



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

44<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 013**

Le lundi 28 mars 2022

Président : M. Sean Casey





## Comité permanent de la santé

Le lundi 28 mars 2022

• (1535)

[Traduction]

**Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)):** La séance est ouverte.

Bienvenue à la 13<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Aujourd'hui, nous nous réunissons pendant deux heures pour entendre des témoins au sujet de notre étude sur les effectifs de la santé au Canada.

Avant de présenter les témoins d'aujourd'hui, je dois faire les rappels habituels concernant les réunions hybrides.

La réunion d'aujourd'hui se déroule en mode hybride, conformément à l'ordre de la Chambre adopté le 25 novembre 2021. Certains députés sont présents dans la salle et d'autres participent à distance à l'aide de l'application Zoom. Nos témoins utilisent, bien sûr, l'application Zoom.

Je profite de l'occasion pour rappeler à tous les participants qu'il est interdit de faire des captures d'écran ou de prendre des photos de votre écran. Les délibérations seront diffusées sur le site Web de la Chambre des communes.

Conformément à notre motion pour affaires courantes, je peux informer les membres du Comité que tous les témoins d'aujourd'hui se sont prêtés aux tests de connexion requis avant la séance.

Les témoins suivants seront avec nous cet après-midi pendant deux heures. À titre individuel, nous avons Sylas Coletto, infirmier autorisé, et Brenda Payne, infirmière d'expérience, éducatrice, cadre de direction et consultante en milieu rural et urbain. Nous avons le Dr Martin Champagne, hémato-oncologue et président de l'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec. De l'Association canadienne des ergothérapeutes, nous avons Giovanna Boniface, présidente et ergothérapeute, et Hélène Sabourin, chef de la direction. Nous accueillons également Cynthia Baker, directrice générale de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières, et Bradley Campbell, président de Corpus Sanchez International Consultancy Inc.

Merci à tous nos témoins d'avoir pris le temps d'être avec nous aujourd'hui.

Nous allons commencer par les déclarations préliminaires des témoins dans l'ordre où ils figurent dans l'avis de convocation. Commençons donc par M. Coletto.

Pour les cinq prochaines minutes, la parole est à vous, monsieur. Bienvenue au Comité.

**M. Sylas Coletto (infirmier autorisé, à titre personnel):** Merci beaucoup, honorables membres, de me recevoir.

Je suis un homme hétérosexuel blanc, cisgenre et colon. Je suis infirmier autorisé en soins intensifs et j'ai un baccalauréat spécialisé en kinésiologie et un baccalauréat en sciences infirmières. À l'heure actuelle, j'étudie à temps plein en vue de l'obtention d'une maîtrise en sciences infirmières.

J'ai travaillé en tant qu'infirmier depuis janvier 2018. [Difficultés techniques] aux soins intensifs cardiaques, à l'urgence et, pendant les principales vagues de la pandémie de COVID-19, aux soins intensifs généraux, en Saskatchewan et en Ontario.

Il y a un dicton qui circule parmi mes collègues: « Les soins de santé, c'est détruire ma vie pour sauver la vôtre ».

J'ai choisi d'aborder trois thèmes: la violence, l'équilibre et la valeur.

D'abord, sur le thème de la violence — que j'ai subie aussi récemment que la semaine dernière —, j'ai été agressé sexuellement, physiquement et verbalement. On m'a tripoté et caressé diverses parties de mon corps. J'ai reçu des coups de poing et des coups de pied. On m'a insulté et menacé de me suivre chez moi et de faire du mal à ma famille. J'ai reçu des éclaboussures de sang dans la bouche. On m'a craché dessus et on m'a jeté des excréments. La liste est longue. J'ai été agressé à plusieurs reprises.

Ce n'est rien de rare. Ces patients sont parfaitement conscients de ce qu'ils font, bien souvent, et c'est souvent bien pire pour mes collègues féminines. Comme beaucoup d'infirmiers et d'infirmières, j'ai cessé de signaler ces incidents. Rien n'est fait aux agresseurs. Les gens continuent à en profiter. De plus, je n'ai pas de poste permanent. Je n'ai pas l'avantage de prendre des congés de maladie payés ou de chercher personnellement un soutien psychologique. Cependant, le fait d'être constamment agressé affecte ma santé mentale et ma vie de famille.

En ce qui concerne ma santé mentale, je suis fréquemment témoin de la mort. Cela a été exacerbé pendant les vagues de COVID. J'ai mis de nombreuses personnes décédées dans des sacs mortuaires pour leur transport à la morgue. Pendant les vagues de COVID, je n'avais pas assez de temps pour métaboliser mentalement tous ces décès. J'ai eu un accès limité à des soutiens, et ma santé mentale en a pâti.

Par exemple, j'avais deux patients qui mouraient en même temps. C'était la dernière fois que les membres de la famille voyaient leurs proches vivants. Je tenais une caméra FaceTime pour l'un d'entre eux, et j'ai dû dire à la famille de mettre fin à l'appel — encore une fois, c'était la dernière fois qu'ils voyaient leur proche vivant — parce que je devais aller le faire avec un autre patient en même temps. Je voulais qu'ils puissent dire au revoir une dernière fois. C'était une de mes journées les plus difficiles.

Sur le plan de l'équilibre, le travail posté est une chose à laquelle il est très difficile de s'habituer, avec l'alternance jours-nuits et le travail par postes de 12 heures ou plus. J'ai peu de temps à consacrer à ma famille. Je dois me reposer afin d'être en parfaite forme au travail. J'ai l'habitude de donner le meilleur de moi-même. J'ai représenté le Canada en aviron au niveau international. Mais dans ce cas, si je ne suis pas en forme tous les jours au travail, des gens meurent, comme nous le voyons actuellement démontré au Tennessee, aux États-Unis. Pendant la COVID, je travaille dans des chambres avec les patients les plus malades 12 heures à 16 heures ininterrompues, en espérant que mon masque reste scellé et que je ne perds pas ce sceau, et en ayant peur de contracter sans le savoir la COVID et de la ramener à la maison dans ma famille.

