

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSI)

Réponses

1. Reprise économique et croissance

Compte tenu du climat d'austérité budgétaire actuel au sein du gouvernement fédéral et dans le monde, quelles mesures fédérales particulières estimez-vous nécessaires pour assurer la reprise économique et une plus forte croissance économique au Canada?

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSI) représente 156 000 infirmières et infirmiers qui travaillent dans des hôpitaux, des foyers pour personnes âgées, des centres d'hébergement et de soins de longue durée et dans des collectivités des quatre coins du pays. Notre présentation dans le cadre des consultations prébudgétaires de 2013 repose sur l'axiome que la santé, c'est la richesse et qu'une économie saine, aujourd'hui et demain, repose sur une population en santé. La FCSI s'inquiète de l'incidence de la récession économique et des conséquences du chômage, du sous-emploi, de la pauvreté et de l'inégalité du revenu sur la santé de la population. La pauvreté coûte au Canada entre 72 milliards et 86 milliards de dollars par année, soit 5 % ou 6 % de notre PIB.[1] Tel que le mentionnait le rapport final du Comité permanent de la Chambre des communes des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées intitulé *Plan fédéral de réduction de la pauvreté : Travailler en partenariat afin de réduire la pauvreté au Canada*, les investissements pour s'attaquer à la pauvreté peuvent être « très rentables », car il est reconnu que la réduction de la pauvreté peut entraîner une réduction de coûts (services de santé, justice criminelle, programmes sociaux et autres) et augmenter la contribution économique d'une partie de la population dont les talents ne sont pas présentement exploités à leur plein potentiel. »[2] Recommandation 1 : Établir et mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention et de réduction de la pauvreté partagée par les administrations fédérale, provinciales, territoriales, autochtones et municipales et les secteurs public et privé, tel que recommandé dans le rapport de 2010 du Comité permanent de la Chambre des communes des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées intitulé *Plan fédéral de réduction de la pauvreté : Travailler en partenariat afin de réduire la pauvreté au Canada*. La réduction de l'accès à des médicaments essentiels est l'un des éléments où la pauvreté et le chômage affectent la santé. Les produits pharmaceutiques sont un aspect de plus en plus important des soins de santé et pourtant, 8 % des Canadiens ne peuvent pas faire remplir leurs prescriptions en raison des coûts. Un quart de la population canadienne n'a aucune assurance-médicaments.[3] Les frais varient considérablement au pays. Pour un patient souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, par exemple, les frais pour une prescription de 1 288 \$ se situaient entre 74 \$ et 1 332 \$ selon la province.[4] Un régime national d'assurance-médicaments permettrait également de réduire les coûts pour les Canadiens. Dans une étude réalisée par Marc-André Gagnon, professeur adjoint à l'École de politique publique et d'administration de l'Université Carleton, on estimait qu'un régime national d'assurance-médicaments pourrait permettre des économies de plus de 10 milliards de dollars.[5] Les employeurs canadiens, par exemple, dépensent plus de 10 milliards de dollars par année pour offrir une assurance-médicaments[6] à 58 % des travailleurs canadiens qui ont une couverture liée à l'emploi.[7] Un programme national d'assurance-médicaments pourrait permettre d'éliminer ou de réduire considérablement les coûts pour le secteur privé et libérer des fonds pour la

