Je vais y ajouter d'autres points.

On parle d'exonération du remboursement des prêts. Pourrait-on inclure des choses semblables pour inciter les jeunes à se diriger vers certaines carrières plutôt que d'autres?

Il en va de même, sur le plan local, en ce qui a trait aux Premières nations. Pourrait-on promouvoir certains métiers plutôt que d'autres, que l'on peut apprendre en moins de temps, étant donné que vous disiez qu'il fallait de cinq à dix ans avant de voir les conséquences?

J'aimerais entendre vos réponses à cet égard.

● (1700)

[Traduction]

Mme Chloé Ward: Si nous avons une base de données nationale permettant de déterminer les besoins des Canadiens en soins de santé, non seulement pour les médecins, mais aussi pour les infirmières, les diététiciens et d'autres fournisseurs de soins, nous serions en mesure de définir les besoins dans les différentes spécialités. Nous pourrions alors faire correspondre les places de formation des médecins et des autres fournisseurs de soins à ces besoins. Si nous avons une base de données portant sur une période assez longue permettant de faire des projections à long terme, nous aurions la possibilité de prévoir des encouragements et de cibler les étudiants de niveau secondaire, les étudiants en médecine et différents groupes pendant leur période de formation afin de les amener à choisir les domaines dont nous avons besoin.

[Français]

Mme Noura Hassan: J'aimerais ajouter une chose à cet égard.

Le mentorat est très important et il commence dès les débuts du cheminement des étudiants. On sait que, bien souvent, les gens qui étudient en médecine ont des mentors qui proviennent de cette profession. On ne se le cachera pas, c'est la raison pour laquelle il s'agit souvent de gens qui proviennent de milieux favorisés ou d'enfants de médecins.

Il est donc important qu'on ait des mécanismes pour attirer des jeunes de milieux défavorisés ou des jeunes provenant de milieux ruraux qui ne sont pas nécessairement défavorisés. En fait, on sait que des gens qui proviennent de régions rurales éloignées ont tendance à pratiquer davantage dans ces milieux que ceux qui proviennent de milieux urbains. Il faut donc adopter une telle stratégie.

En ce qui a trait au fédéral, il s'agirait de financer les organismes qui font déjà cela. D'autre part, on sait que certaines facultés de médecine ont investi beaucoup d'argent dans des programmes de mentorat. Elles font du recrutement auprès des jeunes des régions rurales éloignées et des jeunes du secondaire pour les sensibiliser à la médecine. Ces mécanismes existent déjà, mais ils ne sont pas bien financés. Il s'agirait d'encourager le développement et la promotion de ces programmes.

[Traduction]

Le président: Madame Vanderkooy, avez-vous des observations à présenter?

Mme Pat Vanderkooy: Oui. Je suis parfaitement d'accord avec les deux autres témoins. Elles ont souligné la nécessité de regrouper l'information qui existe, mais que nous n'avons jamais examinée de près. Quels sont les besoins réels des Canadiens? Quelles spécialités faut-il choisir? Tout comme les médecins, les diététistes sont spécialisés. Avons-nous besoin de diététistes en santé publique? Avons-nous besoin d'un plus grand nombre en pédiatrie? Dans les services de soins palliatifs? Nous ne le savons pas.

Nous connaissons aussi les questions qui se posent en matière de mentorat et de répartition géographique. Comme diététistes — je crois d'ailleurs que les technologues de laboratoire médical sont dans la même situation —, nous n'avons pas vraiment besoin de recruter davantage dans nos programmes de formation. Beaucoup d'étudiants veulent accéder aux programmes universitaires accrédités en diététique et en nutrition. Le problème est que parmi ces étudiants qui se sont battus pour s'inscrire à ces programmes compétitifs, à qui il a fallu des notes élevées pour être admis et qui ont fait quatre ans d'études, un seul sur deux arrive à suivre un stage.

