



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 021 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 8 avril 2014

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le mardi 8 avril 2014

•(0845)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Mesdames et messieurs, bonjour. Nous allons poursuivre notre étude en ce beau matin pluvieux, ce qui est mieux que de la neige.

Après avoir entendu nos témoins, nous aurons de 10 à 15 minutes à la fin de la réunion pour discuter à huis clos des travaux du comité. Nous allons leur demander de sortir à ce moment-là. Nous allons probablement terminer 15 minutes plus tôt pour avoir 10 minutes à consacrer à cela.

Nous avons d'excellents témoins aujourd'hui.

Nous accueillons Judy Morrow et Debbi Templeton de la Canadian Association of Practical Nurse Educators. Partagez votre temps comme bon vous semble.

Pour que tout le monde sache à quoi s'en tenir, vous avez à peu près 10 minutes pour faire votre déclaration. Vous pouvez poser des questions à n'importe quel moment.

Mme Judy Morrow (membre du conseil d'administration, Canadian Association of Practical Nurse Educators): Monsieur le président, chers membres du comité, bonjour.

Je m'appelle Judy Morrow et je suis gestionnaire du programme provincial de formation pratique en sciences infirmières de la Nouvelle-Écosse. Je suis accompagnée de Debbi Templeton, coordonnatrice du Programme de la santé de la commission scolaire New Frontiers à Ormstown, au Québec. Ce matin, nous représentons la Canadian Association of Practical Nurse Educators, ou la CAPNE.

J'aimerais remercier le comité de nous donner l'occasion...

M. Terence Young (Oakville, PCC): J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Excusez-moi, madame Morrow. Je vous demande pardon.

Le président: Oui, monsieur Young.

M. Terence Young: Je demande le consentement unanime pour obtenir les déclarations des témoins d'aujourd'hui. Je me suis rendu compte qu'elles sont seulement disponibles en anglais, et ce n'est la faute de personne, mais nous pourrions sans aucun doute profiter davantage de la séance si nous les avions.

Le président: Y a-t-il consentement unanime?

Une voix: Non.

Le président: Bien.

Je suis désolé, monsieur Young.

Veuillez poursuivre, madame Morrow.

Mme Judy Morrow: J'aimerais remercier le comité de nous donner l'occasion ce matin de faire des observations et de donner notre avis au nom de la Canadian Association of Practical Nurse Educators.

La Canadian Association of Practical Nurse Educators, ou la CAPNE, a été créée en 2000. La première réunion a eu lieu au Manitoba entre des formateurs en soins infirmiers et des représentants d'organismes de réglementation de chaque province et territoire, à l'exception du Québec.

La CAPNE est la porte-parole nationale pour ce qui est de la formation pratique en sciences infirmières au Canada, et l'ensemble des provinces et des territoires sont représentés à son conseil d'administration. La CAPNE vise entre autres à soutenir et à améliorer la qualité, l'efficacité et la cohérence de la formation pratique offerte d'un bout à l'autre du Canada.

Pour appuyer nos objectifs stratégiques, un congrès national des éducateurs est organisé chaque année dans une province différente. Ces congrès connaissent beaucoup de succès et réunissent en moyenne 120 participants de partout au Canada, qui nous ont donné de très bons commentaires. C'est l'occasion pour les formateurs en soins infirmiers auxiliaires de se réunir, de collaborer, de mettre en commun leurs pratiques exemplaires et d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la formation pratique en sciences infirmières offerte au pays, en plus d'apprendre et de mieux comprendre le rôle des infirmières autorisées, ou des infirmières auxiliaires autorisées, comme on les appelle dans certaines provinces.

Au fil des ans, des thèmes communs ont été définis comme des problèmes, ou des obstacles, par les formateurs en soins infirmiers auxiliaires de partout au Canada. Je vais maintenant en aborder quelques-uns.

Le premier est la difficulté d'obtenir des installations adéquates de formation clinique dans lesquelles les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées peuvent exercer l'ensemble de leurs fonctions, notamment en ce qui a trait à la santé mentale et à la santé maternelle et infantile dans certaines provinces et certains territoires.

Deuxièmement, en raison de la concurrence accrue dans les cliniques, on a établi que la simulation est un moyen d'acquérir de l'expérience, mais ce n'est pas tout le monde qui a accès à de bons laboratoires de simulation ou à du bon équipement compte tenu des coûts d'installation et d'entretien. Dans des régions plus éloignées du pays, les laboratoires sont difficilement accessibles, et c'est parfois perçu comme un obstacle.

Le troisième problème est la difficulté de trouver des formateurs cliniciens. Il s'agit de postes à temps partiel, et les infirmiers qualifiés ne sont pas intéressés par un emploi occasionnel de courte durée.

Nous avons ensuite soulevé la question de la clarté du rôle des infirmiers, dont la capacité à exercer pleinement leur profession peut varier d'un endroit à l'autre, d'une province à l'autre. Bien souvent, le personnel des services de santé ne comprend pas parfaitement le rôle des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées, car il dépend parfois grandement du milieu de travail.

Par exemple, la Loi sur les infirmières et infirmiers de l'Ontario définit dans la même phrase le champ d'application des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées, ce qui revient à dire qu'il s'agit d'une même profession avec deux catégories. Pour cette raison, certains soutiennent que la définition du champ d'application de la profession en Ontario est la même, ce qui est techniquement le cas. Il peut y avoir un malentendu à partir du moment où le « champ d'application » est défini et utilisé de deux façons différentes, et nous pensons qu'il serait utile que la terminologie soit plus claire et uniformisée à l'échelle nationale.

Le rôle des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées est parfois imprécis en raison des nombreuses différences provinciales, et celui des travailleurs de la santé non réglementés l'est peut-être davantage. Il peut en découler beaucoup de confusion à l'échelle nationale chaque fois que nous parlons de la délégation de responsabilités des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées à des travailleurs non réglementés.

Voici certains aspects considérés comme importants pour l'avenir de la formation pratique en sciences infirmières. Premièrement, il faut faciliter l'accès à de la formation axée sur la collaboration, en créant par exemple des équipes d'apprenants de diverses disciplines pour les faire travailler ensemble dans leurs rôles et leurs champs d'activités respectifs afin qu'ils aient une expérience clinique et atteignent de manière satisfaisante leurs objectifs d'apprentissage. Deuxièmement, il faut examiner la possibilité pour les étudiants ou les facultés de faire des échanges entre provinces ou avec d'autres régions du Canada pour qu'ils aient une meilleure idée de la profession à l'échelle nationale. Troisièmement, il faut continuellement offrir des débouchés internationaux aux étudiants en sciences infirmières pour qu'ils collaborent entre eux, développent leurs compétences sur le plan culturel et apprennent de première main les normes de santé, le rôle de l'équipe de soignants et les problèmes qui touchent les populations de l'extérieur du Canada.

● (0850)

Il est également très important de continuer de soutenir la transition vers le système canadien des infirmières et des infirmiers formés à l'étranger, et c'est d'ailleurs depuis un certain temps un point qui figure toujours à l'ordre du jour de notre conseil d'administration. Cela présente de nombreux avantages. Je pense que nous savons tous qu'il y aura probablement une pénurie d'infirmières. Il n'y en a pas eu dans la mesure où nous l'avons prévu il y a un certain temps, mais c'est inévitable compte tenu de l'âge actuel des infirmières.

À titre d'exemple, les données sur la Nouvelle-Écosse dans le rapport intitulé « Les infirmières et les infirmiers réglementés 2012 » de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent une baisse de 1,5 % de 2011 à 2012 du nombre d'infirmières auxiliaires autorisées, dont l'âge moyen dans la province est de 45 ans. Les infirmières auxiliaires autorisées ont le même âge que les infirmières autorisées, et elles pourraient être nombreuses à prendre leur retraite dans les prochaines années. En plus de répondre à un besoin criant, les infirmières et les infirmiers instruits et expérimentés qui viennent de l'étranger aident à accroître la diversité culturelle de notre système de santé, et ils y jouent un rôle de plus en plus important à mesure que notre population vieillit.

Au Québec, on a attiré notre attention sur le fait que toutes les infirmières et tous les infirmiers formés à l'étranger doivent non seulement maîtriser l'anglais, ce qui va de soi, comme dans les autres provinces, mais également le français. En vertu de la loi actuelle, les finissants d'un programme de soins infirmiers doivent obtenir un permis dans la province où ils ont étudié avant de pouvoir en obtenir un dans une autre province. Ils ne peuvent pas obtenir de permis sans réussir l'examen de français, et il est donc impossible pour eux de se tourner vers une autre province. Ce critère supplémentaire peut sans aucun doute nuire au succès d'une infirmière ou d'un infirmier formé à l'étranger.

En guise de conclusion, au sujet des infirmières et des infirmiers formés à l'étranger, j'aimerais vous parler d'une pratique exemplaire de ma province, la Nouvelle-Écosse. Au cours des quatre dernières années, le College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia, les CLPNNS, en partenariat avec le Collège communautaire de la Nouvelle-Écosse et grâce au financement de l'Office de l'immigration de la Nouvelle-Écosse, a élaboré et mis en oeuvre un programme destiné aux infirmières et aux infirmiers formés à l'étranger qui s'appelle le Pathway to Success. Ce programme s'appuie sur la formation et l'expérience des infirmières formées à l'étranger pour accorder le titre d'infirmière ou d'infirmier autorisé et offrir un emploi en Nouvelle-Écosse.

Depuis 2010, le CLPNNS a donné le titre d'infirmière ou d'infirmier autorisé en Nouvelle-Écosse à 113 personnes formées à l'étranger, et environ 90 % d'entre elles sont actuellement employées dans la province. En mars, le projet Pathway to Success a reçu le prix de l'innovation de 2014 du Réseau des qualifications internationales, le RQI, lors d'une cérémonie à Ottawa. Nous avons actuellement le financement nécessaire pour poursuivre le projet jusqu'à la fin juin, et nous sommes impatients d'ici là de voir peut-être jusqu'à 20 infirmières ou infirmiers formés à l'étranger répondre aux exigences en matière de formation.

Merci beaucoup du temps que vous m'avez accordé ce matin.

● (0855)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre Barbara Mildon et Josette Roussel de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Allez-y, vous avez 10 minutes.

Dre Barbara Mildon (présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Je vous remercie d'avoir invité l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada à participer aux délibérations d'aujourd'hui.

Je m'appelle Barb Mildon, et je suis présidente de l'AIIC. Je suis heureuse d'être accompagnée par Josette Roussel, une infirmière-conseil principale à l'AIIC. Je suis une infirmière spécialiste de la santé communautaire diplômée et, pendant des dizaines d'années, j'ai occupé des postes de clinicienne et de gestionnaire en Colombie-Britannique comme en Ontario. J'assume actuellement le rôle de vice-présidente de l'exercice professionnel, des ressources humaines et de la recherche ainsi que d'infirmière en chef au Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences de Whitby, en Ontario.

L'AIC est le porte-parole professionnel national des infirmières et infirmiers autorisés du Canada. L'association appuie les infirmières et infirmiers autorisés dans l'exercice de leur profession et plaide en faveur de politiques publiques saines et d'un système de soins de santé de qualité, financé par le secteur public et sans but lucratif. En tant que fédération des associations et des ordres d'infirmières et infirmiers des 11 provinces et territoires, l'AIC représente plus de 150 000 infirmières et infirmiers autorisés et praticiens des quatre coins du pays.

Aujourd'hui, nous allons vous communiquer quelques renseignements à propos des infirmières et infirmiers autorisés du Canada, vous donner un aperçu des facteurs qui ont une incidence sur le champ d'activité des infirmières et infirmiers du Canada, et vous présenter un exemple de pratiques exemplaires et trois recommandations relatives à la façon dont le gouvernement fédéral pourrait appuyer les efforts déployés pour optimiser les rôles des infirmières et infirmiers en présentant des mesures législatives et en agissant à titre d'employeurs d'infirmières et infirmiers.

Au Canada, il y a trois professions réglementées d'infirmières et infirmiers: les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés. Trois groupes nationaux soutiennent activement la profession d'infirmière et infirmier autorisé: l'AIC, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés, est leur porte-parole professionnel, le Canadian College of Registered Nurse Regulators est leur porte-parole en matière de réglementation et de permis, et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers fait valoir les préoccupations socioéconomiques des infirmières et infirmiers du Canada.