J'ai deux diplômes. Je travaille à un troisième. J'ai une formation considérable en cours d'emploi. Vous auriez de la chance d'être près de moi si quelque chose devait arriver et que vous aviez besoin de mon aide. Mais je n'ai pas accès à beaucoup d'aide, que ce soit sur le plan de mes finances, de mon horaire de travail ou de mes études. J'ai dû mettre en pause de nombreux aspects de ma carrière ou compromettre mon travail, ne pouvant pas vraiment combiner les deux. Il s'agit soit de renoncer à mon revenu pour subvenir aux besoins de ma famille, soit aller à l'école pour essayer de rehausser la prestation des soins de santé, me perfectionner moi-même ou perfectionner la profession pour améliorer la vie des gens. C'est très difficile de concilier les deux.

Sur le thème de la valeur accordée à la profession chez les groupes décideurs ou conseils, je n'en ai pas vu beaucoup tout au long de la pandémie de COVID-19. Des personnes qui n'ont jamais fait mon travail me disaient quoi faire. Par exemple, le conseil consultatif sur la COVID-19 en Ontario compte 33 membres. Il y a 3 dirigeants et une seule infirmière autorisée au sein du groupe, mais 22 médecins. Ce sont les infirmiers qui mettent en œuvre ce que ces conseils consultatifs proposent. Je suis persuadé qu'il y a beaucoup d'infirmiers intelligents et bien formés qui auraient pu avoir une contribution. Cela me dit que la profession infirmière ne compte pas et que notre contribution n'a aucune valeur. Nous n'avons aucune valeur dans la prise de décision.

Sur le thème de la valeur financière, j'ai 13 ans d'études et de formation postsecondaires. En Ontario, je gagne 36,53 \$ l'heure. En Saskatchewan, je gagne 6,20 \$ de plus par heure, et ce montant augmentera au début d'avril. Cela aide, mais je suis encore sous-payé. En Ontario, il y a le projet de loi 124, l'augmentation salariale de 1 %. J'ai travaillé de plus en plus fort pour sauver la vie des gens, surtout pendant la COVID. Je crois que je vaudrais bien plus que 1 %.

Je vous donne un exemple. Durant les vagues de COVID, nous manquions tellement d'infirmiers aux soins intensifs que nous avons fait appel à des résidents, des médecins en formation, pour travailler sous notre direction, en assistance. Ils n'avaient aucun droit de prescription et ne pouvaient pas administrer de médicaments à moins que je ne sois là avec eux. Nous gagnions toujours le

même salaire, mais les résidents étaient payés 100 \$ l'heure. Je me sentais sous-évalué.

La même chose se passait dans les cliniques de vaccination contre la COVID. Les médecins gagnaient 170 \$ l'heure le jour et 215 \$ l'après-midi. Nous faisons le même travail, mais je gagnais toujours le même salaire. Je me sentais sous-évalué.

● (1540)

Ce travail me prive de temps avec ma famille, détruit ma santé mentale par de mauvais traitements — physiques, émotionnels et financiers — et me fait sentir dévalorisé. Je me demande constamment pourquoi je choisis de continuer à faire ce travail, même si je crois que je fais du bon travail.

C'est ce que j'avais à dire. Je vous remercie.

**Le président:** Merci, monsieur Coletto.

Nous avons maintenant Brenda Payne. Vous avez la parole pour cinq minutes.

**Mme Brenda Payne (infirmière d'expérience, éducatrice, cadre de direction et consultante (zones rurales et urbaines), à titre personnel):** Merci.

J'aimerais tout d'abord remercier le Comité permanent de la santé de me donner l'occasion de présenter mon point de vue sur cette question vraiment importante, à savoir ce que le gouvernement fédéral peut faire pour s'attaquer, comme nous venons de l'entendre, aux problèmes aigus et très graves de recrutement et de maintien en poste ainsi qu'aux problèmes liés au milieu de travail pour de nombreux fournisseurs de soins de santé dans tout le pays, en particulier dans les collectivités urbaines et rurales.

Je ne représente pas un point de vue particulier, mais un point de vue global, en ce sens que mon point de vue a été influencé par mes connaissances cliniques, ma formation et mes antécédents d'infirmière. J'ai à la fois des connaissances et une vaste expérience de nombreux aspects de notre système de santé, ce qui m'a permis de voir vraiment une perspective globale, qui inclut le fait d'être fonctionnaire provinciale de la santé publique, ainsi que patiente.

Ce que j'espère apporter au débat, c'est une compréhension des expériences liées à cette question. Dans tout le pays, nous entendons — pas aussi éloquemment que le premier témoin — de la part de tous les fournisseurs, du public, des patients, des clients, des résidents et de leurs familles que nous sommes dans une situation critique en ce qui concerne le recrutement et la rétention.

J'aimerais pouvoir dire que c'est la première fois que nous entendons, ou que j'entends dans ma carrière, qu'il y a des problèmes de recrutement et de maintien en poste des travailleurs, mais je suis ici pour dire qu'en fait, ce n'est rien de nouveau. C'est un problème auquel nous nous attaquons depuis de nombreuses années et, grâce au travail qui a été effectué précédemment... Le gouvernement fédéral a accompli un travail extraordinaire en amenant les provinces et les territoires, à partir de 2000, à s'attaquer à cette même question.

Le problème pour nous aujourd'hui, cependant, est encore aggravé par le fait que nous savions que cela allait arriver. Nous avions prédit — c'était un facteur connu — que le départ à la retraite des baby-boomers laisserait un grand vide dans le système, et une étude réalisée en 2009 prévoyait une pénurie de 60 000 infirmières et infirmiers autorisés. Et ce, sans tenir compte d'une pandémie, qui a vraiment eu un effet délétère sur nos fournisseurs de soins de santé.

Avant d'aborder ce que le gouvernement fédéral peut faire, il faut reconnaître que dans nos systèmes de santé — et nous les avons étudiés, à l'échelle provinciale ou nationale, chaque fois que nous en avons eu l'occasion —, notre réponse initiale est très réactive. Nous avons eu tendance à considérer les problèmes comme s'il s'agit d'événements uniques qui se produisent en dehors du système.