Par conséquent, beaucoup de gens aspirent à devenir diététistes, mais, après avoir passé quatre ans à l'université, un grand nombre d'entre eux sont malheureusement déçus parce qu'ils ne peuvent pas accéder à la profession. Cela est d'ailleurs étrange compte tenu du nombre de vacances, qui augmentera considérablement dans une dizaine d'années.

Que faut-il donc faire? Il n'y a pas de financement. Une diététicienne qui est très occupée par ses patients et à qui on demande de faire de la formation constatera qu'il n'y a ni coordination ni budget supplémentaire pour les gens en formation. Si elle consacre du temps aux étudiants, ses statistiques de productivité dégringolent, mais on s'attend quand même à ce qu'elle donne de la formation.

• (1705)

Le président: Je vous remercie.

Madame Nielsen, je crois que vous aviez un commentaire.

Mme Christine Nielsen: J'ai juste une dernière observation qu'il ne faut pas sous-estimer. Au niveau d'entrée, le salaire d'un technologue de laboratoire médical s'élève probablement à un dixième de celui d'un médecin. Par conséquent, c'est un peu chimérique de penser qu'il est possible, dans un même groupe, de proposer à certains de devenir technologues de laboratoire médical alors qu'ils s'attendaient à un salaire très élevé.

Un ami avocat m'a dit que si on pose la question aux étudiants d'une faculté de droit, on s'apercevra que beaucoup d'entre eux ont échoué au test d'admission GMAT. Beaucoup décident de s'orienter vers une profession libérale parce qu'il y en a très peu au Canada. La médecine et le droit sont les deux professions auxquelles les gens aspirent naturellement. Je comprends parfaitement quand vous dites que les étudiants en médecine viennent essentiellement de régions riches parce que des études de 6 à 12 ans peuvent paraître trop longues à quelqu'un qui vient d'un milieu ouvrier. Cela pourrait être trop difficile pour une personne de ce genre.

Par conséquent, on peut bien dire qu'on réorientera un omnipraticien vers les analyses de laboratoire ou la diététique, mais ce n'est pas si facile que cela parce que nous n'avons pas des salaires à six chiffres, sauf pour quelques membres de la haute direction.

Le président: Votre temps de parole est écoulé, mais une grande partie a servi aux commentaires.

Mme Marjolaine Boutin-Sweet: Ça va bien.

Le président: D'accord.

Monsieur McColeman.

M. Phil McColeman (Brant, PCC): Je remercie les témoins de leur présence et des renseignements très utiles qu'ils nous présentent.

Madame Vanderkooy, j'aimerais revenir à ce que vous disiez du stage, mais avant de le faire, je voudrais vous demander une précision au sujet de vos observations. Vous avez parlé des professionnels formés à l'étranger et du programme de préparation de Ryerson, qui produit une centaine de diplômés. Vous avez dit que ce programme est financé.

Reçoit-il un financement fédéral au provincial?

Mme Pat Vanderkooy: Je vais laisser Marlene répondre.

Mme Marlene Wyatt (directrice, Affaires professionnelles, Les diététistes du Canada): Je m'occupe un peu du programme de Ryerson. Pendant les cinq dernières années, il a été financé par le ministère ontarien de la Citoyenneté et de l'Immigration et a décerné des diplômes à une vingtaine d'étudiants par an, ce qui donne au total une centaine sur cinq ans.

Comme Pat l'a mentionné, le taux de succès à l'examen national de certification est presque le même que celui des diplômés de nos programmes accrédités. Pour le programme de préparation, nous présentons tous les deux ans une demande de reconduction du financement. À cause de leur nature, les programmes de préparation sont extrêmement coûteux parce qu'il faut déterminer le niveau de compétence des candidats, faire l'équivalence avec le système canadien, puis les aider à acquérir des compétences autres que celles qu'ils avaient acquises dans leur pays d'origine. Il y a aussi le stage, qui nous impose de leur trouver des places de formation clinique.