croissance économique. Un programme national d'assurance-médicaments est un programme de dépenses qui s'autofinance. Recommandation 2 : Travailler avec les provinces et les territoires à la conception d'un régime d'assurance-médicaments national fondé sur les principes de l'accès universel et équitable pour tous les Canadiens, de l'innocuité et de l'utilisation appropriée, et du contrôle des coûts pour veiller à la rentabilité et à la pérennité du régime, tel que le recommandait le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie dans son rapport de 2012 intitulé *Un changement transformateur s'impose : Un examen de l'Accord sur la santé de 2004*. Les deux premières recommandations susmentionnées, soit s'attaquer à la pauvreté et mettre sur pied un programme national d'assurance-médicaments, constituent des investissements initiaux qui offriront au bout du compte un rendement économique direct et substantiel. Pour aider le gouvernement à effectuer ces investissements et d'autres encore pour améliorer la santé de l'économie et de la société, la FCSI recommande que le gouvernement fédéral appuie la création et une taxe sur les opérations financières. Une taxe générale sur les opérations financières pourrait générer des milliards de dollars de revenu à l'échelle mondiale, possiblement jusqu'à 650 milliards de dollars[8], aider les gouvernements à réduire la pauvreté et améliorer la stabilité générale.[9] Un rapport indique qu'une petite taxe sur les opérations financières appliquée au Canada pourrait générer environ 3,5 milliards de dollars par année (en partant d'une réduction de 50 % de la négociation non productive et très fréquente).[10] Recommandation 3 : Travailler à l'adoption d'une taxe sur les opérations financières comme le proposent 74 % des Canadiens dans un récent sondage effectué par la Conférence internationale des syndicats.[11] Sources 1. Laurie, Nathan. (2008)) The Cost of Poverty : An Analysis of the Economic Cost of Poverty. Ontario Association of Food Banks. 2. Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées. (2010). Plan fédéral de réduction de la pauvreté : Travailler en partenariat afin de réduire la pauvreté au Canada. 3. Statistique Canada. (2004) Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé, 2002-2003; The Commonwealth Fund. (2007) International Health Policy Survey in Seven Countries. Auteur. 4. Demers, V. et al. (2008) Comparison of Provincial Prescription Drug Plans and the Impact on Patients' Annual Drug Expenditures, Journal de l'Association médicale canadienne : 178(4). 5. Gagnon, Marc-André (2010). The Economic Case for Universal Pharmacare. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives 6. Stevenson, Helen. (2011) An End to Blank Cheques : Getting More Value Out of Employer Drug Plans. The Reformulary Group. 7. Coalition canadienne de la santé (2008). Life Before Pharmacare. Centre canadien de politiques alternatives. 8. Schulmeister, Stephan. (2011). Implementation of a General Financial Transactions Tax. Austrian Institute of Economic Research. 9. Leading Group on Innovative Financing for Development. (2010). Globalizing Solidarity : The Case for Financial Levies. 10. Sanger, Toby. (2011). Fair Shares : How Banks, Brokers and the Financial Industry Can Pay Fairer Taxes. Centre canadien de politiques alternatives. 11. International Trade Union Confederation (2012). ITUC Global Poll 2012 — How Banks Can Contribute to Society. Auteur.

2. Création d'emplois

Les entreprises canadiennes étant aux prises avec les pressions qu'exercent sur elles des facteurs comme l'incertitude relative à la reprise économique aux États-Unis, à la crise de la dette souveraine en Europe et à la concurrence livrée par un certain nombre de pays développés et en développement, quelles mesures particulières devraient, selon vous, être prises pour promouvoir la création d'emplois au Canada, notamment celle qui est attribuable à l'accroissement du commerce intérieur et international?

Le secteur des soins de santé est un employeur important au Canada et fait face à une concurrence importante en matière de ressources humaines à l'échelle internationale. Il existe également une concurrence interne pour les travailleurs de la santé.[12] Depuis 2006, le nombre d'infirmières a augmenté de 9 %. Toutefois, le ratio d'infirmières par habitant n'est pas revenu à son niveau de