Mes connaissances et ma vaste expérience m'ont montré que, pour régler ce problème, nous devons travailler en collaboration et en coopération, en reconnaissant que tous les groupes de direction au Canada — les provinces, les territoires, nos peuples autochtones et d'autres groupes sous-représentés, notre système d'éducation, nos employeurs dans les professions de la santé et d'autres intervenants pertinents — peuvent en fait s'unir pour aider à résoudre ce problème.

Après avoir examiné ce que le gouvernement fédéral a accompli, nous avons en fait effectué un travail approfondi sur les effectifs du secteur de la santé, et la stratégie qui a été élaborée peut continuer à servir de fondement à partir duquel on peut commencer à travailler.

• (1545)

Ce qui me préoccupe le plus, c'est qu'en ce moment même, les provinces et les territoires doivent faire face à la pénurie de personnel essentiel pour fournir des soins. Par conséquent, ils proposent une foule d'idées très novatrices. Nous venons d'en entendre parler en ce qui concerne l'augmentation de la rémunération, bien qu'elle soit de 1 %. Je crains qu'à moins que le gouvernement fédéral ne joue un rôle de facilitateur pour réunir toutes les parties, nous nous retrouvons avec un système encore plus fragmenté et des provinces qui fonctionnent très différemment les unes des autres. Comme cela a été fait par le passé, je recommande que nous réunissions les gens. Nous pouvons faire un certain nombre de choses.

L'autre point que j'aimerais souligner, c'est qu'en ce qui concerne le système de santé, si nous nous concentrons sur un seul point, nous ne réussissons pas à régler les problèmes auxquels sont confrontés les fournisseurs, les patients et les familles. Je recommande une approche pancanadienne. Il y a un certain nombre de choses que nous pouvons faire ensemble pour régler... La première consiste à confirmer, du côté de la demande, ce qu'est la vision pancanadienne de la santé. Nous pouvons commencer à examiner, à repérer et à partager les très bonnes stratégies pour non seulement recruter, mais aussi retenir nos fournisseurs actuels.

En abordant certains des principaux problèmes liés au milieu de travail qui ont déjà été abordés par notre premier témoin...

**Le président:** Je vais vous demander de conclure, madame Payne.

**Mme Brenda Payne:** Je crois qu'il y a de plus grands risques à ne pas utiliser une approche pancanadienne pour le problème critique auquel nous sommes confrontés. Les Canadiens, nos fournisseurs et tous les citoyens du Canada comptent sur nous tous pour être en mesure de fournir les services auxquels ils en ont besoin.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci, madame Payne. Je suis sûr que vous aurez de nombreuses occasions de développer vos points davantage pendant les questions et réponses.

[Français]

Docteur Champagne, vous avez maintenant la parole.

• (1550)

**Dr Martin Champagne (président et hémato-oncologue, Association des médecins hématologues et oncologues du Québec):**

L'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec regroupe 350 membres dont la moyenne d'âge est de 47 ans. Le recrutement pour cette spécialité est en pleine explosion, car les besoins en matière de cancérologie augmentent tout le temps. Nous avons 55 résidents et 22 *fellows* en surspécialités médicales puisqu'il faut faire face au vieillissement de la population canadienne. Comme vous le savez, on s'attend à ce qu'environ un Canadien sur deux soit atteint du cancer au cours de sa vie.

Les gens qui étudient dans le domaine ont la responsabilité clinique du diagnostic et du traitement d'une variété de maladies hématologiques, qu'elles soient cancéreuses ou non, ainsi que des soins liés au cancer. Ces gens pratiquent essentiellement en milieu hospitalier. Contrairement à ce qui se passe dans le Canada anglais, au Québec, nous assumons également la responsabilité des activités de laboratoire. Les gens qui sont dans ce milieu doivent assimiler une explosion de connaissances, ce qui a des répercussions majeures.

La pandémie a eu des répercussions sur la cancérologie parce que, comme il a été souligné, le système de santé a été sursaturé et parce que l'on a délesté énormément d'activités. Au Québec, par exemple, 100 000 personnes attendaient de subir une coloscopie avant la pandémie, le test utilisé pour faire le diagnostic du cancer du côlon. Maintenant, plus de 150 000 personnes sont en attente pour ce test. Nous estimons par conséquent qu'un nombre important de cas de cancer n'ont pas encore été diagnostiqués et qu'environ un cancer du côlon sur cinq n'a pas encore été diagnostiqué.

Pour mettre les choses en perspective, je dirai qu'un programme de dépistage du cancer du côlon doit diminuer la mortalité d'environ 20 %. On estime que, au Canada, en 2021, 28 400 Canadiens ont reçu un diagnostic de cancer du côlon et que 9 400 en décèderont. Si le délestage a eu des répercussions considérables, cela veut dire que beaucoup plus de gens vont décéder. De plus, en raison du retard pour ce qui est du diagnostic, les maladies sont plus avancées et elles nécessitent des thérapies plus intensives. Cela occasionne plus de morbidité, plus de complications et plus de mortalité chez les patients.

Présentement, on entend parler des listes d'attente qui se sont beaucoup allongées pour les chirurgies orthopédiques. Or, contrairement aux patients qui subissent une chirurgie orthopédique, les patients atteints du cancer sont dans le système de santé pendant des années. Ce n'est donc pas un investissement ponctuel qui permettra de résoudre le problème, et il sera nécessaire de faire des investissements sur une longue période. On a déjà fait allusion à la pénurie de personnel. Dans certains secteurs clés comme la pathologie, il sera essentiel que le personnel soit bien soutenu pour ne pas limiter la capacité de reprise en oncologie.

La pandémie a eu d'autres répercussions majeures. Avant la pandémie, on avait sondé les membres hématologues et oncologues du Québec. Plus de 80 % d'entre eux disaient bénéficier du soutien et de la reconnaissance de leurs collègues de travail. Cependant, on constatait un taux élevé d'épuisement professionnel. Parmi les répondants, 11 % rapportaient de la dépersonnalisation, 40 % rapportaient de l'épuisement émotionnel et 16,5 % rapportaient des problèmes psychosomatiques, ce qui donnait un taux global d'épuisement professionnel de l'ordre de 57 %. Ces statistiques datent d'avant la pandémie, et, à ce moment, les gens manifestaient malgré tout un engagement à l'égard de la profession. Nous avons d'ailleurs senti la passion de M. Coletto durant son intervention. Les gens sont encore passionnés et ils s'accomplissent encore dans leur travail.