En moyenne, le programme de préparation dure environ 16 mois, mais les diplômés trouvent des emplois à temps plein. Une fois qu'ils ont réussi à l'examen, ils trouvent un bon emploi. Dans le passé, comme Christine l'a mentionné, presque personne n'arrivait à le faire. Les professionnels formés à l'étranger étaient donc limités à des emplois mal rémunérés dans des bars ou des restaurants. Ceux qui terminent le programme de préparation peuvent maintenant compter sur de bons salaires canadiens.

M. Phil McColeman: Je vais passer maintenant à Mme Nielsen.

Votre expérience des programmes de préparation est-elle la même?

Mme Christine Nielsen: Absolument. Ces programmes donnent de très bons résultats dans la phase pilote de financement. Le plus coûteux est d'élaborer les programmes d'études.

Plusieurs programmes pilotes ont été lancés, mais n'ont pas survécu. La Colombie-Britannique en avait un, de même que l'Institut de technologie du nord de l'Alberta. L'Institut Michener de Toronto a également eu un programme, mais, à la fin de la période pilote de financement, il a végété pendant quelques années. Il dispose maintenant de quelques fonds de démarrage.

La plus grande difficulté est d'obtenir un financement durable. Une initiative telle que le projet pilote de prêts pour la reconnaissance des titres de compétences étrangers pourrait aider un étudiant à acquitter les frais de scolarité, qui s'élèvent à 14 000 \$ à 20 000 \$, montant qu'il peut rembourser dès la première année s'il passe d'un emploi dans le secteur de la restauration à environ 25 000 \$ par an à un poste de technologue de laboratoire qui rapporte 50 000 \$ la première année. Les diplômés peuvent donc rembourser presque la totalité du prêt en un an.

Nous croyons que ce projet pilote de prêts constitue une excellente occasion d'obtenir un financement durable pour les programmes de préparation.

• (1710)

M. Phil McColeman: D'accord.

J'ai juste un commentaire à faire sur une chose que Mme Vanderkooy a dite tout à l'heure. Elle a laissé entendre que les gens du secteur s'opposent au stage — qui, je suppose, mène à l'autorisation d'exercer — parce qu'il réduit leur revenu, surtout...

Non? Il ne réduit pas leur revenu?

Mme Marlene Wyatt: Il réduit leur productivité au travail. Or les gens les jugent d'après leur productivité.

M. Phil McColeman: D'accord. Ils sont donc jugés. Ils perdent de leur prestige parce que leur productivité est moindre.

Mme Marlene Wyatt: Comme ils doivent consacrer du temps aux étudiants, ils ne sont pas en mesure de voir autant de clients, etc.

M. Phil McColeman: Puis-je faire un commentaire?

J'avais une affaire qui employait des apprentis. Je les ai toujours bien traités, et mes charpentiers prenaient le temps qu'il fallait pour s'assurer qu'ils profitaient bien de leur apprentissage.

J'ai du mal à admettre ce manque de responsabilité sociale.

Mme Pat Vanderkooy: Je comprends que vous ayez pu mal interpréter ce que j'ai dit. Ce n'est pas qu'on se refuse à jouer le rôle de moniteur. En fait, la majorité des diététistes qui ont participé à notre enquête sur l'effectif ont dit qu'ils ont été moniteurs à un moment donné. Nous sommes tous très heureux d'aider des étudiants, mais nous savons que le système dans lequel nous travaillons, c'est-à-dire le système de santé à financement public,

juge notre profession et paie notre travail sur la base de statistiques de productivité.

Nous sommes simplement pris entre le marteau et l'enclume. Les services pour lesquels nous travaillons doivent tenir des statistiques de productivité pendant que nous aidons les étudiants. Ces statistiques ne tiennent même pas compte de la coordination à faire dans un petit groupe. Il peut y avoir six étudiants qui suivent des stages à l'hôpital ou dans le cadre d'un programme communautaire. Qui coordonne leur travail? Qui doit s'occuper des placements? Tout cela prend du temps.

Le problème réside donc dans le fait qu'on ne prévoit aucun temps rémunéré pour aider les étudiants, travail que les professionnels aiment beaucoup faire. Toutefois, nous n'aimons pas beaucoup voir le travail s'empiler et avoir l'obligation de faire des heures supplémentaires non rémunérées. Travailler dans ces conditions est vraiment difficile.