Les infirmières et infirmiers autorisés représentent la plus importante profession réglementée du Canada. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, 356 422 infirmières et infirmiers réglementés travaillaient au Canada en 2012. Ce groupe était composé de 292 883 IA, de 99 935 infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés qui, comme mes collègues vous l'ont déjà expliqué portent le titre anglais de « *registered practical nurse* » en Ontario, et 5 528 infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés qui existent uniquement dans les quatre provinces de l'Ouest et au Yukon. Plus de 4 000 infirmières et infirmiers praticiens travaillent dans l'ensemble du pays. En ce qui concerne les infirmières et infirmiers autorisés, 60 % d'entre eux travaillent dans des établissements de soins actifs, 15 % prodiguent des soins de santé communautaires et près de 10 % travaillent dans des établissements qui dispensent des soins de longue durée.

Par « champ d'activité » l'AIC entend les activités que les infirmières et infirmiers autorisés sont formés et autorisés à exercer, tel que c'est énoncé dans les lois ainsi que dans les normes, les lignes directrices et les politiques des organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des infirmières et infirmiers.

Le champ d'activité des infirmières et infirmiers est circonscrit par quatre mécanismes de contrôle précis. Premièrement, les mesures législatives des gouvernements provinciaux et territoriaux établissent le champ d'activité général des infirmières et infirmiers. Deuxièmement, les associations et les ordres d'infirmières et infirmiers définissent les exigences en matière d'éducation, les normes de pratique et les exigences en matière de compétence continue. Troisièmement, chaque infirmière ou infirmier évalue sa propre capacité d'exercer une activité dans les limites de son champ d'activité. Enfin, les infirmières et infirmiers exercent leur profession à l'intérieur d'un cadre défini notamment par les exigences de

l'employeur et les besoins des patients et des clients, qui sont, bien entendu, au centre des préoccupations des infirmières et infirmiers.

Au Canada, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent aussi en oeuvre des lois et des règlements qui accroissent le nombre de gestes que les infirmières et infirmiers sont autorisés à poser. Tous ces facteurs influent sur le champ d'activité des IA. Par exemple, la loi fédérale réglementant certaines drogues et autres substances décrit les médicaments que sont autorisés à administrer les IA et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Certaines lois et certains règlements provinciaux et territoriaux permettent aux IA de constater le décès d'un patient dans un établissement de soins de longue durée.

Pour obtenir un exemple de pratique exemplaire qui illustre les limites du champ d'activité des infirmières et infirmiers, on peut examiner l'article 6 du Nurses (Registered) and Nurse Practitioners Regulation de la Colombie-Britannique qui indique que les infirmières et infirmiers peuvent soigner une blessure sans en avoir reçu l'ordre.

- (0900)

En Colombie-Britannique, cela signifie que des infirmières ou infirmiers peuvent nettoyer, irriguer, sonder, débrider, tamponner et panser des blessures. Cependant, de nombreuses provinces ou territoires ne les autorisent pas à agir de manière autonome à cet égard, et les IA doivent toujours attendre l'ordre d'un médecin avant d'entreprendre cette activité. Même si la Colombie-Britannique dispose d'un règlement défini et détaillé qui régit les activités autonomes que peuvent entreprendre les IA, certains employeurs de la Colombie-Britannique peuvent ne pas les autoriser à exercer ces activités, ce qui représente un autre obstacle à surmonter pour que les IA puissent exercer pleinement leur profession.

L'AIC croit qu'il est dans l'intérêt du public que la pratique infirmière soit sécuritaire, et que le déploiement et le maintien en poste des infirmières ou infirmiers autorisés est plus optimal lorsque les gouvernements provinciaux et territoriaux et leurs organismes de réglementation des soins infirmiers adoptent un cadre réglementaire détaillé qui tient compte de la réalité de la profession d'IA, qui définit clairement les responsabilités et qui prévoit des mécanismes pour rendre compte du champ d'activités exercées par des infirmières ou infirmiers compétents.

Ma collègue du CCRNR parlera directement de cette facette et des importants travaux qui sont en cours pour mettre à jour le cadre de réglementation des soins infirmiers et pour appuyer finalement l'harmonisation des règlements à l'échelle nationale. Ma collègue de la Canadian Association of Schools of Nursing fournira des détails semblables à propos de l'éducation des IA.

L'AIC préconise que votre comité recommande au gouvernement fédéral de créer une table de négociation fédérale, provinciale et territoriale pour appuyer l'harmonisation des mesures législatives qui prévoient des champs d'activité différents. À cette table, les législateurs des provinces et des territoires, les organismes de réglementation des IA, les éducateurs et les employeurs pourraient parvenir à un consensus sur la façon de rajuster les lois, les cadres de réglementation des professions et les normes de pratique afin que le champ d'activité des IA soit uniforme et optimal partout au Canada.

Ainsi les IA qui sont au sommet de leur profession pourront être utilisés à meilleur escient en vue de favoriser la rentabilité et l'accessibilité des soins dans toutes les régions du Canada, ce qui accroîtra aussi la mobilité et le maintien en poste des infirmières et infirmiers dans l'ensemble de notre pays.

Nous considérons que cette recommandation s'appuie sur les occasions passées où nous avons collaboré avec succès avec Santé Canada et des tables de négociation fédérales, provinciales et territoriales, en particulier dans le cadre de la rédaction, en 2006, du rapport sur la Canadian Nurse Practitioner Initiative, rapport qui, entre autres choses, a permis de déceler les règlements qui empêchent les infirmières et infirmiers praticiens d'exercer pleinement les fonctions liées à leur champ d'activité, dont le règlement dont ils ont besoin pour être en mesure de prescrire de façon autonome des médicaments et d'autres substances.

Bien que le gouvernement fédéral ait promulgué ce règlement en 2012, moins de la moitié des provinces et des territoires du Canada ont mis en oeuvre ces changements qui sont les bienvenus. En conséquence, nous recommandons que le comité s'assure que tous les travaux de collaboration ayant pour effet d'élargir le champ d'activité des infirmières et infirmiers comprennent l'élaboration d'une stratégie d'harmonisation.

Notre recommandation donne aussi au gouvernement fédéral l'occasion d'optimiser le champ d'activité des IA, en tant que cinquième employeur d'infirmières et infirmiers autorisés en importance au Canada. Comme le comité l'a entendu dire, les IA apportent un soutien aux soins et aux programmes offerts par Santé Canada, les Services correctionnels, les Forces canadiennes, Citoyenneté et Immigration, Emploi et Développement social et Anciens Combattants.

Si les qualifications des IA étaient reconnues uniformément, la mobilité des infirmières et infirmiers qui travaillent au gouvernement fédéral s'en trouverait accrue. Cela faciliterait la dotation des postes fédéraux vacants et contribuerait surtout à améliorer l'état de préparation durant une pandémie et d'autres crises de santé publique. Le travail d'harmonisation qu'accomplissent en ce moment nos collègues responsables de la réglementation ne peut qu'être grandement renforcé par la création d'une table de négociation fédérale, provinciale et territoriale consacrée à la mise en oeuvre de mesures d'harmonisation.

Cela m'amène à parler de la deuxième recommandation de l'AIC qui demande que le gouvernement fédéral prenne des mesures pour optimiser le champ d'activité des infirmières et infirmiers, notamment en s'attaquant aux derniers obstacles à la mise en oeuvre du rôle des infirmières et infirmiers praticiens.

Premièrement, les IP devraient être ajoutés à la liste des professionnels exemptés de l'article 14 de la Loi sur les aliments et drogues. Cela leur permettrait de distribuer des échantillons de produits pharmaceutiques qu'ils sont déjà préparés et autorisés à prescrire aux patients. Cette exemption est un exemple concret d'une situation où une loi doit être modifiée pour ne pas accuser de retard par rapport aux changements fondés sur des données probantes qui sont apportés au champ d'activité des infirmières et infirmiers.

• (0905)

Deuxièmement, les IP devraient être reconnus comme des professionnels de la santé autorisés à signer des formulaires de demande liés à des programmes administrés par le gouvernement fédéral, comme le certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées, la demande de prestations d'invalidité du RPC, la demande de prestations d'assurance-emploi et la demande de prestations en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique.

Bon nombre de provinces ou de territoires ont adopté des amendements corrélatifs aux lois provinciales ou territoriales afin d'autoriser les IP à évaluer et signer divers formulaires. Nous recommandons donc que le gouvernement fédéral examine les

politiques en vigueur qui exigent la signature de médecins pour déterminer si des IP ont les connaissances et les compétences requises pour faire partie des signataires autorisés. L'élimination de cette condition permettra à un plus grand nombre de Canadiens de se prévaloir rapidement de prestations ayant une incidence sur leur santé.

En ce qui concerne la troisième partie de l'étude menée par le comité, l'AIC recommande qu'à titre d'employeur, le gouvernement fédéral appuie la formation et l'éducation permanente de ses infirmières et infirmiers. L'AIC offre des examens d'accréditation nationale dans 20 spécialités infirmières que les IA peuvent passer. Ces titres de compétences démontrent que les IA sont qualifiés et compétents dans plusieurs domaines de soins infirmiers. En appuyant ces titres de compétences et en faisant leur promotion à titre d'employeur, le gouvernement fédéral soutient une pratique exemplaire en matière de formation des IA.

Mes dernières observations sont liées au rôle de la profession d'infirmière et infirmier autorisé au Canada. J'espère qu'elles vous aideront à examiner la pratique interprofessionnelle.

La profession d'infirmière et infirmier, en particulier dans les milieux où des soins actifs sont prodigués, a un caractère universel, en ce sens que les infirmières ou infirmiers sont affectés à des populations complètes de patients. Bien que la santé de certains membres de ces populations puisse aussi être confiée aux soins de spécialistes comportementaux ou de physiothérapeutes, par exemple, pour appuyer leur rétablissement, ces décisions sont prises au cas par cas. Les infirmières et infirmiers sont les professionnels responsables des soins que reçoivent les patients 24 heures par jour. Leur participation aux soins est constante. Les principes de dotation sûre et d'établissement d'équipes efficaces exigent que chaque membre des équipes comprenne le rôle et le champ d'activité des autres membres de son équipe et que ses soins soient constamment axés sur les besoins des patients.

Nous vous savons gré d'examiner nos recommandations, et nous nous réjouissons à la perspective de répondre à vos questions.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

La prochaine intervenante est Mme Cynthia Baker, qui représente l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières.

Allez-y, madame.

Dre Cynthia Baker (directrice exécutive, Canadian Association of Schools of Nursing): Bonjour. Je m'appelle Cynthia Baker, et je suis directrice exécutive de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières.

L'ACESI — ou la CASN en anglais — est le porte-étendard national de la formation en soins infirmiers. Au nom de l'ACESI, j'aimerais remercier le Comité permanent de la santé de nous avoir invités aujourd'hui à discuter de l'étude très importante et opportune qu'il mène.

[Français]

Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de présenter nos perspectives à ce sujet.

[Traduction]

Premièrement, je vais commencer par vous fournir quelques renseignements sur l'ACESI. Deuxièmement, j'aimerais jeter rapidement un coup d'oeil à ma boule de cristal et vous communiquer certains des problèmes liés aux soins de santé que nous voyons poindre à l'horizon — eh bien, en fait, nous les voyons poindre au prochain tournant. Nous croyons qu'ils auront d'importantes répercussions sur les champs d'activité, la collaboration des équipes de santé et la formation en soins infirmiers. Je conclurai mon exposé en abordant un domaine dans lequel nous voyons le gouvernement fédéral jouer un rôle essentiel.

Premièrement, l'ACESI est un organisme national bilingue regroupant 91 écoles canadiennes de sciences infirmières qui offrent des programmes de 1^{er} cycle ou de cycles supérieurs de sciences infirmières. Son mandat consiste à promouvoir à l'échelle nationale une formation en soins infirmiers de grande qualité.

À l'heure actuelle, 53 184 étudiants fréquentent nos écoles membres, dont 48 962 suivent des programmes de 1^{er} cycle, 2 776, des programmes de maîtrise, 999, des programmes d'infirmières et infirmiers praticiens, et 447 des programmes de doctorat. Le Canada compte actuellement 8 192 facultés de sciences infirmières.