Cependant, nous sommes très inquiets, car la pandémie a eu pour effet de diminuer les contacts physiques avec les patients et entre collègues, et cela aura probablement une incidence importante sur l'épuisement professionnel de l'ensemble du personnel de la santé. Selon une étude menée au Québec auprès de 153 médecins, le niveau de stress que ces derniers subissent est inégalé: il est de l'ordre de 61 % alors qu'il était de 35 % avant la pandémie.

Quelles sont les solutions?

Les normes diagnostiques de traitement et d'encadrement existent déjà en oncologie. Nous n'avons donc pas besoin de nouvelles normes. Par contre, nous avons besoin de ressources. Cela veut dire qu'il faut faire des investissements en santé pour améliorer les infrastructures, former du personnel et faciliter l'automatisation dans les laboratoires. Je pense que le gouvernement fédéral pourra augmenter sa contribution en santé, non seulement de façon ponctuelle, mais de façon récurrente pour répondre aux besoins en hématologie et en oncologie.

• (1555)

On doit axer le système de santé sur la valeur, et non sur une simple réduction des coûts, afin de maximiser les résultats pour les patients compte tenu des ressources disponibles. Cela veut dire avoir un continuum de soins organisés et intégrés. On a besoin de systèmes d'information. Actuellement, on est à l'âge de pierre. On a encore des systèmes non complémentaires et difficiles à consulter. Il faut donc faciliter l'intégration des données par l'intelligence artificielle.

Cela prend des incitatifs, notamment des incitatifs financiers, qui visent l'alignement des objectifs des établissements de santé sur la valeur. Il faut donc des investissements dans l'intelligence artificielle et dans les réseaux informatiques.

De plus, il faut faciliter l'accès aux professions médicales chez les nouveaux immigrants dûment qualifiés pour faciliter le recrutement et les intégrer dans une démarche d'accueil et de socialisation.

Finalement, je veux souligner la détresse des gens qui travaillent dans le domaine de la santé. Il faut augmenter le soutien aux organismes d'aide aux professionnels, comme le Programme d'aide aux médecins du Québec. Je fais allusion aux médecins, mais cela s'applique à tous les secteurs de la santé. Cela nous apparaît essentiel pour lutter contre la détresse psychologique observée chez les professionnels de la santé.

**Le président:** Je vous remercie, docteur Champagne.

[Traduction]

Maintenant, nous allons entendre l'Association canadienne des ergothérapeutes. Mme Boniface ou Mme Sabourin vont parler au nom de l'organisation.

**Mme Giovanna Boniface (présidente et ergothérapeute, Association canadienne des ergothérapeutes):** Je vais faire l'exposé aujourd'hui. Merci.

**Le président:** Bienvenue.

**Mme Giovanna Boniface:** Merci.

Bonjour à tous, et merci de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui.

Je m'appelle Giovanna Boniface, je suis présidente de l'ACE et une ergothérapeute qui exerce depuis 25 ans.

Je me joins à vous aujourd'hui depuis North Vancouver, qui est situé sur les terres des Salish du littoral.

[Français]

**Mme Hélène Sabourin (chef de la direction, Association canadienne des ergothérapeutes):** Bonjour, tout le monde.

Je m'appelle Hélène Sabourin.

[Traduction]

Je suis une infirmière autorisée. Je suis actuellement PDG de l'Association canadienne des ergothérapeutes.

Je vous parle d'Ottawa, sur les terres traditionnelles du peuple algonquin anishinabe.

Je vous remercie de me donner l'occasion de vous rencontrer. J'ai déjà eu le privilège de rencontrer certains d'entre vous.

**Mme Giovanna Boniface:** Nous aimerions parler de deux choses aujourd'hui: les problèmes et les défis liés à la main-d'œuvre en ergothérapie, et la nécessité de défendre l'accès universel à l'ergothérapie.

La main-d'œuvre en ergothérapie au Canada est passée de quelque 7 500 thérapeutes en 1997 à plus de 20 000 en 2021. Bien qu'il y ait eu une bonne croissance, ce n'est absolument pas suffisant. Les ergothérapeutes sont un élément essentiel de l'équipe de soins primaires, ils aident les personnes âgées à vieillir chez elles, ils fournissent des services de santé mentale essentiels, ils soutiennent les enfants atteints d'autisme, ils aident à lutter contre la crise des opioïdes, ils soutiennent les communautés autochtones et ils fournissent des services de réadaptation pour la COVID de longue durée, pour n'en citer que quelques-uns.

Seulement 3,7 % de notre main-d'œuvre se trouve en milieu rural, ce qui ne concorde pas du tout avec les 20 % de Canadiens qui vivent en milieu rural. Quatre-vingt-cinq pour cent de notre main-d'œuvre est constituée de professionnels de première ligne, qui fournissent des soins vitaux dans les hôpitaux, les établissements de santé communautaire et les établissements de soins de longue durée.

La demande continue de croître de façon exponentielle, et l'offre n'a tout simplement pas suivi la cadence. L'enquête nationale menée en 2013 auprès de 60 000 médecins canadiens a révélé que plus de 70 % d'entre eux ont dit avoir de la difficulté à orienter leurs patients vers des ergothérapeutes financés par l'État. De plus, le Système de projection des professions au Canada du gouvernement du Canada valide le fait que l'ergothérapie est l'une des catégories professionnelles où la demande dépassera l'offre jusqu'en 2028 au moins. Pendant cette période, on s'attend à ce que les ouvertures de postes d'ergothérapeute dépassent la main-d'œuvre d'au moins 20 %. Les associations provinciales et territoriales d'ergothérapeutes nous confirment également que nous avons de la difficulté à recruter des thérapeutes pour des postes essentiels. Par exemple, plus tôt cette année, rien qu'à Edmonton, plus de 70 postes d'ergothérapeute ont été annoncés et n'ont pu être pourvus.