Le président: Merci, monsieur McColeman. Votre temps de parole est écoulé.

M. Phil McColeman: Déjà? Vous êtes vraiment mesquin.

Des voix: Oh, oh!

Le président: À vous, monsieur Stewart.

M. Kennedy Stewart (Burnaby—Douglas, NPD): Merci, monsieur le président. C'est un plaisir pour moi d'assister à votre réunion.

Je veux également remercier les témoins.

Je voudrais commencer par Mme Vanderkooy. Je dois dire que j'ai pu constater personnellement la valeur des services que rendent les diététistes. J'ai des relations suivies avec une réserve urbaine des Premières nations. J'ai donc pu voir combien la vie de cette collectivité a changé quand ses membres ont commencé à prendre des repas plus sains. Il n'y a pas de doute que cela prévient des maladies. Je tiens à vous remercier pour votre travail.

Vous avez dit que l'offre de diététistes est insuffisante et qu'il en manque. Je m'interroge sur leur répartition. Les représentants des chirurgiens et des dentistes nous ont parlé d'un problème de répartition. Est-ce que c'est la même chose dans votre groupe?

Mme Pat Vanderkooy: Nous en avons parlé.

Mme Marlene Wyatt: Oui, nous avons un problème de répartition. Je crois que nous l'avons évoqué très brièvement lorsque nous avons parlé des collectivités rurales, éloignées, nordiques et autochtones. Ces régions sont celles qui souffrent le plus de la pénurie.

Nous avons essayé de mettre en oeuvre quelques programmes ciblés dans ces régions, surtout au niveau des placements cliniques. Les résultats sont positifs, mais les placements cliniques en milieu rural et dans les endroits isolés occasionnent des difficultés au chapitre des déplacements, etc. C'est un peu une arme à double tranchant.

C'est là où nous en sommes pour ce qui est de la pénurie de diététistes. Cela est ressorti dans les résultats de notre enquête sur l'effectif.

D'après les représentants du secteur médical, si nous connaissions mieux la situation — ils ont cité quelques statistiques à ce sujet —, nous pourrions nous attaquer au problème d'une manière plus efficace. Nous avons fait une enquête ponctuelle, qui nous a donné les seules données dont nous disposons pour évaluer la situation.

Je ne sais pas d'où vous venez, mais, à Terre-Neuve par exemple, où j'ai travaillé récemment, il y a beaucoup de régions rurales et éloignées, tandis que nous donnons notre formation à un seul endroit. Nous essayons de répartir les ressources de formation, mais, encore une fois, les étudiants ne peuvent pas consacrer beaucoup d'argent aux déplacements.

• (1715)

M. Kennedy Stewart: Je vous remercie. Nous reviendrons peut-être à cela plus tard.

Mme Pat Vanderkooy: Nous avons également quelques pénuries dans le secteur de la santé publique. La diététique est l'une des rares professions de la santé dont les membres sont directement employés dans des unités de santé publique. Le personnel de ces unités se compose ordinairement d'infirmières et de diététiciennes. C'est un autre domaine dans lequel la répartition pose des problèmes.

M. Kennedy Stewart: Merci. Nous pourrions peut-être y revenir dans quelques instants.

Je voudrais passer à Mme Hassan.

Je crois que l'idée d'une base de données, dont vous avez parlé toutes les deux, est vraiment intéressante. Plus on a de données, mieux ça vaut. Si les données sont normalisées, elles peuvent faciliter les placements et réduire les dents de scie.

Je me demande si vous avez fait une enquête auprès des étudiants. Vous avez parlé en particulier d'un surplus d'étudiants. Je m'inquiète du fait que certains ont l'intention de quitter le Canada de toute façon, indépendamment des encouragements offerts. Avez-vous interrogé les étudiants pour connaître leurs intentions? Je suppose que certains se sentent obligés de partir tandis que d'autres souhaitent eux-mêmes partir. J'aimerais savoir si vous avez recueilli des renseignements à ce sujet.