● (0910)

[Français]

J'aimerais signaler que nous avons l'engagement et la participation très active de nos membres au Québec ainsi que celui des écoles de sciences infirmières francophones hors Québec, c'est-à-dire au Nouveau-Brunswick, en Ontario et en Alberta.

[Traduction]

Notre association englobe aussi des écoles membres situées dans des régions rurales ou éloignées du Canada, comme le Collège Aurora des Territoires du Nord-Ouest et le Collège de l'Arctique du Nunavut. Bon nombre d'écoles de sciences infirmières ont pris des mesures spéciales pour veiller à ce que les collectivités autochtones aient accès à leurs programmes, et l'ACESI travaille étroitement avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada afin d'accroître le recrutement et le maintien d'étudiants autochtones dans des programmes de sciences infirmières.

Que fait l'ACESI? Dans le cadre de son mandat, l'ACESI fait fonction d'organisme national d'accréditation des baccalauréats en sciences infirmières. Nous avons conclu des protocoles d'entente avec un certain nombre d'ordres professionnels. Ces protocoles d'entente permettent d'établir un lien entre les processus provinciaux d'approbation réglementaire et les normes d'éducation pancanadiennes. L'accréditation est essentielle pour garantir l'existence de normes d'éducation pancanadiennes.

J'aimerais profiter de cette occasion pour signaler le fait que la formation canadienne en soins infirmiers est largement saluée à l'échelle internationale. Un grand nombre de personnes la considèrent en fait comme la meilleure du monde. À l'heure actuelle, l'ACESI aide les gouvernements du Bangladesh

[Français]

ainsi qu'en Haïti,

[Traduction]

à utiliser l'accréditation et l'évaluation des programmes d'études pour améliorer la qualité de leurs programmes respectifs de sciences infirmières.

Nous mettons au point des lignes directrices, des cadres et des ressources en matière d'éducation dans le but de favoriser une

formation en soins infirmiers de grande qualité partout au Canada. Par exemple, nous disposons de principes directeurs et de composantes essentielles pour les programmes destinés aux infirmières et infirmiers praticiens ainsi que pour les programmes de préparation à l'emploi destinés aux infirmières et infirmiers formés à l'étranger.

D'autres initiatives ciblent des domaines de soins de santé dont les programmes d'études ont besoin d'être mis davantage en évidence, telle que la collaboration interprofessionnelle. De plus, avec l'aide de Santé Canada, nous développons à l'échelle nationale des compétences en matière d'enseignement et de ressources d'apprentissage afin de développer les capacités des facultés dans le domaine de l'enseignement des soins palliatifs et des soins en fin de vie. De même, nous développons des compétences et des trousseaux d'outils d'enseignement afin d'aider les facultés à préparer leurs étudiants en sciences infirmières à prodiguer des soins dans des milieux technohabilités.

Notre méthodologie garantit que les cadres de travail sont bien élaborés, mais ce qui importe encore plus, selon moi, c'est le fait que notre processus pancanadien permet d'apporter des changements aux programmes d'études visés en faisant participer nos membres,

[Français]

y compris nos membres francophones,

[Traduction]

en obtenant un consensus à l'échelle nationale et en créant l'élan requis pour modifier la formation en soins infirmiers.

À titre d'organisation nationale travaillant dans le domaine de l'enseignement en soins infirmiers, nous trouvons souvent la situation difficile, car l'éducation et la santé relèvent en large partie des provinces et des territoires. La CASN a toutefois constaté à maintes reprises qu'il importe d'harmoniser l'enseignement en soins infirmiers. Une infirmière ou un infirmier formé à l'Université d'Alberta trouvera peut-être du travail dans le Nord de la Colombie-Britannique, dans les régions rurales de l'Alberta ou au centre-ville de Toronto. Les exigences relatives aux soins infirmiers diffèrent d'un environnement à l'autre, mais nos infirmières et infirmiers diplômés devraient être préparés pour tous ces milieux. La CASN considère que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer sur les plans du champ de pratique, de la formation des compétences et de l'élaboration du programme d'étude destiné aux professionnels des soins de santé.

Pour ce qui est des tendances futures, je consulterai ma boule de cristal et dirai que le fardeau de la maladie et de la prestation de soins de santé évolue à mesure que la population vieillit et que les taux d'obésité augmentent. Ce qui est difficile pour le plus grand nombre de Canadiens actuellement au chapitre des soins de santé, c'est de savoir comment composer avec une personne aux prises avec de multiples problèmes de santé chroniques et complexes qui influent les uns sur les autres et qui sont souvent incapacitants. Les cas de démence montent en flèche également, et le vieillissement de la population fait augmenter le besoin en soins palliatifs en fin de vie. Comme les tout premiers baby-boomers n'ont que 67 ans, nous ne voyons que la pointe de l'iceberg. Nous pensons que ces problèmes augmenteront de façon exponentielle au cours des trois prochaines décennies.

Je sais que le Comité de la santé s'est penché sur les maladies chroniques en 2012, et j'ai lu son rapport avec énormément d'intérêt. Les soins à domicile ont déjà augmenté de 100 % au Canada, mais la demande continue d'exploser. Il est probable que le besoin en installations de soins de longue durée et de soins palliatifs augmentera également, même avec une augmentation des soins à domicile. Même si une équipe de professionnels de la santé est appelée à intervenir, les services essentiels sont fournis par des infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers auxiliaires et des préposés aux soins personnels. La CASN considère aussi que les infirmières et infirmiers praticiens peuvent tenir un rôle plus important à cet égard.

Il est urgent d'appuyer la gestion communautaire à long terme des maladies chroniques avec un bien meilleur système de soins prodigués en collaboration, où on met l'accent sur la continuité et la coordination. Il faut également éliminer les obstacles qui limitent le champ de pratique des infirmières et infirmiers praticiens, aider les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers auxiliaires à exercer tout leur champ de pratique, et harmoniser les programmes de formation en soins infirmiers pour faciliter les choses.

Malgré la transition aux services communautaires, j'aimerais faire remarquer que les hôpitaux de soins de courte durée continueront probablement d'être les grands employeurs d'infirmières et d'infirmiers. Si certains sont hospitalisés pour des traumatismes et des maladies épisodiques, la majorité des gens ont des affections chroniques qui exigent une chirurgie ou le traitement de symptômes qui menacent leur vie, comme des crises cardiaques.

La complexité des soins infirmiers en milieu hospitalier s'est considérablement accrue parce que les patients sont bien plus malades qu'avant, ils restent beaucoup moins longtemps et qu'il est bien plus compliqué de gérer la technologie et les traitements, qui relèvent généralement des infirmières et infirmiers. C'est, de fait, également le cas pour les soins à domicile.

Un grand nombre d'excellentes études ont fait la preuve irréfutable que la formation des infirmières et des infirmiers est essentielle à la sécurité des patients et aux résultats que ces derniers obtiennent. La plus récente, réalisée dans neuf pays européens et publiée dans *The Lancet* en février 2014, indiquait qu'une augmentation du nombre d'infirmières et d'infirmiers titulaires d'un baccalauréat se traduisait par une diminution marquée du nombre de décès de patients, alors qu'une diminution du nombre d'infirmières et d'infirmiers ayant un baccalauréat s'accompagnait d'une augmentation notable des décès de patients. Les chercheurs ont conclu qu'il est souvent tentant de diminuer le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés adéquatement formés, mais qu'une réduction des coûts à cet égard n'est guère avisée.

Pour ce qui est du rôle du gouvernement fédéral, ce dernier a appuyé des initiatives nationales afin de favoriser la formation des professionnels de la santé par le passé, ce qui a pour effet d'améliorer les soins de santé actuellement. La formation interprofessionnelle mise de l'avant par Santé Canada est maintenant intégrée aux normes d'agrément de huit professions canadiennes, y compris la nôtre. Les soins palliatifs et les soins en fin de vie sont un autre bon exemple de soins dont on a fait la promotion en médecine, dans la formation en médecine et en soins infirmiers et dans l'éducation des travailleurs sociaux. Je pense que ces efforts portent fruit.

La CASN recommande que le gouvernement fédéral continue d'améliorer les soins de santé en appuyant des initiatives nationales qui influenceront la formation des professionnels de la santé et la

préparation de nouveaux praticiens. Compte tenu du fardeau croissant que constituent les maladies chroniques au Canada, nous considérons qu'il est essentiel d'élaborer un cadre national pour orienter l'avenir de la formation des infirmières et des infirmiers grâce à un examen du champ de pratique des infirmières et infirmiers praticiens, des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers auxiliaires, et à une collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle s'effectuant dans ce cadre.

• (0915)

Merci.

Le président: Nous allons maintenant entendre Paul Fisher, président du Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires.

Vous avez la parole, monsieur.

M. Paul Fisher (président, Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires): Bonjour.

Monsieur le président, honorables membres du comité, je suis enchanté d'avoir l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui à titre de président du Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires afin de faire un survol de la profession d'infirmière et d'infirmier auxiliaires du point de vue de la réglementation et de répondre à vos questions sur le champ de pratique des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés.

Je suis infirmier auxiliaire autorisé depuis 31 ans dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador. J'ai notamment travaillé en santé mentale, en médecine, en chirurgie, en soins d'urgence et en planification de la continuité des soins dans la collectivité. Depuis 15 ans, je suis directeur exécutif et registraire au College of Licensed Practical Nurses de Terre-Neuve-et-Labrador.

Le Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires est une fédération de membres provinciaux et territoriaux qui, en vertu de la loi, sont responsables de la sécurité du public en réglementant les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Son mandat consiste à appuyer la réglementation des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés en collaborant collectivement, à l'interne et à l'externe, avec d'autres organismes de réglementation provinciaux et territoriaux afin de maintenir et d'améliorer des relations professionnelles; d'appuyer les organismes provinciaux-territoriaux au sujet de la prise de décisions, de l'affectation des ressources, de la gestion des problèmes, et des lois et des ressources à caractère réglementaire des provinces et territoires; de soutenir des processus qui permettent d'être comptable et responsable sur le plan des décisions et le respect de l'individualité des provinces et des territoires; et de favoriser l'excellence en matière de réglementation des infirmières et infirmiers auxiliaires en faisant preuve de leadership et d'innovation, en préconisant des pratiques exemplaires et en permettant le perfectionnement professionnel.

Les Canadiens s'attendent à ce que leur système de soins de santé leur offre des soins sécuritaires et les aide à jouir de la meilleure santé possible. Pour répondre à ces attentes, il faut que les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés soient formés et puissent fournir des soins infirmiers sécuritaires, compétents et éthiques. Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés doivent démontrer qu'ils possèdent les compétences pour entrer dans la profession dans la province ou le territoire concerné et qu'ils sont capables d'exercer leur fonctions dans le contexte des lois et des règlements pertinents tout en adhérant aux normes de pratique professionnelles et aux codes de déontologie de la profession. De plus, la loi autorise la profession d'infirmière et d'infirmier auxiliaires à reconnaître et à établir des normes sur les plans de l'éducation et de la pratique de la profession, avec l'obligation de protéger et de servir les intérêts du public.

La pratique des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, des novices aux experts, peut englober la pratique clinique, l'administration, l'éducation, la recherche, la consultation, la gestion, la réglementation, les politiques et le développement de système. Grâce à leur programme de formation au niveau d'entrée, à leur expérience et à leurs activités de formation continue, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés acquièrent les fondations théoriques et pratiques nécessaires pour fournir des soins infirmiers sécuritaires, compétents et éthiques. Ces infirmières et infirmiers s'occupent de personnes de tout âge, sans égard au sexe, à l'appartenance ethnique ou à la situation sociale, et ce, dans toutes sortes de milieux, comme des hôpitaux, des communautés, des maisons, des cliniques, des écoles et des installations résidentielles. Leur pratique exige d'eux qu'ils connaissent la santé et la maladie, la biologie humaine, la pathophysiologie des maladies, la promotion de la santé et la prévention, l'enseignement et l'apprentissage, et les systèmes de santé.

Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés ont le devoir d'offrir des soins infirmiers sécuritaires et appropriés, et de collaborer avec les autres membres de l'équipe de soins de santé. Ils pratiquent de façon autonome à leur propre niveau de compétence et font appel aux conseils des autres professionnels de la santé quand des aspects des soins requis dépassent leurs compétences. Les aspects psychosociaux des soins, comme l'entregent, la communication et la capacité de travailler en équipe, sont essentiels à l'exercice d'une pratique sécuritaire et efficace.

Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés doivent exercer leurs fonctions conformément aux normes de pratique de leur profession, qui consistent en des énoncés autorisés définissant les attentes légales et professionnelles relatives à leur pratique. Conjointement avec le Code of Ethics for Licensed Practical Nurses, ces normes décrivent les éléments de qualité de la pratique des IAA et facilitent la mobilité, puisque les provinces et les territoires s'entendent sur les attentes et les exigences relatives à leur pratique.

À titre de membres d'une profession autoréglementée, il incombe personnellement aux IAA de satisfaire aux normes de pratique. La responsabilité législative d'établir, de surveiller et d'appliquer ces normes relève des autorités de réglementation provinciales et territoriales.

● (0920)

Les politiques et les pratiques des organisations qui les emploient ne déchargent pas les IAA de la responsabilité de satisfaire à ces normes de pratique. En cas de divergence entre la loi et les normes de pratique, la loi s'appliquera.

Les infirmières et infirmiers ont toujours travaillé ensemble pour fournir des soins de qualité, et ils ont activement cherché à obtenir la responsabilité d'autoréglementer ces soins par l'entremise d'une autorité législative. Comme on l'a indiqué précédemment, il existe trois groupes d'infirmières et d'infirmiers professionnels au Canada: les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, qu'on appelle infirmières ou infirmiers auxiliaires en Ontario, les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières et infirmiers autorisés. Ils sont responsables devant leurs organismes respectifs de réglementation des soins infirmiers professionnels.

Le champ de pratique continue d'évoluer au fil du temps en raison des changements qui s'effectuent au sein de l'environnement des soins de santé et du système de prestation des soins de santé. Il est essentiel que les infirmières et infirmiers professionnels, les organismes de réglementation des soins infirmiers, le gouvernement, les employeurs et les établissements d'enseignement collaborent tous ensemble afin de fournir une orientation aux infirmières et infirmiers et d'assurer la sécurité du public. Les organismes de réglementation, en collaboration avec d'autres membres, préconiseront l'élaboration d'une politique publique favorisant la promotion de la santé et le bien-être.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, le nombre d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés pouvant pratiquer au Canada a augmenté de 23,2 % de 2008 à 2012 pour s'établir à 99 935. Au cours de la même période, l'effectif en IAA s'est accru de plus de 18 %, passant de 74 380 à 88 211. Le nombre d'IAA par 100 000 habitants est passé de 223 en 2008 à 253 en 2012.

La sous-utilisation du champ de pratique des IAA est un problème de longue date dans la profession au Canada. Il est impératif de s'attaquer à ces problèmes. Je crois que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent modifier la façon de concevoir la planification des ressources humaines en santé au Canada. Il est inacceptable de réglementer une profession tout en autorisant d'autres parties à limiter arbitrairement la pratique de ces mêmes professionnels de la santé réglementés. En confinant les professionnels des soins infirmiers à des rôles moindres que ceux que leur formation et leur organisme de réglementation les autorisent à jouer, on gaspille de précieuses ressources humaines en soins infirmiers alors que le système de soins de santé peut difficilement se le permettre.

Il revient à tous de veiller à ce que l'éventail approprié de fournisseurs de services soit en place pour répondre aux besoins des Canadiens. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent s'assurer que les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés soient pris en compte dans les processus de prise de décisions stratégiques locaux, provinciaux et nationaux et par les comités qui ont une incidence sur la pratique des soins auxiliaires.

Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés ont une contribution importante à faire dans la prestation de services appropriés et efficaces au Canada. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent déployer un effort concerté pour éliminer les obstacles qui limitent l'accès des étudiants en soins infirmiers auxiliaires à l'expérience pratique qu'ils peuvent acquérir grâce au placement clinique et qui empêchent les IAA d'exercer pleinement leur champ de pratique dans le milieu des soins de santé au pays.

Je dirai en terminant que comme bien d'autres professionnels de la santé, les organismes de réglementation des soins infirmiers sont déterminés à ce que les bons soignants fournissent les bons soins à la bonne personne afin d'optimiser les soins et l'utilisation des ressources tout en assurant la sécurité du public dans le domaine de la prestation de soins infirmiers au Canada.

Le Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires est très intéressé à collaborer avec les autorités et les organisations professionnelles nationales et provinciales afin de participer au dialogue et de se tenir au courant des nouvelles initiatives qui pourraient être bénéfiques pour le système de soins de santé canadien.

Je vous remercie encore de m'avoir donné l'occasion de témoigner aujourd'hui.

• (0925)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Fisher.

Anne Coghlan, qui représente le Canadian Council of Registered Nurse Regulators, sera la dernière, mais non la moindre, à prendre la parole.

Merci de vous joindre à nous ce matin par l'entremise d'une vidéoconférence. Vous disposez de 10 minutes.

Mme Anne Coghlan (présidente, Canadian Council of Registered Nurse Regulators): Bonjour, monsieur le président et honorables membres du comité.

C'est avec plaisir que je témoigne ce matin à titre de présidente du Canadian Council of Registered Nurse Regulators.

Le Canadian Council of Registered Nurse Regulators, ou CCRNR, est une organisation nationale fondée en 2011 qui est constituée des 12 organismes de réglementation provinciaux et territoriaux, dont les mandats consistent à réglementer la pratique des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers praticiens au Canada.

Le CCRNR respecte l'autonomie de ses membres provinciaux et territoriaux sur le plan de la réglementation, tout en continuant de croire aux avantages du dialogue collaboratif et aux approches harmonisées en matière de réglementation pour la protection du public. Notre objectif consiste à fournir un forum permettant aux organismes de réglementation provinciaux et territoriaux de travailler ensemble pour servir et protéger l'intérêt public en favorisant l'excellence dans le domaine de la réglementation des soins infirmiers.

Étant une organisation nationale favorisant l'échange d'information sur les tendances en matière de réglementation, de pratiques exemplaires, de politiques et de législation, le CCRNR participe aux discussions nationales et internationales pour favoriser la compréhension de la réglementation des soins infirmiers. Nous sommes dans une position unique pour parler du point de vue de la réglementation et pour appuyer les mandats de protection du public des organismes de réglementation provinciaux dans les échanges à l'échelle fédérale.

Je voudrais traiter brièvement du terme « champ de pratique ». Les lois provinciales et territoriales confèrent un champ de pratique à une profession, dont les membres appliquent leurs connaissances, leurs compétences et leurs habiletés personnelles dans le cadre de ce champ de pratique. Il arrive souvent que les champs de pratique des diverses professions se chevauchent.

Nos processus réglementaires sont conçus pour faire en sorte que les membres de la profession travaillent de façon compétente dans

leur champ de pratique défini. S'il existe quelques disparités entre les champs de pratique des infirmières et infirmiers autorisés entre les provinces et les territoires, on note également des similitudes importantes. Nous avons un ensemble commun de compétences de niveau d'entrée, qui constitue le fondement du programme de formation en soins infirmiers, ainsi qu'un même examen d'agrément qui témoigne des exigences communes pour la pratique sécuritaire des soins infirmiers au Canada.

Les champs de pratique évoluent en fonction des changements qui s'opèrent dans les milieux de la réglementation et des soins de santé. Les discussions portant sur l'expansion du champ de pratique ou du pouvoir accordé à une profession devraient prendre en compte les mécanismes réglementaires nécessaires pour assurer le maintien de la protection du public. Il s'agit notamment des exigences sur le plan de l'éducation, des normes régissant la pratique sécuritaire et des mécanismes visant à assurer la compétence continue de la profession.

Il est également essentiel que les discussions sur les champs de pratique aient lieu en collaboration avec les organismes de réglementation d'autres membres de l'équipe des soins de santé. Par exemple, le CCRNR a entamé des discussions sur les questions de réglementation communes avec ses collègues de la Fédération des ordres des médecins du Canada et de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie.

J'aimerais donner brièvement trois exemples de démarches entreprises par le CCRNR pour harmoniser les cadres de réglementation afin d'assurer la protection du public au Canada.

Le CCRNR joue un rôle clé dans la création du service national d'évaluation des infirmières et des infirmiers, en collaboration avec ses collègues qui réglementent les infirmières et infirmiers auxiliaires et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés. Fort du soutien financier de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, qui s'appelle maintenant Emploi et Développement social Canada, et des gouvernements provinciaux et territoriaux, le service national d'évaluation des infirmières et infirmiers assurera l'uniformité de l'évaluation initiale des infirmières et infirmiers formés à l'étranger et favorisera la mobilité de la main-d'oeuvre.

Le CCRNR s'emploie également à harmoniser les attentes relatives à la pratique sécuritaire des infirmières et infirmier praticiens, maintenant que le gouvernement fédéral a instauré un règlement sur les nouvelles catégories de praticiens en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Par exemple, le CCRNR a établi des critères pour les cours de formation offerts au pays pour que l'ensemble des infirmières et infirmiers praticiens possèdent les compétences nécessaires pour prescrire des substances contrôlées de façon sécuritaire.

• (0930)

Grâce au soutien d'Emploi et Développement social Canada, le CCRNR s'apprête à entreprendre une analyse nationale des pratiques des infirmières et infirmier praticiens au Canada, au cours de laquelle il examinera les similitudes et les différences qui existent entre les provinces et territoires. Il utilisera ensuite l'information pour élaborer des approches uniformes afin de réglementer des infirmières et infirmiers praticiens au pays.

Dans le cadre de ces initiatives fondamentales, le CCRNR a trouvé d'autres occasions de favoriser l'uniformité de la réglementation du champ de pratique des soins infirmiers. Nous étudierons la création d'un cadre national de réglementation des soins infirmiers, lequel, espérons-nous, préparera le terrain en vue d'une entente nationale sur la mobilité.

Je dirai en terminant que le Canadian Council of Registered Nurse Regulators s'efforce de collaborer avec les parties prenantes du système de soins de santé pour appuyer la prestation de soins uniformes, sécuritaires et éthiques dans n'importe quel rôle, contexte ou lieu géographique. Pendant que le gouvernement fédéral continue d'examiner la question des champs de pratique et d'autres sujets relatifs aux soins infirmiers au Canada, le CCRNR compte élargir ses efforts de collaboration et offrir l'expertise collective de ses membres en matière de réglementation dans le cadre des discussions à venir.

Je vous remercie de m'avoir invitée à m'adresser à vous ce matin. Je répondrai à vos questions avec plaisir.

● (0935)

Le président: Merci beaucoup.

Nous entamons maintenant la période de questions et de réponses de notre séance. Compte tenu de la taille du groupe de témoins d'aujourd'hui et du fait qu'une invitée témoigne par vidéoconférence, je demanderais simplement aux députés de faire de leur mieux pour poser des questions précises afin de rester concis et de favoriser un bon échange de questions et de réponses.

Madame Davies, vous êtes la première à intervenir.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NDP): Je remercie tous nos témoins de comparaître aujourd'hui. À vous écouter aujourd'hui, j'ai l'impression qu'une ampoule s'est allumée et que nous comprenons à quel point la question est complexe au regard du champ de pratique, de la réglementation et du nombre de parties concernées. J'ignore comment vous pouvez vous y retrouver dans le système. Quoi qu'il en soit, c'est un sujet passionnant.

J'ai deux questions.

Tout d'abord, d'après ce que je comprends de vos propos, le champ de pratique, qui est de législation provinciale ou territoriale, peut différer d'une province à l'autre, et même en pareil cas, il peut y avoir des conflits avec une autre profession qui font que vous pourriez ne pas pouvoir exercer certaines fonctions réglementées. Je crois que vous nous l'avez pas mal tous indiqué.

Je me demande comment on pourrait résoudre ce problème. Devrait-il idéalement y avoir un champ de pratique pour les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers praticiens, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du pays? Ce n'est pas tout à fait clair pour moi. Si vous répondez par l'affirmative, je présume qu'il incombe au gouvernement fédéral de faciliter cette démarche. Considérez-vous qu'on devrait chercher à assurer une sorte de conformité?