Dans un rapport de 2021, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada a déclaré que la COVID offre la possibilité de combler des lacunes de longue date dans le système de soins de santé, et nous ne pourrions être plus d'accord. Les ergothérapeutes, en raison de leur formation, de leurs compétences et de leur champ d'activité, peuvent avoir une contribution inestimable dans la transformation du modèle de soins actuel qui est coûteux et axé sur les hôpitaux en un modèle de soins moins coûteux, axé sur la santé et le mieux-être des patients et de la communauté. Ce dernier, qui met l'accent sur la promotion de la santé, la prévention et la gestion des maladies et des blessures, s'inscrit parfaitement dans le cadre de la pratique de l'ergothérapie axée sur la fonction et l'occupation. La COVID a également fait ressortir le besoin crucial de modèles de soins primaires interprofessionnels et fondés sur le travail d'équipe qui incluent les ergothérapeutes.

Alors, quel est le problème? Les services d'ergothérapie ne sont pas largement couverts par les régimes publics et privés d'assurance maladie complémentaire, seules cinq grandes compagnies d'assurance offrant la couverture de l'ergothérapie comme une option « flexible », ce qui signifie qu'elle n'est pas automatiquement incluse dans les régimes. De nombreux employeurs, y compris le gouvernement du Canada, ne couvrent pas les services d'ergothérapie dans leurs régimes d'assurance maladie. Avec une si faible couverture, les Canadiens doivent payer « de leur poche » des services d'ergothérapie pour leur enfant autiste, leur adolescent aux prises avec des idées suicidaires ou leurs parents qui veulent vivre à la maison et ont besoin de modifications à leur domicile, pour ne citer que quelques scénarios.

Quelle est la solution? L'ergothérapie doit faire partie du panier de services de soins de santé publics offerts universellement. Le statu quo n'est absolument pas acceptable et l'inaction n'est plus une option. Le Canada a besoin d'une stratégie complète et intégrée en matière de soins primaires, qui inclut les ergothérapeutes dans toutes les équipes de soins primaires du Canada. Cela aura une incidence positive sur le système de soins de santé en améliorant l'expérience du patient: des soins de bonne qualité, au bon moment, par le bon membre d'une profession de la santé réglementée, dans les collectivités où les Canadiens vivent, étudient, travaillent et jouent. Cela permet également d'obtenir des résultats positifs en matière de santé, tout en réduisant le coût des soins de santé par habitant.

Jamais l'impact de la perturbation sur la vie quotidienne et le fonctionnement n'a été aussi évident qu'avec la COVID. Tout le monde en a été touché. Les ergothérapeutes sont des professionnels réglementés axés sur la fonction et l'occupation. C'est dans notre

ADN. S'assurer que les Canadiens ont accès à ce service essentiel est indispensable pour leur santé.

Le moment est venu d'agir. Les ergothérapeutes ne doivent plus être considérés comme une option agréable à avoir dans les soins de santé. Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé indispensables qui peuvent aider à transformer le système de soins de santé pour mieux répondre aux besoins des Canadiens.

Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de présenter un exposé au comité permanent aujourd'hui.

• (1600)

**Le président:** Merci, madame Boniface.

Nous passons maintenant à l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières.

Madame Cynthia Baker, directrice générale, vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Mme Cynthia Baker (directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières):** Merci.

Je m'appelle Cynthia Baker. Je suis la directrice générale de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières.

J'aimerais reconnaître respectueusement que le bureau national de l'ACESI est situé sur un territoire algonquin non cédé.

Je vous remercie de me donner l'occasion de parler au nom de nos membres, les 95 écoles de sciences infirmières membres au Canada qui offrent des programmes de baccalauréat ou de deuxième cycle en sciences infirmières.

[Français]

L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières, ou ACESI, est la voix nationale de la formation en soins infirmiers. Notre mission est de promouvoir une formation en soins infirmiers de grande qualité dans tous les territoires et toutes les provinces du Canada, et ce, dans les deux langues officielles.

[Traduction]

Les préposées aux soins personnels, les infirmiers auxiliaires, les infirmiers psychiatriques autorisés, les infirmiers autorisés et les infirmiers praticiens sont tous des membres importants de l'équipe de soins infirmiers.

Comme les infirmiers autorisés forment le plus grand groupe de professionnels de la santé au Canada et que le taux de vacance pour cette catégorie monte en flèche dans tout le pays, je concentrerai ma présentation sur eux.

La COVID-19 occupe les lits d'hôpitaux. Le nombre de personnes âgées nécessitant des soins augmente, et les infirmiers d'expérience quittent la profession en grand nombre. Les écoles de sciences infirmières de toutes les provinces et de tous les territoires répondent aux demandes du gouvernement d'augmenter le nombre de places, d'ouvrir de nouveaux locaux ou d'offrir d'autres programmes de soins infirmiers.

Cette situation fait suite à une période de deux ans de perturbations répétées des programmes d'études, la pandémie ayant entraîné la fermeture...

**Le président:** Madame Baker, je suis désolé de vous interrompre. Pouvez-vous baisser votre micro d'environ un quart de pouce? Essayons cela et voyons si cela fonctionne. Nous avons un peu d'électricité statique. Allez-y et voyez si c'est bon.

Ne vous inquiétez pas, nous allons ajouter à votre temps.

**Mme Cynthia Baker:** D'accord.

Comme je l'ai dit, il y a eu des perturbations répétées du programme d'études...

**Le président:** Une seconde, madame Baker. Je vous ai induite en erreur. Pouvez-vous mettre le micro entre votre nez et votre lèvre supérieure?

**Mme Cynthia Baker:** D'accord.

La pandémie a empêché les étudiants d'avoir accès aux stages cliniques et à l'apprentissage en classe et en laboratoire. Les exigences imposées aux éducateurs en soins infirmiers et aux étudiants en soins infirmiers ont été lourdes.

L'ACESI mène une enquête annuelle auprès des étudiants et des enseignants en soins infirmiers. Le nombre de nouveaux infirmiers...

• (1605)

**Le président:** Je suis désolé, madame Baker. Mes conseils ne font qu'empirer les choses. Remontez-le un petit peu, s'il vous plaît.

**Mme Cynthia Baker:** Qu'en dites-vous?

**Le président:** Je pense que c'est beau maintenant.

Je suis désolé de toutes ces interruptions. Allez-y.