1990.[13] Il manque 11 000 infirmières autorisées ETP (équivalent temps plein), soit environ 16 500 personnes. Sans intervention, ce nombre passera à 60 000 ETP (environ 90 000 personnes) d'ici 2022.[14] Le coût de cette pénurie, uniquement en temps supplémentaire payé s'élève à 660,3 millions de dollars par année. La FCSI a répertorié trois façons dont le gouvernement fédéral peut aider les provinces et les territoires à stabiliser le nombre d'infirmières à un niveau permettant d'assurer une dotation sécuritaire pour les patients et pour les travailleurs : appuyer l'éducation et l'acquisition de compétences pour les travailleurs, recueillir et analyser des données et coordonner la planification. Le budget de 2012 consacré à l'éducation et à l'acquisition de compétences prévoyait la remise d'une partie des prêts d'études canadiens pour les nouveaux médecins de famille, les infirmières praticiennes et les infirmières qui travaillent dans des collectivités éloignées ou des collectivités rurales mal desservies. Même si cette initiative a du bon, elle ne va pas suffisamment loin. Nous encourageons le gouvernement fédéral à élargir ce programme aux travailleurs de la santé qui sont retournés à l'école pour améliorer leurs compétences. Par exemple, une travailleuse de la santé qui souhaite améliorer ses compétences afin de devenir une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) ou une IAA qui souhaite devenir une infirmière autorisée (IA) ou une IA qui veut devenir une infirmière praticienne pourraient toutes bénéficier de ce programme, étant donné que les coûts financiers représentent l'obstacle commun à l'amélioration des compétences. Des recherches sur les soins infirmiers démontrent qu'on associe un riche mélange de compétences à une amélioration des résultats pour les patients et à une diminution des coûts.[15] Par l'entremise du Plan d'action économique, des ententes relatives au marché du travail, des ententes de développement et du programme d'assurance-emploi, beaucoup d'efforts ont été déployés pour trouver de meilleures façons d'aider les gens à trouver et à conserver un emploi comme membres productifs de la population active. Dans le cadre des programmes actuels d'apprentissage, les apprentis sont payés par l'employeur pendant leur stage de formation pratique. Au cours de leur formation en classe, ils sont admissibles à des prestations régulières en vertu de la Partie I de la Loi sur l'assurance-emploi. Selon les priorités locales et régionales de la province ou du territoire, l'apprenti peut obtenir un soutien financier en vertu de la Partie II de la loi pour couvrir ses dépenses liées à sa formation en classe. Un mécanisme similaire faisant appel à une éducation modulaire et à une accréditation échelonnée permettrait aux étudiants en soins de santé de se joindre au milieu du travail à diverses étapes de leur formation. Cela serait particulièrement important pour amener les Canadiens autochtones et les travailleurs de la santé formés à l'étranger à mettre à niveau leurs compétences.[16] Recommandation 4 : Réduire le fardeau financier des travailleurs de la santé qui souhaitent améliorer leurs compétences en établissant un programme d'apprentissage par l'entremise de l'assurance-emploi et en élargissant les programmes de remise des prêts et des bourses d'études. Collecte et analyse de données. Nous avons un besoin urgent de données faciles à recueillir et à communiquer et comparables entre les secteurs et les administrations et faisant état du nombre d'infirmières par rapport à leur charge de travail, de l'éventail des effectifs et de l'acuité des besoins des patients. Plus précisément, il faut établir des indicateurs reliés au milieu de travail : taux de blessures et d'actes de violence, temps consacré aux soins (permettant de donner aux pourvoyeurs de soins plus de temps pour offrir des soins directs aux patients) et efforts déployés pour le retour au travail (après une blessure ou une maladie). Le gouvernement fédéral devrait appuyer l'élaboration de systèmes normalisés de renseignements sur les patients et de systèmes de collecte de données sur les effectifs afin de permettre une planification intégrée des effectifs, une analyse globale de la charge de travail des infirmières et des résultats pour les patients, ainsi qu'un partage des données entre les provinces. Recommandation 5 : Travailler avec les provinces et les territoires à l'élaboration et au déploiement d'indicateurs au niveau de la charge de travail des infirmières, y compris mener régulièrement une enquête nationale sur le travail et la santé des infirmières, comme l'initiative collective de 2005 de l'Institut canadien d'information sur la santé, de Santé Canada et de Statistique Canada. Coordination de la planification des ressources humaines en santé. Nous avons un besoin urgent de coordination à l'échelle pancanadienne. Le gouvernement