Par exemple, je sais que dans divers métiers, il existe ce qui s'appelle le Programme du Sceau rouge, lequel permet de s'en arriver à un niveau d'agrément permettant de travailler dans toutes les régions du pays. Il me semble qu'il n'existe rien de tel dans les professions de soins infirmiers. C'est une question à laquelle Dre Mildon et Mme Coghlan pourraient peut-être répondre.

De plus, j'ai trouvé vos statistiques très intéressantes, madame Mildon. Je pense que vous avez indiqué que 60 % des infirmières et infirmiers travaillent dans les soins de courte durée, 15 % dans les

soins communautaires et 10 % dans les soins de longue durée. C'est là qu'intervient toute la question de la planification des ressources humaines. Je suppose que le problème de pénuries varie d'un endroit à l'autre, mais j'entends encore les histoires d'infirmières employées dans de grands hôpitaux de Vancouver, par exemple, qui affirment qu'elles sont constamment sur appel et qu'elles sont pratiquement épuisées à cause du stress et du surmenage. Il semble que des pénuries sévissent même dans les grandes villes, alors Dieu seul sait ce qui se passe dans les petites communautés où les ressources sont rares ou inexistantes.

Il y a donc la question des pénuries et de ce que nous pouvons faire pour changer la donne. Les besoins augmentent au chapitre des soins à domicile, des soins à long terme et des soins palliatifs, et on tend de plus en plus vers les soins communautaires, mais nous ne voulons pas que les soins de courte durée en paient le prix. Si nous voulons éviter cela, où est-ce que nous tirons de l'arrière sur le plan des ressources humaines en soins de santé?

Je me rends compte que c'est une très ample question, mais tout ce que vous pouvez nous dire sur le rôle que le gouvernement fédéral devrait tenir nous serait très utile. Pourriez-vous répondre à ces deux questions? Si Mme Coghlan voudrait également y répondre, ce serait utile.

● (0940)

Dre Barbara Mildon: Excellent. Merci beaucoup de poser cette question.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'harmonisation des champs de pratique au pays, je vous répondrai avec beaucoup d'enthousiasme par un « oui » très retentissant. Nous sommes absolument convaincus que pareille mesure serait utile de plusieurs manières. J'ai évoqué le concept de mobilité de la main-d'oeuvre au pays, dont il a été question dans plusieurs exposés aujourd'hui. L'harmonisation des champs de pratique permettrait aux infirmières et infirmiers de se déplacer plus aisément et plus rapidement au pays pour fournir des soins là où on a besoin d'eux. Cette harmonisation pourrait également atténuer indirectement certaines pénuries qui touchent des régions géographiques précises. Elle permettrait en outre de réagir en situation d'urgence.

Si nous pouvions essentiellement collaborer afin de convenir d'un seul champ, cela permettrait certainement d'éliminer la confusion qui peut régner dans le système de soins de santé au sujet des champs de pratique. Si un groupe d'organisations d'infirmières et d'infirmiers et de fournisseurs pouvait y arriver, nous pourrions aider nos employeurs à comprendre le champ de pratique et à moins chercher à imposer d'autres restrictions, compte tenu de leurs situations particulières. Je réponds donc « oui » à votre question sur l'harmonisation.

En ce qui concerne les questions relatives aux ressources humaines en santé, d'excellents travaux ont été réalisés il n'y a pas si longtemps sous les auspices du gouvernement fédéral, comme la recherche canadienne sur les soins infirmiers, l'étude du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, mais aussi l'étude sur le secteur des soins infirmiers. Je pense essentiellement que le système de soins de santé est en mutation. Les besoins des patients, des clients et des résidents évoluent, et certaines prédictions que nous avons faites ne se sont pas concrétisées. La transition vers les soins communautaires est effectivement en cours, mais ce qui a changé, c'est le fait que ces soins sont prodigués par des groupes de fournisseurs différents. En particulier, les fournisseurs non réglementés jouent un rôle clé dans la prestation de soins dans la communauté aujourd'hui, étant donné que nous aidons les aînés à vieillir à la maison.

À mon avis, la planification des ressources humaines en santé est encore une cible mouvante. Nous la comprendrons mieux à mesure que nous progressons. Pour ce qui est des mesures à prendre pour atténuer les pénuries, on doit recourir ici encore à un ensemble complexe de pratiques de l'employeur et de soutien de la réglementation et des associations.

Mme Libby Davies: Pourrais-je vous interrompre, étant donné que le temps nous est compté?

Qu'entendez-vous quand vous dites qu'on est en train de faire la transition vers les soins communautaires, mais que ces soins sont prodigués par un groupe différent qui est non réglementé? Voulez-vous dire que ce groupe ne reçoit pas de formation ou qu'il n'est tout simplement pas régi par des régimes de réglementation? Devrions-nous nous inquiéter à ce sujet?

Dre Barbara Mildon: Il est difficile de répondre à cette question. J'inviterais ma collègue, Josette, à y répondre. Mais à mon avis, les soins offerts prennent souvent la forme de soutien, comme l'aide à la préparation de repas, les courses, le lavage, les soins personnels et des soins qui ne requièrent peut-être pas la supervision directe d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé ou d'un infirmière ou d'un infirmier auxiliaire autorisé.

Cela dit, nous savons grâce à l'Institut canadien d'information sur la santé — et les statistiques sont claires — que les soins de santé à domicile fournis par des infirmières et infirmiers autorisés ont perdu beaucoup de terrain ces dernières années à mesure que ces types de service s'implantent. Je ne voudrais cependant pas vous donner l'impression que les fournisseurs non réglementés n'offrent pas des soins sécuritaires. Ils le font certainement dans leur propre champ de pratique. Même si leur profession n'est pas encore réglementée, elle pourrait bien l'être dans l'avenir.

Le président: Merci beaucoup. Nous avons dépassé notre temps. Monsieur Lunney, vous disposez de sept minutes.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): J'aimerais vous remercier tous de vos exposés.

C'est un peu désavantageux pour nous de ne pas avoir vos documents en main alors que vous nous bombardez d'informations techniques, de chiffres et du nombre d'infirmières et d'infirmiers dans chaque catégorie. C'est tout simplement en raison de la traduction vers le français. Il faut que nous recevions les documents à temps pour les faire traduire afin de les avoir devant nous.

C'est davantage au comité qu'il revient d'accorder aux témoins le temps de fournir leurs documents pour qu'ils puissent être traduits.

Je veux aborder la question des infirmières et infirmiers praticiens. Vous avez tous parlé des trois catégories d'infirmières et d'infirmiers

reconnues, soit les IA, les IAA et les IPA, puis les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés dans l'Ouest. Mais en ce qui concerne les infirmières et les infirmiers praticiens, ma question porte sur le processus de formation et l'autorité qui les réglemente actuellement.

Madame Coghlan, je sais que vous en avez parlé. Je vous demanderais de nous en dire un peu plus sur ce qui existe actuellement et sur la manière dont les infirmières et infirmiers praticiens sont formés. Où la formation est-elle offerte? S'agit-il d'un programme qui fait suite au baccalauréat en sciences infirmières, par exemple? J'aimerais en outre savoir qui réglemente les infirmières et infirmiers praticiens.

• (0945)

Mme Anne Coghlan: Je serais heureuse d'aider le comité à ce sujet.

Les infirmières et infirmiers praticiens sont des soignants autorisés qui possèdent une formation supplémentaire et de l'expérience clinique, la plupart au niveau de la maîtrise au Canada, et qui sont réglementés par les organismes de réglementation des infirmières et infirmiers autorisés du pays. En Ontario, l'organisme de réglementation réglemente les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et les infirmières et infirmiers praticiens.

M. James Lunney: Merci de cette réponse. Il est ici encore question de champ de compétences et des types d'infirmières et d'infirmiers qui conviennent aux diverses affectations. Et les infirmières et infirmiers praticiens s'ajoutent maintenant à l'équation.

Docteure Mildon, vous avez indiqué qu'une table fédérale-provinciale-territoriale se penche sur cette question.

Cynthia Baker, il me semble que vous avez évoqué un cadre national en matière d'éducation.

Puis-je vous demander à toutes les deux de m'en dire plus sur votre vision à cet égard? Quelle forme ces initiatives devraient-elles prendre et quels pourraient en être les résultats?

Dre Barbara Mildon: Le meilleur exemple que je puisse vous donner est celui de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, à laquelle j'ai fait allusion dans mon exposé. Nous sommes très reconnaissants envers Santé Canada d'avoir travaillé avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et d'autres groupes pour élargir des dispositions de cette loi afin d'autoriser les infirmières et infirmiers praticiens à prescrire des narcotiques, des narcotiques opioïdes et des médicaments utilisés en santé mentale, comme les benzodiazépines.

Ces efforts ne réussissent cependant pas à assurer la collaboration à l'échelle du pays et, par conséquent, à mettre ces changements en oeuvre plus rapidement. À l'heure actuelle, environ la moitié du pays est en mesure d'appliquer ces dispositions en vertu des lois provinciales et territoriales. L'autre moitié poursuit ses efforts en ce sens.

Le gouvernement fédéral a donc accompli de l'excellent travail à cet égard, et nous avons obtenu ce dont nous avons besoin. Mais l'adoption se fait à pas de tortue. S'il existait une table fédérale-provinciale-territoriale qui cherchait à harmoniser les façons de faire pour qu'on finisse par s'entendre à leur sujet, nous considérons que l'adoption serait plus rapide.

M. James Lunney: Parlez-vous alors d'une organisation qui pourrait exister pendant quelques mois ou peut-être une année afin d'analyser la question et de tenter de démêler tout cela, ou parlez-vous d'une institution permanente?

Dre Barbara Mildon: Je ne pense pas qu'il soit même nécessaire que ce soit une institution. Il pourrait simplement s'agir d'une autre démarche acceptée dans le cadre de ces processus.

M. James Lunney: Merci.

Madame Baker, qu'en est-il de votre cadre national?

Dre Cynthia Baker: Oui. Je pense que j'ai été influencée dans une certaine mesure par le travail des médecins dans le cadre de leur projet sur l'avenir de l'éducation en médecine au Canada, auquel ils travaillent actuellement. Ces travaux, qu'ils ont présentés la semaine dernière, je crois, portent sur les généralistes, les spécialistes et les spécialisations afin d'établir un rapport avec les ressources humaines.

Selon moi, il faut vraiment faire de même pour les soins infirmiers, compte tenu de ce que j'ai expliqué au sujet des maladies chroniques, des soins de courte durée et des trois catégories d'infirmières et d'infirmiers. Nous pourrions ainsi harmoniser l'éducation requise pour préparer les praticiens de l'avenir à répondre aux besoins que nous prévoyons en raison des changements qui se manifestent ou qui prendront de l'importance au cours des prochaines années. J'ignore si tout cela est très clair. Je m'appuie sur certains processus que nous avons élaborés en collaboration avec tout un éventail de parties prenantes, d'employeurs, d'organismes de réglementation et d'éducateurs de toutes les régions du pays afin de concevoir ce cadre.

Ici encore, nous l'avons fait pour la formation des infirmières et infirmiers praticiens, ce qui a eu une influence, je crois. Cela n'a pas de poids légal, mais cela a une influence à l'échelle nationale.

Êtes-vous d'accord avec moi?

• (0950)

Mme Josette Roussel (infirmière-conseillère principale, Pratique professionnelle, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Oui.

Dre Cynthia Baker: C'est le genre d'exercice qui permettrait d'harmoniser la préparation des nouvelles infirmières et nouveaux infirmiers praticiens.

M. James Lunney: Merci de ces explications.

Dans le cadre de cette étude, bien entendu, nous cherchons à voir quelle est la meilleure manière d'optimiser les ressources humaines en santé. Vous avez acquis, au cours des dernières années — de nombreuses années, de toute évidence —, une certaine expérience concernant les infirmières et infirmiers qui travaillent dans les communautés éloignées du Nord. Je me demande si vous pourriez aider le comité à comprendre les défis auxquels ces personnes sont confrontées dans ces communautés, qui ne possèdent pas les mêmes ressources que les villes. Quelles sont les difficultés que rencontrent les infirmières et les infirmiers dans ces communautés et quelles occasions avons-nous d'améliorer la situation?

Dre Barbara Mildon: Merci de poser cette question.