Mme Noura Hassan: Nous n'avons fait aucune enquête officielle récemment pour déterminer si les étudiants ont l'intention de rester au Canada. Toutefois, un simple examen des données obtenues du service de placement CaRMS, auquel les étudiants adressent leur demande de résidence ou de formation spécialisée, révèle qu'en grande majorité, les étudiants des écoles de médecine canadiennes font leur résidence au Canada parce qu'ils souhaitent exercer au Canada. Il est beaucoup plus facile d'exercer là où on a été formé. Par conséquent, les gens veulent pour la plupart rester dans le pays.

Malheureusement, les représentants du Collège royal ne sont plus ici. Ils auraient pu vous donner une meilleure idée des endroits où vont les diplômés.

D'une façon générale, ils préfèrent rester au Canada.

Mme Chloé Ward: J'aurais une chose à ajouter.

L'Institut canadien d'information sur la santé a publié des données selon lesquelles le nombre de médecins formés au Canada qui quittent le pays n'a pas augmenté. Il semble bien que la plupart restent.

M. Kennedy Stewart: Nous avons beaucoup entendu parler de la radiation des prêts étudiants. Je fais partie du comité de l'industrie. Nous vivons maintenant dans un univers mondialisé. Tout le monde se déplace.

Je me demande si c'est l'utilisation la plus judicieuse des fonds publics. Ne vaudrait-il pas mieux payer directement les gens, comme les autres pays le font? Les autres pays versent une rémunération supérieure à ceux qui acceptent d'aller travailler dans les collectivités rurales et isolées. Croyez-vous qu'un plan plus vaste puisse donner

de meilleurs résultats que cette initiative liée aux prêts? Je vais peut-être poser la question à tous les témoins.

Le président: Je vois que plusieurs personnes souhaitent répondre.

Allez-y, Chloé. Nous passerons ensuite à Mme Nielsen, puis à Mme Vanderkooy.

Mme Chloé Ward: On peut évidemment recourir à plusieurs moyens pour encourager les étudiants en médecine à s'orienter vers différentes disciplines. Nous nous intéressons à la radiation des prêts parce qu'il s'agit d'un nouveau programme annoncé dans le budget 2011. Le gouvernement a indiqué dans le budget 2012 qu'il a l'intention de le mettre en oeuvre en 2012 et 2013. Comme ce programme sera offert très bientôt et qu'il comporte un défaut inhérent dans la définition de son principal objectif, qui est d'attirer les médecins dans les collectivités rurales et isolées mal desservies, nous y avons consacré certains efforts.

Les modifications que nous proposons auraient des avantages très concrets qui ne coûteraient pas grand-chose au gouvernement. Elles augmenteraient considérablement l'efficacité de ce programme qui doit entrer en vigueur dans les prochains mois.

Le président: Monsieur Stewart, votre temps de parole est écoulé, mais nous entendrons la réponse de Mmes Nielsen et Vanderkooy.

Vous pouvez y aller.

Mme Christine Nielsen: Dans le domaine des sciences de laboratoire, près de 80 p. 100 des étudiants commencent par aller à l'université. Ils obtiennent un baccalauréat en sciences, pensent qu'ils peuvent accéder à une école de médecine, puis découvrent qu'ils n'y réussiront pas. Il y a bien peu d'emplois à décrocher si on n'a pas un permis ou une certification professionnelle, à moins de s'orienter vers une maîtrise. Aujourd'hui, les étudiants en sciences de laboratoire obtiennent leur diplôme entre 25 et 27 ans après avoir accumulé des prêts étudiants pendant 6 à 8 ans. Même si ma profession n'est pas censée bénéficier du programme de radiation des prêts, je crois que c'est un encouragement à s'établir dans des collectivités rurales et isolées.