fédéral doit travailler avec les provinces et les territoires à l'amélioration de l'information sur le marché du travail. Dans le premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, on fait remarquer qu'une coordination pancanadienne s'impose dans les domaines des prévisions des effectifs partagés, des ensembles de données et de l'analyse et du partage de la capacité de formation. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers a élaboré une liste de contrôle pour renforcer les soins de santé au Canada. Notre première recommandation vise la nécessité de faire participer tous les intervenants pour atteindre les meilleurs résultats possible et nous demandons que les infirmières, les autres travailleurs de la santé, les patients, les résidents, les clients et leurs représentants travaillent activement avec les gouvernements à la planification et à la coordination des ressources humaines en santé et des initiatives visant à restructurer le système. Recommandation 6 : Élargir le mandat et la composition du Comité consultatif sur la prestation de soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) en matière de coordination de la collecte et de l'analyse des données, de partage de renseignements, de planification d'actions et de recherche de consensus. Sources. 12. Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. (2012). De l'innovation à l'action : Premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. Conseil de la Fédération. 13. Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Infirmières réglementées : Tendances canadiennes, 2006 à 2010. Auteur. 14. Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009). Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada. Ottawa : Auteur. 15. Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009). La valeur des infirmières. Fiche d'information. Ottawa : Auteur et Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). Nursing Staff Mix : A Literature Review. Ottawa : Auteur. 16. Conseil canadien de la santé (2005). Rapport sommaire d'une rencontre sur les ressources humaines en santé.

3. Changement démographique

Quelles mesures spécifiques le gouvernement fédéral devrait-il prendre, selon vous, pour aider le pays à faire face aux conséquences du vieillissement de la population canadienne et des pénuries de main-d'œuvre?

Le vieillissement de la population est parfois présenté comme une crise de financement et de politiques. Même si l'évolution des besoins qui découle de l'évolution de la démographie exige des interventions gouvernementales spécifiques, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers souhaite contester la notion que le vieillissement de la population représente un tsunami qui submergera le financement du gouvernement. Nos recommandations pour le dernier budget fédéral en matière de vieillissement de la population portaient sur une planification adéquate pour assurer la disponibilité de services publics adéquats, plutôt que de paniquer et d'appuyer davantage de services à but lucratif destinés aux personnes âgées. De nombreuses preuves démontrent que le financement à but lucratif et la prestation à but lucratif de soins aux personnes âgées entraînent une diminution de l'accès à ces services et de résultats pour les patients.[17] Il est essentiel de se rappeler qu'il y a une tendance soutenue au chapitre de l'amélioration de la santé fonctionnelle des personnes âgées, qui conteste les hypothèses en matière de dépendance.[18] Sept pour cent seulement des personnes âgées de 65 ans et plus au Canada vivent dans des établissements et 7 % uniquement de celles qui vivent dans des maisons privées ont besoin d'aide pour leurs tâches quotidiennes. En d'autres mots, 86 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus ne dépendent pas d'autres personnes en matière de soins. Dix-huit pour cent seulement vivent chez des enfants ou des petits-enfants comparativement à 60 % des personnes âgées de 20 à 24 ans.[19] La majorité des personnes qui dispensent des soins à des personnes âgées fragiles sont aussi des personnes âgées. En 2007, il y avait un million de pourvoyeurs de soins de plus de 65 ans.[20] Le vieillissement de la population n'est pas un élément de coût important au chapitre des dépenses consacrées aux soins de santé. Il représente uniquement 0,8 % de l'augmentation annuelle des dépenses au cours de la dernière décennie.[21] Ces statistiques soulignent le besoin