Ironiquement, je dirais que si on regarde la situation purement sous l'angle du champ de pratique, les infirmières et infirmiers travaillant dans les régions éloignées et rurales sont plus susceptibles de pouvoir accomplir toutes les tâches qui font partie de leur champ de pratique en raison du manque de ressources. Comme ils sont souvent les seuls fournisseurs de soins de santé dans une région éloignée, ils réussissent fort bien à appliquer tout leur champ de pratique. C'est quand on se rapproche des centres urbains que ce champ commence à devenir de plus en plus restreint.

Vous vous intéressez au champ de pratique, et je ne crois pas que les régions rurales et éloignées présentent un problème à cet égard. Il

faudrait plutôt se demander pourquoi les infirmières et infirmiers voient subitement leur champ de pratique rétrécir quand ils quittent les régions éloignées et rurales pour venir travailler en milieu urbain. Voilà qui nous ramène à l'harmonisation que moi et mes collègues avons évoquée.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Lunney.

Nous entendrons maintenant Mme Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Je veux vous remercier tous d'avoir mentionné quelque chose qui m'intrigue.

Je comprends que les règlements et le champ de pratique sont de compétence provinciale.

Comme vous le savez tous, le défunt accord sur la santé prévoyait un plan de ressources humaines en santé, lequel traitait de l'harmonisation et du champ de pratique pour que peu importe l'endroit où on vit au Canada, qu'on soit IA, médecin habilité ou tout autre fournisseur de soins de santé, on puisse travailler partout où il y a des besoins. C'était tout à fait logique, puisque nous savions que cela arriverait.

Mais ce plan est resté lettre morte. Il a été relégué aux oubliettes en 2007. Je pense donc que nous devons discuter de ce qu'il faut faire pour remettre cette initiative sur les rails, car c'est essentiel. C'est ma première question.

Je me demande également si vous pouvez me dire pourquoi tant d'infirmières et d'infirmiers, des IA et des IAA qui travaillent dans le système, n'ont que des emplois contractuels. Ils ne peuvent obtenir de contrat permanent afin de travailler et d'obtenir tous les avantages sociaux nécessaires. Ils continuent de travailler aux termes de contrats, ce qui me semble une utilisation ridicule de gens instruits. C'est la deuxième question que je veux poser.

Ma troisième question porte sur les infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés. Comme nous nous intéressons à des modèles de soins de santé communautaires à domicile, quelle devrait être la composition de l'effectif en ce qui concerne les infirmières et infirmiers praticiens, les IAA, les IA et les gens qui travaillent dans le système de soins de santé de courte durée?

Ce sont mes trois questions: quelle devrait être la composition de l'effectif, y compris les spécialistes; comment instaurer une stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé, maintenant qu'il n'y en a plus; et pourquoi les infirmières et les infirmiers ne travaillent-ils qu'à contrat, ce que je considère absolument honteux.

Le président: À qui voudriez-vous poser ces questions, madame Fry?

L'hon. Hedy Fry: Barbara peut répondre à la première question sur la stratégie en matière de ressources humaines en santé.

Dre Barbara Mildon: Je serai ravie de commencer, et j'invite Anne et d'autres témoins à intervenir. Je serai très brève.

En ce qui concerne la composition de l'effectif, l'AIIC a rendu public un outil d'examen de la composition du personnel fondé sur des données probantes. Je l'ai moi-même utilisé dans ma pratique, au cours de la dernière année lorsque nous examinons notre population de patients.

Je travaille dans un hôpital psychiatrique de soins tertiaires où les caractéristiques de nos patients ont changé, de sorte que nous avons appliqué le processus fondé sur des données probantes pour déterminer si la composition de notre personnel était adéquate. Dans l'une de nos unités, nous avons constaté que nos infirmières et infirmiers étaient insatisfaits. Ils n'étaient pas satisfaits de leurs responsabilités, car ils faisaient pas mal de tâches qui ne font pas partie de leur travail et qui auraient pu être exécutées par d'autres personnes. La situation de nos patients était devenue extrêmement complexe au fil des ans, ce qui nous avait incités à embaucher d'autres infirmières et infirmiers autorisés.

Au même moment, dans le même hôpital, nous avons appliqué le même processus et nous avons constaté qu'en fait, il nous fallait embaucher d'autres infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, ou des IA comme on les appelle en Ontario, pour les mêmes raisons. Il est impératif d'utiliser les outils fondés sur des données probantes pour évaluer la composition de notre personnel, en mettant toujours la priorité sur les besoins du patient. Je crois que la composition du personnel est quelque chose qui change constamment.

La stratégie en matière de ressources humaines en santé porte essentiellement sur la situation de l'emploi chez les infirmières et les infirmiers. L'emploi comporte un ensemble complexe de plusieurs facteurs. Il y a tout d'abord, je le répète, les besoins des patients. Avons-nous toujours un même nombre de patients dans un endroit? Y a-t-il des mouvements de patients? Combien en avons-nous besoin à tel moment? Lorsque nous examinons le financement du système de santé, c'est toujours un enjeu.

Les choix des infirmières et des infirmiers constituent un autre facteur. Certains choisissent d'avoir des emplois contractuels ou de ne pas accepter d'emploi à temps plein parce qu'ils ont ainsi plus de souplesse.

C'est un mélange de ces trois facteurs complexes.

Je m'arrête ici.

● (0955)

L'hon. Hedy Fry: Est-ce que quelqu'un d'autre veut intervenir?

Mme Anne Coghlan: Je serai ravie de répondre à votre première question, docteur Fry.

En ce qui concerne la mobilité des infirmières et des infirmiers et de la possibilité de travailler partout au pays, je dirais que nous avons réalisé de grands progrès à cet égard. Les organismes de réglementation travaillent à l'harmonisation des exigences depuis des années, et l'Accord sur le commerce intérieur a mis d'autres moyens en place.

Les infirmières et les infirmiers qui détiennent un permis dans une province peuvent maintenant s'inscrire rapidement dans une autre province. Ce qui s'ajoute concerne la création du service national d'évaluation des infirmières et des infirmiers, dont j'ai parlé tout à l'heure, de sorte qu'une fois que les infirmières et les infirmiers formés à l'étranger sont inscrits dans une province, ils peuvent travailler partout au Canada.

Bien que vous soyez peut-être déçue des résultats de l'accord sur la santé, le travail qu'ont effectué les organismes de réglementation de partout au Canada contribue largement à la mobilité de la main-d'œuvre.

L'hon. Hedy Fry: Bon nombre d'infirmières et d'infirmiers que je rencontre me disent que les emplois contractuels, ce n'est pas seulement une question de choix, et que bon nombre d'entre eux ne peuvent pas obtenir un emploi à temps plein. Même ceux qui travaillent à contrat font des heures supplémentaires, mais je pense

que ce qui les préoccupe, c'est qu'ils n'ont pas les avantages parce qu'ils n'ont pas un poste permanent à temps plein dans le système de soins de santé.

Je vois que Paul hoche la tête. Voulez-vous dire quelque chose à ce sujet?

M. Paul Fisher: Oui, en ce qui concerne la profession d'infirmière auxiliaire, dans bien des provinces, 90 % des nouveaux diplômés n'auront probablement que des emplois occasionnels.

Il arrive constamment que des diplômés nous parlent de facteurs déterminants. Premièrement, les autorités de la santé ne reçoivent pas le financement pour le nombre de postes équivalent temps plein qui leur permettrait de rendre un poste permanent ou, disons, temporaire, pour une année ou deux; et deuxièmement, il y a le grand nombre de congés de maladie. Pour une personne occupant un poste permanent à temps plein, c'est un avantage supplémentaire entraînant un coût que l'employeur doit absorber; tandis que pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires, selon le syndicat dont ils sont membres, si ce sont des employés occasionnels, ils n'ont peut-être pas droit aux mêmes prestations de maladie, et cela ne représente donc pas un fardeau financier aussi lourd pour l'employeur.

Le président: C'est maintenant au tour de Mme Adams, qui dispose de sept minutes.

Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC): Je veux vous remercier tous de votre présence, et j'aimerais en particulier féliciter les dizaines de milliers d'infirmières et infirmiers que vous représentez. Qu'il s'agisse de ceux de VON qui soignent nos parents âgés, ou des infirmières et des infirmiers formidables qui travaillent en soins palliatifs et qui font preuve d'une grande compassion envers les malades, jour après jour, vos membres font la différence pour les Canadiens, et je vous remercie. Nous reconnaissons l'importance des services qu'ils fournissent.

Le problème auquel nous faisons face, c'est que le champ de pratique est établi par les provinces et les territoires. Ce que notre comité espère faire, c'est fournir aux provinces des conseils sur les pratiques exemplaires, les moyens par lesquels nous pourrions améliorer les soins de santé en innovant.

Par exemple, récemment, j'ai eu le bonheur de remettre une somme importante d'environ 6,5 millions de dollars à l'Université McMaster pour un projet commun de recherche en soins de santé. Le projet inclut des bénévoles qui travaillent avec des gens d'une collectivité qui risquent d'être atteints d'une maladie, etc. Les membres de la collectivité font ensuite part de la situation aux infirmières et aux médecins. Le projet a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Avec les moyens d'action limités dont dispose le gouvernement fédéral, nous essayons de donner des exemples de pratiques exemplaires. Nous ne doutons pas que les 6,5 millions de dollars ne seront pas utiles qu'à la région du Grand Toronto, mais aussi au reste le pays.

Connaissez-vous d'autres projets comme celui-là? Vous pourriez nous parler des pratiques exemplaires que vous connaissez, des mesures que nous pouvons prendre pour tirer parti des compétences formidables des infirmières et des infirmiers de notre pays.

● (1000)

Dre Barbara Mildon: Je suis ravie d'en parler, et je vous remercie des fonds. Je sais qu'ils feront avancer les choses.

Oui, je pense que vous parlez de pratiques novatrices de ressources humaines en santé. Vous touchez à l'essentiel de ce qu'il faut améliorer.

Dans l'exemple que vous donnez, il s'agit d'éliminer les obstacles entre les secteurs, par exemple, entre un hôpital et la collectivité, et même les soins de longue durée. Nous devons en faire plus pour éliminer les obstacles.

Nous voyons apparaître des programmes, comme ceux que j'appelle un groupe de santé familiale, soit un ensemble de médecins et d'autres professionnels de la santé, dont des infirmières et infirmiers autorisés et des professionnels paramédicaux. Ils vont dans la collectivité pour s'occuper de leurs patients inscrits. C'est aussi une pratique exemplaire qui est utilisée. Elle permet aux infirmières et aux infirmiers autorisés non seulement, par exemple, de connaître la famille, car c'est essentiellement un accès aux soins, mais aussi de se rendre aux domiciles et répondre aux besoins.

L'AIIC peut vous fournir d'autres renseignements sur les projets, mais ils commencent à prendre forme.

Mme Eve Adams: L'autre rôle que vous connaissez tous très bien, et qu'a le gouvernement, est évidemment d'offrir des services de soins infirmiers et de soins de santé dans les collectivités éloignées du Nord. Nous faisons tous les efforts possibles pour nous assurer que nous sommes capables de fournir le plus de services de soins infirmiers possibles. Par contre, il est difficile de recruter du personnel dans le Nord. Vous avez tout à fait raison; les infirmières et les infirmiers dans le Nord peuvent exercer pleinement leur champ de pratique. Par contre, nous espérons continuer à éliminer les obstacles de manière à pouvoir continuer d'offrir des soins de santé de qualité à nos collectivités du Nord.

Pourriez-vous nous faire des suggestions sur des choses que les infirmières et les infirmiers qui travaillent dans les collectivités du Nord ne peuvent pas faire, comme fournir des échantillons de médicaments, alors qu'ils ont les compétences nécessaires ou qu'ils pourraient les acquérir rapidement?

Dre Barbara Mildon: Encore une fois, je vais parler surtout des infirmières et infirmiers praticiens, et de nos recommandations concernant l'élimination de certaines restrictions pour leur permettre de signer divers formulaires fédéraux par exemple, ainsi que de donner des échantillons de médicaments. Il est assez paradoxal qu'ils puissent prescrire le médicament, mais qu'ils ne puissent pas en donner un échantillon. Cela leur permettrait d'aider les patients immédiatement. Normalement, ce sont des médicaments comme ceux qui servent à contrôler la tension artérielle, à réduire l'hypertension artérielle, qui pose des risques pour la santé, etc. L'élimination de ces obstacles ferait une véritable différence.