Contrairement à un emploi dans une grande agglomération urbaine, qui est souvent temporaire ou occasionnel, un emploi dans ces collectivités a l'avantage d'être permanent et à temps plein. Nous croyons qu'un tel emploi, s'ajoutant à un programme de radiation des prêts qui débarrasse les gens des dettes contractées pendant des années, peut vraiment être utile. D'autres programmes peuvent comprendre des bonis de réinstallation, mais nous constatons qu'il arrive parfois que des employeurs rachètent le contrat ou l'entente de retour au service.

Je ne sais pas trop quelle peut être la solution parfaite, mais j'aimerais bien que ma profession puisse, si possible, participer au projet pilote.

• (1720)

Le président: Très bien. Madame Vanderkooy, une brève réponse, s'il vous plaît.

Mme Pat Vanderkooy: Il y a aussi les écarts de salaires entre ceux qui travaillent pour des hôpitaux et ceux qui ont un emploi en milieu communautaire, par exemple dans un centre de santé communautaire ou au sein d'une équipe de santé familiale. Il y a des écarts de salaire entre les emplois ruraux et les emplois urbains, sans compter les avantages sociaux, comme l'accès à un régime de pension. D'autres formes d'encouragement peuvent attirer les gens vers différents secteurs.

Le président: Je vous remercie.

À vous, monsieur Mayes.

M. Colin Mayes (Okanagan—Shuswap, PCC): Merci, monsieur le président. Je remercie les témoins de leur présence au comité aujourd'hui.

Vous avez toutes dit à la fois qu'il y aurait des pénuries dans certaines disciplines et que nous avons besoin de plus de données. Sur quoi vous basez-vous pour affirmer qu'il y aura des pénuries si vous ne disposez pas de données? Je trouve étrange que vous fassiez de telles affirmations tout en disant que vous avez besoin de plus de données.

Pouvez-vous répondre toutes les trois?

Mme Chloé Ward: Je vais essayer de le faire en premier.

Nous disposons en fait de quelques études, mais elles sont ponctuelles. Par exemple, une étude a été réalisée en 2010 en Ontario sur la situation d'une seule année, à partir de laquelle des projections ont été faites pour les années suivantes. Cette étude ne concernait que l'Ontario. Toutefois, les demandes de résidence sont présentées partout dans le pays. C'est un problème de portée nationale. Nous avons besoin d'une base de données centrale ou nationale pour être en mesure de collaborer avec les provinces et les territoires afin de collationner toute l'information contenue dans les études locales et ponctuelles. On disposerait ainsi d'études longitudinales à un endroit central permettant d'accéder à l'information et de l'utiliser efficacement.

M. Colin Mayes: Vous dites donc que les données sont fragmentées.

Mme Chloé Ward: Oui, dans une grande mesure.

Mme Noura Hassan: Je voudrais ajouter quelque chose.

Nous avons des données, mais elles ne sont pas suffisantes. Les représentants du Collège royal ont abordé cette question. La planification des ressources humaines en santé est complexe. Il ne suffit pas d'examiner de temps à autre une étude ponctuelle pour conclure qu'il y a un surplus ou que l'apport de 1 600 médecins de cette année a été positif. Ce n'est pas suffisant. Nous devons nous faire une meilleure idée globale de ce qui se passe. Nous devons savoir qui va terminer ses études, combien d'heures chacun compte travailler, où chacun veut aller et de quelles infrastructures tous ces gens auront besoin. Nous devons disposer de beaucoup plus de renseignements que les nombres nets que nous avons actuellement. De multiples facteurs entrent en jeu.

Il ne serait pas facile de concevoir une base de données de ce genre, mais de nombreux intervenants sont intéressés et seraient disposés à contribuer aux connaissances nécessaires. Je crois que Santé Canada serait un bon partenaire.

Nous convenons donc qu'il y a de l'information, mais nous ne disposons pas de tous les éléments.

Le président: Je crois qu'il y a d'autres réponses.

Madame Vanderkooy.