**Mme Cynthia Baker:** D'accord.

L'ACESI mène une enquête annuelle auprès des étudiants et des enseignants en sciences infirmières. Le nombre de nouveaux infirmiers autorisés qui entrent dans la main-d'œuvre des soins de santé a augmenté de façon constante depuis un creux de 4 816 en 2000. Au cours des cinq dernières années, les écoles de sciences infirmières ont diplômé plus de 12 000 infirmiers autorisés par an, un nombre plus élevé que jamais.

Pour cela, il faut des enseignants qualifiés, des instructeurs cliniques d'expérience, des laboratoires de simulation bien équipés, de bonnes ressources documentaires et des sites de placement clinique appropriés. Les enseignants en sciences infirmières ont été poussés à la limite et les sites de placement clinique, qui sont essentiels à la formation en sciences infirmières, sont saturés. Pour augmenter le nombre de places et de programmes en sciences infirmières, il faut plus d'enseignants, de ressources et de lieux de stages cliniques qu'il n'en existe actuellement.

[Français]

Les écoles de sciences infirmières canadiennes subissent donc d'importantes pressions et elles doivent faire face à de nombreux défis.

[Traduction]

La qualité de la formation en sciences infirmières est pourtant essentielle à la santé et au bien-être des Canadiens. La profession d'infirmière est complexe et exigeante sur le plan émotionnel. Elle exige des bases théoriques et scientifiques approfondies, de solides compétences en matière de raisonnement clinique, un jugement clinique solide, des compétences techniques affûtées, de la compassion, de l'attention et de la résilience émotionnelle. L'incompétence

ou l'erreur d'une infirmière peut mettre en danger la vie d'un patient.

La qualité de la formation en sciences infirmières est également essentielle pour la rétention des infirmiers. Des études démontrent que les diplômés en sciences infirmières qui n'ont pas la formation appropriée et qui ne bénéficient pas d'un soutien de transition adéquat lorsqu'ils commencent à exercer sont susceptibles d'abandonner la profession au bout d'un an ou deux. Faire des économies pour augmenter le nombre de diplômés en sciences infirmières ne permet pas d'obtenir une main-d'œuvre infirmière sûre et durable.

Il est urgent d'augmenter le nombre d'infirmiers autorisés compétents sur le plan clinique et aptes à rester en poste dans toutes les provinces canadiennes. Il est également urgent de surmonter des obstacles importants si l'on veut y parvenir.

[Français]

Compte tenu de la complexité de la formation en soins infirmiers, les membres de la direction des écoles de sciences infirmières doivent prendre part aux discussions.

[Traduction]

Il est essentiel d'investir dans la formation en sciences infirmières et d'inclure le personnel enseignant dans l'élaboration de stratégies visant à résoudre la crise actuelle des effectifs du secteur de la santé.

Les domaines de la formation en sciences infirmières qui offrent des solutions potentielles pour une main-d'œuvre infirmière durable seront exposés.

La première solution consiste à augmenter le nombre de nouveaux infirmiers autorisés sans sacrifier la qualité grâce à des programmes de baccalauréat en sciences infirmières de niveau avancé pour les personnes qui ont déjà un diplôme dans une autre discipline. Ces programmes se déroulent toute l'année, avec quatre trimestres au lieu de deux, et sont donc achevés en deux ans sans aucune réduction dans le programme d'études. La demande d'admission à ces programmes est élevée. Les infirmiers diplômés issus de ces programmes excellent généralement.

Le deuxième objectif est d'augmenter le nombre d'infirmiers formés à l'étranger entrant sur le marché du travail, en augmentant le nombre de programmes de transition participatifs et normalisés offerts par les établissements postsecondaires.

Troisièmement, il faut accroître la compétence clinique et le maintien en poste des diplômés en sciences infirmières en favorisant leur transition vers l'exercice de la profession au moyen de programmes de résidence de 6 à 12 mois. De multiples études menées aux États-Unis et en Australie ont montré que de tels programmes augmentent la sécurité, les compétences cliniques et la satisfaction professionnelle des nouveaux diplômés, tout en réduisant le coût du roulement pour les employeurs.

En conclusion, avec des investissements dans l'enseignement des sciences infirmières, une collaboration entre les écoles de sciences infirmières, les gouvernements et les services de soins de santé, et un engagement national à conserver la qualité élevée de la formation en sciences infirmières qui fait la réputation du Canada dans le monde, la crise des effectifs de soins infirmiers peut être résolue. L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières s'engage fermement à contribuer aux solutions.



Pour terminer sur une note positive, malgré des conditions de soins de santé de plus en plus complexes, les demandes d'admission aux programmes de baccalauréat en sciences infirmières sont très nombreuses dans tout le pays. C'est un témoignage de la ténacité éventuelle de nos futurs infirmiers.

• (1610)

[Français]

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de mettre en lumière certains problèmes quant à la formation en soins infirmiers en lien avec la pénurie d'infirmières ainsi que de vous offrir des pistes de solution.

[Traduction]

Je vous remercie de votre attention.

**Le président:** Merci, madame Baker.

Maintenant, de Corpus Sanchez International Consultancy Inc., nous avons Bradley Campbell.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes, monsieur.

**M. Bradley Campbell (président, Corpus Sanchez International Consultancy inc.):** Merci.

Bon après-midi, monsieur le président, membres du Comité et distingués invités.

Je suis très heureux d'être ici aujourd'hui pour vous parler de la question cruciale des ressources humaines en santé et du travail particulier que ce comité reprend en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, qui demande au Comité d'entreprendre une étude sur la façon dont le gouvernement fédéral peut faciliter le recrutement et le maintien en poste de médecins, d'infirmiers, d'infirmiers praticiens et d'autres prestataires de soins dans le système de santé public, et notamment dans les collectivités rurales et nordiques.

Il s'agit d'un dossier incroyablement important. C'est aussi un sujet qui n'a rien de nouveau. L'appel à des stratégies globales pour répondre au besoin d'un approvisionnement durable en ressources humaines dans le secteur de la santé a fait l'objet de nombreuses commissions et groupes d'experts à l'échelon fédéral depuis des décennies, y compris le rapport *Lalonde* en 1974, qui s'est poursuivi avec les rapports *Romanow* et *Kirby* en 2002, et des travaux supplémentaires lancés avec Santé Canada en 2005 pour poursuivre des stratégies dans quatre domaines clés: un, l'approvisionnement en fournisseurs de soins de santé; deux, l'utilisation efficace des compétences; trois, la création de milieux de travail sains, favorables et propices à l'apprentissage; et quatre, une planification et des prévisions plus efficaces.