L'autre chose, pour ce qui est d'aider nos infirmières et nos infirmiers qui travaillent dans le Nord, c'est l'idée de formation axée sur les compétences. Concernant le type de programmes de formation offerts à l'échelle nationale — bien entendu, je dois mentionner les programmes de certification de l'AIIC —, il nous faut nous assurer que ces infirmières et ces infirmiers ne doutent pas de leurs compétences et qu'ils ont les ressources qu'il faut à leur disposition lorsqu'ils font face à des situations très complexes.

C'est mon point de vue.

Mme Eve Adams: Merci.

Quelqu'un d'autre veut nous suggérer des moyens d'aider les infirmières et les infirmiers des collectivités du Nord? Si j'insiste là-dessus, c'est simplement parce que c'est une grande responsabilité de notre ministère, le ministère de la Santé, et du gouvernement fédéral.

Docteure Baker.

Dre Cynthia Baker: Je pense à de l'aide aux étudiants dans le Nord pour ce qui est de la formation en soins infirmiers, car ils

resteront dans leurs collectivités, mais il y a beaucoup d'entraves à leur réussite dans les programmes. Ainsi, ce qui constituerait une bonne démarche, ce serait d'offrir des programmes d'aide aux étudiants, non seulement pour le recrutement d'étudiants dans le Nord dans des programmes offerts dans le Nord, mais aussi pour le maintien des étudiants, de fournir des programmes visant à les maintenir dans le programme de sorte qu'ils reçoivent leur diplôme en obtenant de bons résultats et à faire en sorte qu'ils travaillent dans leur collectivité.

• (1005)

Mme Eve Adams: Merci.

Monsieur Fisher, aviez-vous quelque chose à ajouter? Je ne veux pas vous mettre sur la sellette.

Il ne me reste qu'une question. Quelle mesure le gouvernement fédéral devrait-il prendre pour préciser les champs de pratique?

Madame Morrow, je vous vois hocher la tête.

Le président: Madame Morrow, pouvez-vous répondre le plus rapidement possible, s'il vous plaît? Merci.

Mme Judy Morrow: Certainement; il n'y a aucun problème.

Pour ajouter à ce qui a été dit aujourd'hui, je crois que nous devons tout d'abord définir « champ de pratique ». Il nous faut peut-être revenir à la définition avant de déterminer le rôle des différents professionnels de la famille des soins infirmiers. Je pense que nous avons un peu de travail à faire sur le terrain d'abord, et nous devons ensuite aller de l'avant. Ce qui se passe sur le terrain, d'après ce que j'ai observé, c'est qu'il y a un champ d'emploi et un champ de pratique, et les deux ont tendance à entrer en conflit. Il nous faut donc revenir à la base.

Le président: Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Morin de poser des questions. Il dispose de cinq minutes.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais continuer sur ce que mes collègues Mme Davies et Mme Adams ont dit au sujet des soins à domicile.

À titre d'experts, vous avez dit que la population est vieillissante. Les personnes âgées, en particulier, désirent recevoir de plus en plus de services à la maison. La Dre Mildon a mentionné que des projets pilotes semblaient donner de bons résultats. On a dit que pour s'assurer qu'il y a des normes pancanadiennes, on pourrait mettre sur pied un comité où le fédéral jouerait un rôle de leader et que cela pourrait aider les provinces à combler leurs besoins particuliers.

Est-ce que toutes les provinces et territoires ressentent ce besoin et ont la volonté d'aller de l'avant afin de bonifier les services de soins à domicile? Ma question s'adresse à tous ceux qui désirent y répondre.

Ma deuxième question est la suivante.

Concrètement, que pourrait-on faire de plus au palier fédéral pour aider les provinces et les territoires à bonifier l'offre de soins à domicile? Dans ma propre circonscription, les services publics n'arrivent pas à répondre aux besoins. Il y a de plus en plus de personnes âgées qui se tournent vers le secteur privé tellement elles désirent recevoir des soins à domicile.

Pouvez-vous répondre à ces deux questions?

Mme Josette Roussel: Je vais répondre à la question en français et, par la suite, ma collègue complétera ma réponse.

Dans nos travaux et nos recherches menées avec nos collègues, on constate que partout au Canada, on veut trouver des modèles ou de meilleures pratiques susceptibles d'amener des changements positifs sans toutefois faire de gros investissements. Ces modèles peuvent se situer au niveau des équipes. Il faut examiner les besoins des différentes populations.

On pourra vous donner plusieurs exemples dans notre présentation écrite. Ce ne sont pas nécessairement des modèles qui reposent sur des infirmières praticiennes spécialisées. Il peut s'agir de modèles où des infirmières autorisées et d'autres membres d'une équipe peuvent offrir des services à la communauté. Comme vous l'avez dit, ce sont surtout les personnes âgées qui ont besoin de tels services.

On constate que dans certaines communautés, les champs d'expertise des infirmières ne sont pas utilisés de façon optimale. Nos membres nous ont dit que leurs compétences sont sous-utilisées. Les compétences des infirmières en matière de soins à la communauté sont utilisées à seulement 40 % de leur capacité. C'est ce que nos recherches nous ont permis de constater. On essaie d'amener des changements dans certains modèles de pratique. C'est ma réponse à votre première question.

Quant à ce qui pourrait aider, je crois qu'il y a de nombreux exemples qu'on pourrait partager avec les provinces et les territoires pour faire en sorte d'améliorer les soins à domicile.

Je vais laisser ma collègue compléter la réponse à ce sujet.

•(1010)

[Traduction]

Dre Barbara Mildon: Je vous remercie de la question.

Comme le temps presse, je vais ajouter brièvement que vous parlez en grande partie de l'évolution des soins à domicile au Canada, qui bien sûr, ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé. C'est pourquoi les soins à domicile ont toujours été à la merci non seulement des différentes interprétations, mais aussi des enveloppes budgétaires. Je suis complètement d'accord avec vous. Nous voyons des situations où une fois que l'enveloppe disparaît, les gens sont sur une liste d'attente et ils n'obtiennent pas le service.

Je sais que ces dernières années, des efforts ont été déployés au fédéral et qu'on s'est entendu sur un ensemble de services de soins à domicile au pays. Il nous faut peut-être revoir ces activités. Autrement, encore une fois, les soins à domicile sont à la merci du financement des différents gouvernements.

M. Dany Morin: Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Il vous reste 10 secondes. Utilisez-les judicieusement.

M. Dany Morin: Ou peut-être pas.

Le président: D'accord. Merci beaucoup.

Maintenant, est-ce que M. Wilks veut prendre la parole, ou M. Young?

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): M. Young

Le président: M. Young.

M. Terence Young: Je vous remercie tous beaucoup de votre présence.

J'étais en train de réfléchir à ce que Cynthia Baker a dit au sujet des soins de longue durée et du vieillissement de la population. Depuis 13 ans, je siège à un conseil d'administration d'une résidence pour personnes âgées sans but lucratif de Toronto. Nous avons trois tours et 300 pensionnaires. Nous fournissons des soins de soutien jusqu'à un certain niveau, mais la moyenne d'âge de nos pensionnaires est de 89 ans. Cela ressemble vraiment à une maison de soins infirmiers pour des personnes âgées capables de se déplacer. En fait, en août, nous avons fait une fête d'anniversaire pour 14 dames qui ont toutes plus de 100 ans. Il n'y a donc pas que la génération du baby-boom; il y a le vieillissement de la population. Les gens vivent beaucoup plus longtemps.

Je veux vous raconter une anecdote personnelle, car c'est tout à fait pertinent. L'an dernier, ma mère, qui vit dans une résidence pour personnes âgées sans but lucratif, a fait une crise cardiaque et a été hospitalisée. Lorsqu'elle était prête à rentrer — et vous savez tous de quoi il s'agit —, son état requerrait l'aide de deux préposés aux services de soutien à la personne pour la transférer de son lit à un fauteuil roulant, et vice versa. Il n'était pas possible de répondre à ses besoins à moins qu'elle paie pour ses soins infirmiers. On n'a pas de lits de soins de longue durée en Ontario. Ils disent « non, non, nous fournissons les soins à domicile ».

On m'a dit que ma mère avait besoin de soins 16 heures par jour. J'ai parlé au personnel du CASC, qui m'a dit qu'il lui fournirait 3 heures de soins par jour. J'ai dit « non, vous vous trompez, son état requiert 16 heures de soins par jour ». Il m'a dit que ce serait 3 heures.

Différentes personnes m'ont conseillé, et j'ai communiqué une fois de plus avec le CASC pour négocier. C'était comme négocier pour l'achat d'une maison ou d'un véhicule. J'ai dit que s'ils payaient les services de 8 heures à midi, ma mère paierait pour les autres heures. La personne m'a rappelé et m'a dit qu'elle demanderait à son chef, qui a accepté.

Heureusement, ma mère avait les moyens de payer pour obtenir ces services jusqu'à ce qu'elle puisse entrer dans un établissement de soins de longue durée, mais la vague s'en vient, surtout à Toronto. Les aînés qui ont une maison à Toronto peuvent se le permettre. Leurs maisons valent entre 600 000 \$ et 800 000 \$, et certaines valent plus de 1 million. Ce sont donc des gens qui ont les moyens de payer pour leurs soins. Dans le cas de ma mère, il s'agit de 12 000 \$ par mois, à 25 \$ de l'heure. Cependant, bien des gens n'en ont pas les moyens, et personne ne veut en parler. Il nous faut vraiment optimiser les soins aux aînés qui ont besoin de différents soins.

Qu'est-ce que les infirmières et les infirmiers devraient être en mesure de faire, et qu'est-ce que les préposés aux services de soutien à la personne devraient être en mesure de faire dans ces établissements, dans les logements avec services de soutien et dans les établissements de soins de longue durée? Que doivent faire les médecins? Qui doit faire quoi? C'est l'occasion pour vous de vous exprimer.

Ma deuxième question s'adresse à Barbara Mildon, et si d'autres témoins veulent intervenir par la suite, ils pourront le faire.

Est-ce que les chasses gardées constituent un problème pour les soins aux patients, aux aînés en particulier? Si c'est le cas, veuillez s'il vous plaît saisir cette occasion pour le dire.

J'aimerais que Cynthia Baker commence.

•(1015)

Dre Cynthia Baker: C'est une excellente question: que devrait faire tout le monde? Cela s'inscrit dans ma réflexion sur les cadres. Je ne crois pas du tout que ce soit clair. C'est à cet égard qu'il nous faut discuter partout au pays avec toutes sortes de groupes, d'intervenants, en définissant...

Il y a des dispositions législatives sur les champs de pratique, etc., mais tout cela est relativement nouveau. Je ne crois pas que ce soit clair, et je pense que nous devons trouver une solution. C'est la première étape, à mon avis, et ensuite, que faisons-nous du côté de la formation, et comment harmonisons-nous les programmes de formation?

Je ne sais pas si mes collègues sont d'accord avec moi, mais je ne crois pas que c'est clair. Il y aura des chevauchements, mais il nous faut trouver une solution. Je crois que nous devons trouver une solution, car c'est vraiment ce dont les soins de santé auront besoin en 2020.

M. Terence Young: Avez-vous des idées sur ce qu'il faut faire pour commencer à arranger les choses?

Dre Cynthia Baker: Oui. Je créerais un groupe de travail national composé de représentants du milieu de l'éducation et d'organismes de réglementation des infirmières et infirmiers praticiens et des infirmières et infirmiers autorisés, de l'Association canadienne des écoles..., de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, d'autres professions. Il y aurait également des médecins et d'autres intervenants...

M. Terence Young: On les enfermerait dans une salle et on leur dirait de trouver une solution, ou...

Dre Cynthia Baker: Non, je créerais le groupe et lui donnerais un mandat de deux ans...

M. Terence Young: Deux ans.

Dre Cynthia Baker: ... pour mener des groupes de discussion, faire des études et des travaux; et tenir des forums nationaux pour tout coordonner et faire une synthèse de l'information, faire des précisions...

Si je comprends bien, c'est ce que les médecins font, mais ils se penchent plutôt sur des questions liées à la médecine générale et à la médecine spécialisée, par exemple.