d'adopter une approche pancanadienne sobre pour ce qui est de vieillir en santé, de soutenir les pourvoyeurs de soins et d'offrir des services de répit, des soins à domicile, des soins communautaires et des soins palliatifs aux personnes qui ont besoin d'une aide supplémentaire. La mosaïque des programmes et des régimes publics à travers le pays entraîne des écarts importants en matière d'accès et de qualité des services pour les personnes âgées et de résultats pour la santé. Les investissements qui vont au-delà des soins actifs seront rentables pour les patients et pour les gouvernements. Chaque jour, 14 % en moyenne de tous les lits d'hôpitaux utilisés pour des soins actifs sont occupés par des patients dont on pourrait s'occuper en toute sécurité dans d'autres cadres.[22] Le manque d'investissements dans tous les services entraîne une surcapacité dans le secteur des soins actifs, comme le démontrent les délais d'attente inacceptables à l'urgence et la charge de travail des infirmières. Pour planifier l'évolution démographique, la FCSI endosse la recommandation suivante du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de 2009.[23] Recommandation 7 : Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux définissent et mettent en œuvre une stratégie sur les soins continus au Canada, dans le but d'intégrer aux systèmes de soins de santé, les soins à domicile, les soins de longue durée en établissement, les services de répit et les soins palliatifs. La stratégie fixerait des objectifs et des indicateurs explicites en ce qui a trait à l'accès, à la qualité et à l'intégration de ces services, et exigerait des gouvernements qu'ils rendent compte régulièrement des résultats aux Canadiens. Sources 17. Voir SCFP (2009). Notre vision pour de meilleurs soins aux personnes âgées. Auteur : Grignon, Michael et Nicole F. Bernier. (2012). IRPP Le financement des soins de longue durée au Canada; et Deber, Raisa, B. (2002) Delivering Health Care Services : Public, Not-For-Profit, or Private? Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 18. Jacobzone, Stéphane. (1999) Aging and Care for Frail Elderly Persons : An Overview of International Perspectives. OCDE, et Organisation mondiale de la santé. (2008). Demystifying the myths of aging. Danemark. Auteur. 19. Gilmour, H. et J. Park. (2005). Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées, Supplément, Volume 16, Statistique Canada. 20. Statistique Canada. (2006). Un portrait des aînés au Canada. Auteur. 21. Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : Les faits. Auteur. 22. Commission nationale d'experts. (2012) Un appel à l'action infirmière. Association des infirmières et infirmiers du Canada. 23. Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. (2009). Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser. Sénat.

4. Productivité

Compte tenu des difficultés que connaît le marché de l'emploi du fait, notamment, du vieillissement de la population et des efforts toujours consacrés aux mesures visant à accroître la compétitivité du pays, quelles initiatives fédérales particulières sont-elles nécessaires pour le renforcement de la productivité au Canada?

De nombreuses preuves démontrent que les investissements dans les services de garde d'enfants sans but lucratif permettent d'accroître la productivité et d'assurer le maintien en poste des travailleurs. Par exemple, dans la province de Québec, la présence d'un programme de garde d'enfants qui dessert environ la moitié des enfants du Québec de moins de cinq ans a permis à 70 000 femmes de plus ayant de jeunes enfants de se joindre au marché du travail, soit une augmentation de 3,8 % de l'ensemble des emplois occupés par des femmes. Les effets secondaires de cette augmentation ont rapporté 5,2 milliards de dollars de plus à l'économie de la province et fait augmenter de 1,7 % le PIB du Québec. De plus, l'incidence de l'augmentation du pouvoir d'achat des mères qui travaillent et des impôts qu'elles paient, jumelée à la réduction des transferts sociaux, signifie que pour chaque dollar que le Québec investit dans son régime de garde d'enfants, la province recouvre 1,05 \$ et Ottawa 44 cents — soit des revenus fédéraux supplémentaires de 700 millions de dollars.[24] Comme nous le mentionnions dans une réponse précédente, la garde d'enfants crée beaucoup d'emplois. Investir 1 million de dollars dans la garde d'enfants permet de créer près de 40 emplois, soit au moins 43 % de plus que l'industrie