Je crois que tous nos témoins ont abordé certains de ces points ici aujourd'hui.

La poursuite de ces objectifs crée une intersection idéale entre les mandats fédéraux, provinciaux et territoriaux, et ce, de plusieurs façons.

Premièrement, les gouvernements fédéraux antérieurs, quel que soit le parti au pouvoir, ont cherché à éliminer les obstacles au recrutement de professionnels formés à l'étranger, souvent par des initiatives visant à soutenir l'immigration simplifiée ou les visas de travail.

J'ai eu le privilège de participer à des tables rondes de planification, tant ici qu'à l'étranger, et j'ai souvent entendu des préoccupations concernant l'éthique du recrutement international. La principale préoccupation est que nous, Canadiens, ne devrions pas poursuivre agressivement des stratégies dans d'autres pays simplement pour répondre à nos propres besoins en professionnels de la santé au détriment de la durabilité du système dans d'autres pays. Il est clair que nous devons être conscients de cette préoccupation.

Parallèlement, plusieurs pays forment délibérément plus de personnes qu'ils n'en ont besoin afin d'aider leurs citoyens à poursuivre des carrières à l'étranger, de sorte qu'ils puissent à leur tour envoyer de l'argent chez eux pour soutenir les membres de leur famille élargie. Dans ces circonstances, le recrutement mondial peut aider toutes les parties à atteindre leurs objectifs.

Deuxièmement, de nombreuses provinces ont déjà mené des travaux à l'échelle provinciale pour retenir les professionnels de la santé dans la main-d'œuvre, en mettant au point des solutions intégrées pour permettre des équipes de soins véritablement interprofessionnelles.

J'ai, moi-même, eu l'occasion de travailler avec les gouvernements de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard dans le cadre de tels efforts et je peux confirmer que les solutions mises en œuvre par les provinces aident à surmonter les obstacles ancrés dans les silos et les cultures organisationnelles individuelles.

Le gouvernement fédéral peut aider à coordonner ces efforts à l'échelle nationale, en établissant des partenariats avec les provinces et les territoires pour comprendre les besoins locaux, tout en favorisant une stratégie pancanadienne globale en matière de ressources humaines en santé. Cela ne signifie pas que toutes les solutions seront applicables dans tous les domaines, mais la cohérence des objectifs peut permettre de créer des solutions locales dans un contexte global.

Plus tôt aujourd'hui, lorsque nous avons entendu le témoin de l'ACE, nous avons entendu parler de la façon dont différents milieux, y compris la collectivité, ont des solutions qui sont très différentes de celles instituées dans les hôpitaux.

En fin de compte, toutes les solutions doivent permettre de répondre aux besoins particuliers de la population desservie. Cela est particulièrement vrai lors de la conception de solutions pour les collectivités nordiques ou éloignées, qui n'ont pas toujours le même accès aux services qui sont couramment disponibles dans les milieux plus urbains.

Troisièmement, je crois que le gouvernement fédéral a une occasion unique de s'associer aux collectivités autochtones pour élaborer des solutions qui fonctionnent pour elles.

Dans ma carrière, j'ai eu le privilège de travailler avec certaines collectivités autochtones pour aider à la création de voies et de modèles dirigés par les Autochtones qui permettent l'accès à l'éducation et aux soins quand, où et comment ils veulent les recevoir. Il s'agit notamment de soutenir la formation des Autochtones dans diverses professions de la santé, mais aussi d'aider les fournisseurs non autochtones à mieux se rapprocher des collectivités autochtones en général, et des patients autochtones et de leurs familles en particulier, et à établir des partenariats avec eux afin de soutenir des solutions qui, une fois encore, sont définies par eux et pour eux. Ce que l'on apprend grâce à ce travail essentiel contribuera à définir des solutions pour toutes les personnes qui vivent dans les collectivités nordiques et éloignées.

En conclusion, je pense qu'il est clair que nous traversons une période difficile. Du point de vue de la prestation des services de santé, il est bien connu que les citoyens plus âgés ont tendance à utiliser le plus les services de santé. Étant donné que le premier baby-boomer aura 76 ans cette année, la nécessité de répondre aux besoins de la génération des baby-boomers et de la génération qui les a précédés, celle de mes parents, devient de plus en plus essentielle au quotidien. Ces générations définissent la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui, ainsi que les générations qui les suivent. Elles, ainsi que les générations qui les suivent, ne méritent rien de moins que notre mieux collectif, au fur et à mesure que nous avançons dans ce travail critique pour créer une offre durable de ressources humaines en santé.

Lorsque nous pensons à la main-d'œuvre des fournisseurs de soins de santé, beaucoup d'entre eux sont fatigués, épuisés et frustrés et, comme nous l'avons entendu plus tôt aujourd'hui, subissent quotidiennement, voire constamment, de mauvais traitements aux mains des patients qu'ils essaient de servir.

● (1615)

Le rythme auquel ils quittent la main-d'œuvre augmente tout simplement à un rythme accéléré que nous ne pouvons pas soutenir. La pandémie a exacerbé la situation, mais elle ne l'a pas créée. La tendance va dans ce sens depuis des années. Nous devons faire participer les fournisseurs à la création de nouvelles solutions. Nous devons également comprendre qu'à mesure que de nouveaux professionnels arrivent sur le marché du travail, qu'ils soient formés ici ou recrutés à l'étranger, ils doivent être soutenus pour s'épanouir dans les milieux dans lesquels ils travailleront.

Ma dernière observation est une demande aux personnes représentées à ce comité: il nous faut une participation et d'un accord multipartite pour avancer de manière unifiée. Nous ne pouvons tout simplement pas nous permettre que les stratégies en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé deviennent le prochain ballon de football politique. Nous devons travailler ensemble là-dessus.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Campbell.

Avant de passer à la série de questions, madame Baker, nous allons faire un dernier essai.

Le problème avec le son de votre micro est qu'il rend la tâche difficile aux interprètes. Je pense que le micro est trop proche de votre bouche. Pouvez-vous le déplacer?