M. Terence Young: Je veux poser la même question à Barbara Mildon, s'il vous plaît.

Dre Barbara Mildon: Merci.

Je dirais tout d'abord...

Le président: Madame Mildon, il ne nous reste presque plus de temps. Je vous demande de répondre brièvement, s'il vous plaît.

Dre Barbara Mildon: Je serai très brève.

Dans les établissements de soins de longue durée, les infirmières et les infirmiers devraient être en mesure de gérer les soins sur place. Le gouvernement de l'Ontario a annoncé récemment du financement pour les infirmières et les infirmiers praticiens des établissements de soins de longue durée. Cela signifie qu'au départ, votre mère n'aurait peut-être pas eu à aller dans un hôpital. Elle aurait pu être soignée dans cet établissement.

Il faut donc tout d'abord maximiser le champ de pratique, de sorte que nous puissions gérer les soins sur place. Ensuite, en ce qui concerne les chasses gardées, je crois qu'il faut parler plutôt de confusion ici. Je pense qu'il y a un peu de confusion surtout pour ce

qui est des chevauchements. Je parle en particulier des rôles des IA et des IAA. Il faut que ce soit toujours clair. Il faut que ce soit fondé sur les cas ou sur les patients.

C'est ce que je propose.

Le président: D'accord. Merci beaucoup.

Nous pourrions presque tenir cette réunion aujourd'hui, car tous les gens qui doivent participer aux discussions sont ici. Nous devrions peut-être verrouiller la porte.

C'est maintenant au tour de M. Gravelle.

Allez-y, monsieur. Vous disposez de cinq minutes.

M. Claude Gravelle (Nickel Belt, NPD): Je remercie les témoins de leur présence.

Je pense que vous avez tous parlé des champs de pratique.

Existe-t-il un inventaire des champs de pratique dans les provinces ou au Canada pour les hôpitaux? S'il n'y en a pas, qu'est-ce qui empêche cela? Que devons-nous faire en ce sens?

Vous pouvez tous répondre à ma question.

Dre Barbara Mildon: J'inviterais Anne à en parler, et je serai ravie de le faire aussi.

Anne, voulez-vous commencer?

Mme Anne Coghlan: Oui. Merci.

Tout d'abord, je crois que les infirmières et infirmiers conseillers ont récemment mené un projet visant à recueillir des renseignements sur les différents champs de pratique qui existent dans les provinces et les territoires du pays. Cette compilation, si l'on veut, a été faite.

Par contre, je pense que nous devons revenir à ce terme. « Champ de pratique » est une expression très vaste. Je dirais qu'il y a plus de similitudes que de différences au pays quant à sa définition. Les différences se situent dans l'application, c'est-à-dire, de ce que cela veut dire concrètement dans la pratique des soins infirmiers, la façon dont les employeurs l'interprètent, et la réglementation.

Tout à l'heure, j'ai parlé du travail que nous effectuons pour harmoniser la réglementation du champ de pratique. À mon avis, il ne s'agit pas tant d'examiner les différences dans la façon de le définir; il s'agit davantage de réglementer les champs de pratique.

•(1020)

Dre Barbara Mildon: Je crois que Paul peut également répondre aux questions en tant que représentant d'un organisme de réglementation des soins infirmiers auxiliaires.

M. Paul Fisher: La sous-utilisation du champ de pratique des infirmières et des infirmiers auxiliaires est une question essentielle à cet égard.

Je pense que dans le cadre du processus de consultation, lorsque nous examinons la façon dont les soins sont fournis, nous devons également faire participer des membres de la population en général. Parfois, nous ne le faisons pas.

Dre Barbara Mildon: Je serai très brève. Comme mes deux collègues l'ont laissé entendre, ne serait-il pas formidable s'il n'y avait qu'une seule définition de champ de pratique et de normes de pratique au pays? Je pense que c'est notre objectif.

M. Claude Gravelle: Cela nous empêche-t-il d'avoir une seule définition?

Dre Barbara Mildon: C'est une question tendancieuse.

M. Claude Gravelle: C'est que toutes les tendances sont présentes.

Dre Barbara Mildon: Encore une fois, nous devons voir où se situe le pouvoir de décision. Je pense que cela crée le premier obstacle. Je pense toutefois que les travaux de votre comité consistent à abattre les obstacles. Je pense que grâce à vos délibérations et à vos recommandations, nous nous approchons du but. J'ajoute à cela les travaux dont mes collègues ont parlé, qui visent à en arriver à une harmonisation au pays.

M. Claude Gravelle: Merci.

Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Il vous reste une minute et demie pour résoudre tous les problèmes.

M. Claude Gravelle: En lisant un rapport, et je pense que c'est au Manitoba, j'ai appris que Toyota a adopté un système de gestion qui fait en sorte qu'un employé peut arrêter la chaîne de production et régler un problème. Dans les hôpitaux, il s'agit d'une ligne directe à l'interne permettant aux employés et aux infirmières et aux infirmiers de régler un problème. C'est un moyen utilisé en Nouvelle-Zélande, où l'on a amélioré l'efficacité de 35 %. Aux États-Unis, le Virginia Mason Hospital & Medical Center de Seattle a créé le programme en 2002 et c'est considéré comme un des moyens d'action.

Utilise-t-on ce moyen au Canada pour les infirmières? Si ce n'est pas le cas, pourquoi?

Dre Barbara Mildon: Je suis ravie de dire que c'est un moyen auquel on a recours au Canada. Il porte plusieurs noms. Je pense que vous parlez de la méthode Lean, qui est bien connue dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé.

Il y a également un programme qui y est lié. Il s'agit de Releasing Time to Care. Il y a des projets formidables partout au pays. La Vancouver Coastal Health Authority est bien connue et en a eu un ces dernières années. Il y a deux principes de base: premièrement, maximiser la sécurité des patients, car il s'agit de leur sécurité; deuxièmement, avoir le temps de s'occuper des patients, faire en sorte que les infirmières et les infirmiers ou nos collègues sont au chevet des patients ou avec eux à domicile.

C'est bien connu. Cela existe. Encore une fois, comme à peu près tout le reste, il n'y a pas de mise en oeuvre uniforme. On en trouve des exemples partout au pays.

M. Claude Gravelle: Qu'est-ce qui en empêche l'uniformité?

Dre Barbara Mildon: Je veux souligner rapidement le travail du Conseil de la fédération et de son Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. C'est ce qu'il essaie de réaliser: la mise en place des pratiques exemplaires. Récemment, ils ont adopté quelques modèles de pratique exemplaire liés aux soins des pieds chez les diabétiques, par exemple. C'est donc en cours. C'est seulement qu'il n'y a pas le raz-de-marée que souhaiterait voir le comité, je crois.

• (1025)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Gravelle.

Monsieur Wilks, allez-y, s'il vous plaît. Vous disposez de cinq minutes.

M. David Wilks: Je remercie les témoins de leur présence.

Docteur Mildon, au cours de votre exposé, vous avez parlé de la modification de l'article 14, si je me souviens bien, de la Loi sur les

aliments et drogues, concernant la gestion des échantillons de médicaments par les infirmières et les infirmiers autorisés et praticiens, je crois. Nous venons de faire une étude sur l'abus de médicaments d'ordonnance, et il y a beaucoup de faiblesses dans le système, disons. J'aimerais connaître votre opinion là-dessus, et probablement celle de M. Fisher également. Lorsque de grandes sociétés pharmaceutiques distribuent des échantillons de médicaments, c'est habituellement un processus de commercialisation féroce. Elles mettent de nouveaux échantillons sur le marché et parfois, pour ne pas dire tout le temps, ils comportent des risques plus élevés que les médicaments connus.

Je suis curieux de savoir quelque chose. Si l'on donnait aux infirmières et aux infirmiers autorisés et praticiens le droit de distribuer des échantillons de médicament, je me demande quelle information ils donneraient aux patients. S'ils croient que l'échantillon ne convient pas à un patient, refuseraient-ils de le lui fournir?

Dre Barbara Mildon: Encore une fois, mes collègues du domaine de la réglementation voudront peut-être répondre à votre question, mais je dirais très brièvement que c'est pourquoi nous avons des professionnels de la santé réglementés. Ils sont obligés de pratiquer de façon sécuritaire et de se baser sur des faits, et je peux vous garantir qu'aucune infirmière et qu'aucun infirmier autorisés ne donneraient à un patient un échantillon de médicament dont il n'a pas besoin ou sur lequel ils ne lui auraient pas donné d'information — c'est-à-dire sur les effets, les raisons pour lesquelles il doit le prendre, et la façon de le prendre.

Les médicaments qu'ils distribueraient sont ceux que le patient... Par exemple, je reviens à la tension artérielle. Il existe une foule de médicaments sur le marché. Ils ont tous divers effets secondaires. Certains sont plus efficaces que d'autres, selon le patient. Parfois, il faut que le patient en essaie deux, trois ou quatre avant que sa tension artérielle diminue. C'est pourquoi il est tellement utile de distribuer des échantillons.

Sur le plan de la sécurité, je dis sans hésitation qu'aucune infirmière et aucun infirmier ne distribueraient indûment un échantillon à un patient.

M. David Wilks: Est-ce que cela inclut, en ce qui concerne les infirmières et les infirmiers... Si le médicament risque d'avoir des effets indésirables, en informeraient-ils le patient également?

Dre Barbara Mildon: Absolument. C'est un élément essentiel de l'information sur les médicaments qu'il faut fournir, et nous avons le mandat de le faire.

M. David Wilks: Merci.

Est-ce que d'autres témoins veulent ajouter quelque chose? Autrement, je vais poser ma prochaine question. Merci beaucoup.

Je vais changer de sujet. Concernant les soins infirmiers de Service correctionnel Canada, il y a des problèmes entre le système fédéral et les systèmes provinciaux en ce sens que comme vous le savez, les détenus des pénitenciers fédéraux purgent des peines beaucoup plus longues, et parfois — eh bien, c'est toujours le cas —, pour des crimes plus graves. Y a-t-il une différence ou y a-t-il des problèmes dans la profession infirmière dans le système carcéral fédéral par rapport au système carcéral provincial? Les difficultés sont-elles différentes? Est-il possible de rendre leur champ de pratique comparable pour permettre un meilleur mouvement entre les deux systèmes?

Je ne sais pas qui peut répondre à ces questions. Il y a trop de gens compétents ici.

Anne, j'ai vu que vous aviez levé la main. Merci.

Mme Anne Coghlan: Je suis ravie de commencer.

Je dirais que les normes sont les mêmes, et que les attentes pour les infirmières et les infirmiers, peu importe leur lieu de travail, sont les mêmes.

À mon avis, dans les établissements dont vous parlez, certaines des difficultés sont liées à une confusion des rôles et à une compréhension, dans l'établissement, du rôle de l'infirmière ou de l'infirmier par rapport à celui d'un agent correctionnel. Parfois, les infirmières et les infirmiers se trouvent dans des situations où leur capacité de pratiquer selon les normes de la profession n'est pas bien comprise et peut être compromise en raison du type de personnel qui travaille à cet endroit et des politiques et des exigences de l'établissement.

M. David Wilks: Docteur Mildon.

● (1030)

Dre Barbara Mildon: Je suis d'accord avec ma collègue, et j'ajouterais que l'AIC compte un groupe d'infirmières et d'infirmiers qui travaillent en milieu carcéral. Nous serons ravis de vous faire parvenir d'autres renseignements plus tard.

Je veux également signaler qu'il y a des problèmes dans nos établissements correctionnels en ce qui concerne les gens ayant besoin de soins en santé mentale. Parfois, les infirmières et les infirmiers sont aux prises avec des difficultés lorsqu'ils essaient de fournir des soins en santé mentale et qu'ils auraient besoin de le faire dans un établissement différent.

M. David Wilks: Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup.

Je veux remercier tous les témoins, qui ont bien voulu comparaître devant le comité aujourd'hui.

S'il vous est venu d'autres idées pendant la discussion et que vous n'avez pas eu l'occasion de les exprimer dans votre exposé, vous pouvez envoyer une note au greffier ou à l'analyste pour nous les fournir.

Encore une fois, je vous remercie. Tous les députés ont eu l'occasion de vous poser des questions, et nous avons eu une bonne discussion.

Nous allons suspendre la séance quelques minutes. Je demande à nos invités de partir, et nous passerons à nos travaux.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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.

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.

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