qui vient au deuxième rang et quatre fois plus d'emplois que ceux qui sont générés par des dépenses de 1 million de dollars dans le domaine de la construction.[25] La création d'un programme national de garde d'enfants sans but lucratif devrait faire partie intégrante d'une stratégie nationale visant les fournisseurs de soins, en reconnaissance de l'augmentation de la génération sandwich, c'est-à-dire celle qui fournit à la fois des soins aux enfants et aux personnes âgées. Recommandation 8 : Réinvestir les prestations universelles pour la garde d'enfants pour établir un programme national d'apprentissage et de garde d'enfants sans but lucratif. Les maladies chroniques sont en hausse au Canada, y compris les maladies mentales. Cinq cent mille personnes ne travaillent pas tous les jours en raison d'une maladie mentale et ces dernières coûtent à l'économie canadienne 51 milliards de dollars par année.[26] On estime que les maladies chroniques coûtent au Canada 190 milliards de dollars par année.[27] Pour relever ces défis en matière de santé et de productivité, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers appuie l'appel de la Commission nationale d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada visant à être parmi les cinq premières nations en ce qui a trait à cinq résultats clés pour la santé. Recommandation 9 : Travailler avec tous les ordres de gouvernement pour financer et mettre en œuvre la Stratégie sur la santé mentale au Canada de la Commission de la santé mentale. Recommandation 10 : Travailler avec tous les ordres de gouvernement pour offrir à tous des soins de santé primaires, notamment en mettant en œuvre la recommandation du Comité du Sénat que le gouvernement fédéral établisse un fonds d'innovation en santé pour répertorier et adopter des modèles novateurs et des pratiques exemplaires en matière de prestation de soins de santé, ainsi que la diffusion de ces exemples au sein du système de santé. Il a également été démontré qu'un milieu de travail sain permet d'améliorer la productivité en réduisant l'absentéisme, et en améliorant le maintien en poste, le recrutement et le rendement général des organisations.[28] Recommandation 11 : Pour améliorer la productivité au travail, le gouvernement fédéral doit assumer un leadership stratégique et élaborer des politiques, créer un nouveau savoir et le diffuser, établir des partenariats et favoriser des milieux de travail sains. Sources 24. Pierre Fortin, Luc Godbout et Suzy St-Cerny. (2011). Economic Consequences of Quebec's Educational Childcare Policy. Présentation en Powerpoint de Early Years Economics Forum, Toronto. 25. Fairholm, R. (2009). Comprendre la pénurie de main-d'œuvre dans le SEGE et y faire face. Ottawa : Conseil sectoriel des ressources humaines des services de garde à l'enfance. 26. Dewa, S. Carolyn, et al. (2010) « Examining the Comparative Incidence and Costs of Physical and Mental Health-Related Disabilities in an Employed Population », Journal for Occupational and Environmental Medicine. Volume 52, Numéro 7. 27. Agence de la santé publique du Canada. (2011). Document d'information : Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles 2011 : Les maladies chroniques : Principale cause de décès au monde. Auteur. 28. Lowe, Graham S. (2003). Milieux de travail sains et productivité : Un document de travail. Santé Canada.

5. Autres défis

On sait que des particuliers, des entreprises et des communautés éprouvent des difficultés actuellement au Canada. Quels sont, selon vous, ceux qui éprouvent le plus de difficultés, quelles sont ces difficultés et quelles mesures fédérales sont-elles nécessaires pour remédier à ces difficultés?

Il est incontestable que les Premières nations, les Inuits et les Métis doivent relever d'importants défis, comme le démontre le fossé profond en matière de santé entre les Canadiens autochtones et non autochtones. • L'espérance de vie des hommes des Premières nations est inférieure de 7,4 années comparativement aux autres hommes canadiens et l'espérance de vie des femmes des Premières nations est inférieure de 5,2 années à celle des autres femmes canadiennes.[29] Chez les hommes et les femmes inuits, l'écart est encore plus grand, soit 15 années.[30] • Le taux de mortalité infantile des Premières nations est de 6,4 par 1 000 naissances vivantes, une fois et demie celui des autres Canadiennes. Le taux de mortalité infantile chez les Inuits du Nunavik est de 24,9 par 1 000 naissances