Mme Pat Vanderkooy: Ma réponse est plus ou moins la même que celle des autres. Les données sont fragmentées. Nous avons mené notre enquête à cause de l'absence de données. Les renseignements ponctuels valent ce qu'ils valent. Ils comportent sûrement des défauts. Les données existent. Elles sont recueillies différemment à l'échelon provincial. Les définitions sont différentes. Nous ne participons pas à la base de données de l'ICIS. Par conséquent, ce que nous obtenons d'une administration peut être

différent. Bref, pour faire une planification adéquate, nous avons besoin de données cohérentes.

Le président: Madame Nielsen.

Mme Christine Nielsen: Notre situation est complexe. Comme nous devons fournir des résultats d'analyse aux médecins, nous ne pouvons prévoir ni quelles analyses on nous demandera dans les cinq prochaines années ni ce que certaines administrations sont prêtes à financer. L'OMA doit accepter de payer certaines choses. Pour être en mesure de planifier nos ressources humaines, nous devons nous entretenir longuement avec les fournisseurs de soins de santé et les bénéficiaires des paiements pour déterminer où se situent les problèmes possibles.

Nous savons par ailleurs que le nombre d'analyses de laboratoire ne diminuera pas. Les patients vont maintenant voir leur médecin pour leur demander de leur prescrire telle ou telle analyse à tel ou tel moment. Si le médecin ne peut pas donner une ordonnance, les patients sont prêts à payer eux-mêmes. Je crois que la complexité des analyses et ce que les bailleurs de fonds sont prêts à payer ont des répercussions sur nos membres.

• (1725)

M. Colin Mayes: J'ai assisté à une démonstration d'une machine destinée à aider les médecins à se familiariser avec certaines opérations. Il s'agissait d'un simulateur permettant de s'exercer à faire de la chirurgie. Il raccourcit le temps qu'un chirurgien doit passer aux côtés d'un praticien plus expérimenté pour apprendre son métier.

Cela m'amène à parler de technologie. Croyez-vous que des technologies de ce genre peuvent être utiles aussi bien en médecine que dans un laboratoire? Peuvent-elles augmenter la productivité au point où nous n'aurons plus besoin d'autant de personnes?

Mme Chloé Ward: C'est une chose que nous voyons dans différentes spécialités médicales. À mesure que la technologie évolue, elle modifie les besoins que nous avons dans les différentes disciplines. En cardiologie, par exemple, les progrès de la technologie et des procédures chirurgicales réduisent la demande de chirurgiens cardiologues. Nous devons faire des projections à long terme et définir les besoins en fonction d'un certain nombre de facteurs, dont la technologie et les progrès réalisés dans le domaine. Nous devons nous assurer de former des professionnels pouvant répondre aux besoins afin d'éviter ces problèmes de main-d'oeuvre.

Le président: Je vous remercie.

Nous allons terminer avec M. Cuzner. À vous, monsieur.

M. Rodger Cuzner: Monsieur le président, je voudrais poser deux petites questions.

Le président: D'accord.

M. Rodger Cuzner: M. McColeman avait des questions intéressantes à poser. Je vais donc lui laisser la dernière partie de mon temps de parole.

Le président: Très bien.

M. Rodger Cuzner: À combien s'élève la dette moyenne de la plupart des finissants en médecine?

Mme Chloé Ward: Il y a des montants moyens. Les chiffres que je vois le plus souvent se situent entre 150 000 \$ et 200 000 \$ pour les finissants. Il y a ensuite la période de résidence pendant laquelle le salaire peut être très limité dans les deux à cinq premières années, selon le lieu.

M. Rodger Cuzner: Votre période de résidence est-elle de deux ans?

Mme Chloé Ward: Elle est de deux ans en médecine familiale et de cinq à six ans pour certains des domaines les plus spécialisés.

M. Rodger Cuzner: Avez-vous une idée de ce que coûterait votre proposition de reporter l'intérêt ou les versements sur les prêts étudiants? Avez-vous estimé les coûts? On a l'impression qu'il s'agit d'une demande très légitime et très modeste. Je suppose qu'il m'est facile de dire cela puisque je siége dans l'opposition, mais avez-vous une estimation du coût?