vivantes.[31] • Les Premières nations ont un fardeau disproportionné de maladies infectieuses avec des taux 20 fois plus élevés pour la tuberculose,[32] cinq fois plus élevés pour l'hépatite A et sept fois plus élevés pour la chlamydia.[33] Le taux de tuberculose chez les Inuits est 90 fois plus élevé et celui pour la chlamydia 17 fois plus élevé au Nunavut que dans le reste du Canada.[34] • Un adulte sur trois des Premières nations âgés de 50 à 59 ans souffre de diabète, et la fréquence du diabète chez les adultes des Premières nations est quatre fois plus élevée que la moyenne canadienne, et près de 90 % des personnes atteintes signalent des conséquences négatives comme des problèmes de vision, de reins, de cœur, de mains et de pieds.[35] La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers appuie la demande de l'Assemblée des Premières Nations visant de nouveaux investissements dans le Programme des services de santé non assurés pour prendre en compte la croissance de la population et une clause d'indexation pour tenir compte de l'inflation, et des changements en matière d'utilisation des services de santé et d'état de santé.[36] Recommandation 12 : Assurer la viabilité du Programme des services de santé non assurés et prévoir une clause d'indexation pour prendre en compte l'inflation et les coûts réels de l'augmentation de la population. Les changements démographiques mentionnés dans la première partie de ce mémoire diffèrent de façon importante lorsque l'on isole les populations de Premières nations, des Inuits et des Métis. La population autochtone augmente près de six fois plus vite que la population non autochtone.[37] Le cinquième de la population des Premières nations est composé de personnes de 19 ans ou moins, soit le double de la moyenne canadienne.[38] Les représentants des Premières nations, des Inuits et des Métis sont les futurs travailleurs du Canada. Des études démontrent que si nous comblons le fossé en matière d'emploi et d'éducation qui existe entre les Premières nations et les autres Canadiens, les travailleurs des Premières nations ajouteront 400 milliards de dollars au PIB du Canada d'ici 2026 et le Canada épargnera 115 milliards de dollars en dépenses gouvernementales. Les Canadiens des Premières nations, des Inuits et des Métis sont largement sous-représentés dans le domaine des soins infirmiers. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle dans le recensement et l'élimination des obstacles qui peuvent empêcher les travailleurs autochtones d'obtenir et de conserver des emplois dans le domaine des soins infirmiers.

Recommandation 13 : Élargir des initiatives comme celle sur la participation des Autochtones au marché du travail afin d'appuyer le recrutement et le maintien en poste d'infirmières des Premières nations, des Métis et des Inuits. Recommandation 14 : Mettre en œuvre les recommandations du rapport final du Panel national sur l'éducation primaire et secondaire des Premières nations et augmenter le financement des études postsecondaires pour les Premières nations, les Inuits et les Métis.

29. Santé Canada. (2003). Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'année 2000. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

30. Inuit Tapiriit Kanatami. (2009). Correspondance.

31. Santé Canada. (2004). Health Sectoral Session Background Paper. Auteur.

32. Long, R. et Ellis, E. (Ed.). (2007). Normes canadiennes pour la lutte anti-tuberculeuse (Sixième édition). Agence de la santé publique du Canada et Association pulmonaire du Canada.

33. Gideon, V. (2005). First Nations Health : the Landscape. Présentation en PowerPoint présentée dans le cadre d'un déjeuner de la FCSI, le 10 mai 2005. Assemblée des Premières Nations.

34. Inuit Tapiriit Kanatami. (2009). Correspondance.

35. Centre de gouvernance de l'information des Premières nations (2010) Synopsis. Auteur.

36. Assemblée des Premières nations (2011). Structural Transformation & Critical Investments in First Nations on the Path to Shared Prosperity Pre-Budget Submission. Auteur.

37. Statistique Canada. (2008). Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006. Auteur.

38. Centre de gouvernance de l'information des Premières nations (2010). Synopsis. Auteur.

39. Atleo, Shawn. (2012). Notes d'allocution, Chambre de commerce de Calgary. Assemblée des Premières nations.