Mme Chloé Ward: Oui. Je pourrais vous montrer plus tard un document sur cette question. Nous avons eu un entretien avec des analystes principaux de la politique qui travaillent pour le ministre des Finances. Ils nous ont dit en substance que cela pourrait presque passer pour une erreur d'arrondi dans le budget fédéral. C'est pratiquement négligeable.

M. Rodger Cuzner: Merci beaucoup.

Avant de céder la parole, je voudrais poser une question concernant les stages. Les stagiaires sont-ils rémunérés?

Mme Christine Nielsen: Non.

Mme Pat Vanderkooy: C'est l'autre aspect de la question.

Mme Marlene Wyatt: Ils ne sont pas rémunérés.

Mme Pat Vanderkooy: Il fut un temps où les stagiaires en diététique recevaient une petite allocation, mais ce n'est plus le cas maintenant. Il faut d'ailleurs noter qu'ils ont aussi les prêts à rembourser.

M. Rodger Cuzner: Doivent-ils rembourser les prêts pendant qu'ils suivent leur stage?

Mme Pat Vanderkooy: Parfois. Cela dépend de la province.

M. Rodger Cuzner: À vous, Phil.

M. Phil McColeman: Merci, Roger. Vous êtes très généreux.

Vous avez abordé les sujets sur lesquels je voulais interroger les étudiants en médecine: en quoi consiste la résidence et importance du revenu gagné pendant cette période?

Je voudrais poser une question à la représentante des étudiants. Vous avez dit qu'à l'avenir, les diplômés ne trouveront pas d'emploi. Où se situe cet avenir? Est-ce aujourd'hui? Ne trouvent-ils pas des emplois à l'heure actuelle? Est-ce que ce sera dans un an, dans deux ans peut-être?

• (1730)

Mme Noura Hassan: Cela varie avec la personne à qui vous parlez et avec la province où vous vous trouvez. Jusqu'ici, nous n'avons pas beaucoup de renseignements sur la situation à l'échelle nationale. Nous ne disposons que de données anecdotiques. Par exemple, la chirurgie orthopédique est l'une des spécialités qui connaît le plus de pénuries d'emplois au Canada. On nous parle de nombreux cas de chirurgiens orthopédistes qui ne trouvent pas de travail après avoir obtenu leur diplôme. Dans ce domaine, la spécialisation est extrêmement poussée, de sorte que certains sont spécialisés dans les petits os de la main ou du pied. Cela les rend de moins en moins employables.

Cela se produit certainement maintenant. Travaillant de concert avec le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, l'Association médicale de l'Ontario a élaboré un modèle de projection qu'elle a publié en 2010. D'après ce modèle, même les omnipraticiens — qui sont considérés comme des généralistes en Ontario — seront trop nombreux en 2017. Ce n'est pas très loin de maintenant.

Dans mon propre cas, je dois bientôt commencer ma formation en obstétrique et en gynécologie. D'ici 2012, si je veux travailler en Ontario, il est possible que je ne trouve pas un emploi.

M. Phil McColeman: Je comprends.

Le président: Vous avez 45 secondes.

M. Phil McColeman: Je trouve que c'est une bonne chose si nous formons suffisamment de médecins. Dans ma collectivité, il y a seulement cinq ans, nous manquions de 21 médecins de famille dans une ville de 100 000 habitants. Je crois qu'il nous en manque encore quelques-uns, mais il est bon de savoir que la situation s'améliore.

Par conséquent, d'une certaine façon, c'est une bonne chose. Je conviens avec vous qu'il vous faudra trouver un moyen d'obtenir de meilleures données afin de corriger les problèmes de répartition.

Soit dit en passant, les chirurgiens orthopédistes deviennent politiciens de notre côté de la table.

Des voix: Oh, oh!

Le président: C'est tout le temps que nous avons.

Merci beaucoup d'avoir comparu devant le comité et de nous avoir fait part de votre point de vue et de vos idées. Nous en tiendrons certainement compte.

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>