Essayez maintenant.

**Mme Cynthia Baker:** Bien.

Est-ce que c'est mieux?

**Le président:** Bon. Nous allons en rester là.

Nous allons commencer les tours de questions, en commençant par les conservateurs.

Docteur Ellis, vous avez six minutes.

**M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leurs déclarations réfléchies et de leur présence aujourd'hui.

Je vais commencer mes questions par Mme Payne.

Je crois savoir que vous avez une certaine expérience des études que nous avons réalisées dans le passé. L'une des principales questions que je vous pose est la suivante: quel est, selon vous, le rôle du gouvernement fédéral dans la stratégie de gestion des ressources humaines de la santé?

**Mme Brenda Payne:** Merci de cette question, docteur Ellis.

Je dirais que c'est un rôle de facilitateur. Le gouvernement fédéral possède à la fois l'expérience et les documents de base sur lesquels il peut s'appuyer pour adopter très rapidement une approche pancanadienne. Son rôle serait d'amener les bonnes personnes à la table, en reconnaissant que le travail qui a été fait précédemment, jusqu'en 2011 environ, nécessiterait une certaine mise à jour, en ce qui concerne tant les personnes que nous recrutons que la façon dont nous rendons nos lieux de travail appropriés pour le recrutement. Ce n'est pas la même chose que pour les baby-boomers ou que mon expérience de travail dans le système de santé.

Je crois que le gouvernement fédéral est en mesure de mettre rapidement sur pied une approche pancanadienne, comme il l'a fait pour les données.

**M. Stephen Ellis:** Pour faire suite à cela, étant donné qu'il faut au moins quatre à six ans pour avoir un infirmier, et plus longtemps pour avoir un médecin, comment allons-nous réellement arriver à ce point approprié? La situation est critique. Nous avons un patient qui saigne abondamment, et nous n'avons même pas de...

● (1620)

**Le président:** Je suis désolé de vous interrompre, docteur Ellis. On vient de m'informer que la sonnerie retentit à la Chambre. Pour que nous puissions continuer, nous avons besoin du consentement unanime du Comité.

Est-ce une cloche de 15 minutes?

**M. Majid Jowhari:** Je ne sais pas. J'essaie de comprendre d'où elle vient.

Il n'y a pas de sonnerie. Toutes mes excuses.

**Le président:** Docteur Ellis, je suis désolé de cette interruption. Je vais ajouter le temps perdu à votre temps de parole.

Allez-y.

**M. Stephen Ellis:** Merci, monsieur le président.

Je me demande si M. Jowhari a entendu le tintement des verres, mais je digresse...

Vous avez ruiné ma sublime métaphore. Le patient saigne, il a besoin d'une intervention chirurgicale, mais on se contente d'appliquer une pression sur la blessure. Autrement dit, la situation est critique.

Comment pouvons-nous agir rapidement?

**Mme Brenda Payne:** La question m'est-elle encore adressée?

**M. Stephen Ellis:** Oui, la question s'adresse à vous.

**Mme Brenda Payne:** Actuellement, monsieur Ellis, les provinces et les organismes cherchent des solutions à ce problème. Ils font preuve de beaucoup d'inventivité, ils créent de nouveaux postes, ils redistribuent les rôles... Ce que j'essaie de vous faire comprendre, c'est qu'il faut le faire en collaboration, en évitant d'ajouter des obstacles ou d'autres paliers bureaucratiques. Il faut organiser rapidement la concertation de toutes les parties pour qu'elles réfléchissent ensemble à des stratégies provisoires comme le recrutement international.

D'expérience, un peu comme pour d'autres problèmes dans le domaine de la santé, je sais que si on se focalise sur lui, le plus gros problème est celui qui retient notre attention. Nous devons réfléchir aux solutions possibles, mais nous devons le faire de concert avec les provinces et les territoires.

Merci.

**M. Stephen Ellis:** Merci, madame Payne, pour cette réponse.

Madame Boniface, pour ce qui concerne le rôle des ergothérapeutes dans les services de santé en région rurale... Est-ce qu'ils travaillent de manière indépendante ou plutôt au sein d'une équipe?

**Mme Giovanna Boniface:** Tout dépend du modèle privilégié dans chaque province et territoire. À certains endroits, les ergothérapeutes travaillent surtout dans le secteur public, mais suivant la structure du système et sachant qu'elle varie énormément d'un endroit à l'autre, ils fournissent aussi des services à l'extérieur de ce système. Par exemple, si le financement vient d'une société d'État, comme c'est le cas en Colombie-Britannique... Si je prends cet exemple, le financement vient d'un régime d'assurance personnel ou d'un organisme d'indemnisation des accidentés du travail, ou même du ministère des Anciens Combattants, et donc du fédéral. Dans ces régions, des ergothérapeutes sont des travailleurs indépendants en raison de la structure du système et parce qu'il peut y avoir plusieurs sources d'indemnisation.

On trouve les équipes de soins interprofessionnels dans le système public, et surtout en milieu communautaire, et il est clair que les ergothérapeutes ont leur place dans ces équipes. C'est quelque chose qui commence à émerger par vagues, mais pas de façon uniforme. L'approche est loin d'être uniforme, et cela dépend vraiment... Selon les échos que nous en avons, c'est un phénomène très régional et très tributaire des décisions prises dans les communautés.

Les ergothérapeutes ont certainement un rôle à jouer. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, notre souhait est que tous les Canadiens aient accès à des services d'ergothérapie. Une personne qui a un accident d'auto ou qui se blesse au travail ou dans un autre contexte devrait avoir accès à ce genre de services quand elle en a besoin, sans délai et sans avoir à faire des démarches sans fin pour trouver ces services. Dans certains cas, il n'y en a pas. Selon le système, l'accès à des services d'ergothérapie n'est tout simplement pas une option pour certaines personnes.

Il faut que les choses changent et que les ergothérapeutes fassent partie des équipes de soins primaires, aux côtés d'autres professionnels importants de la santé comme le personnel médical ou infirmier. Ils forment tous une équipe.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup de cette réponse, madame Boniface.

Madame Baker, vous avez évoqué le rôle essentiel de la supervision clinique et de l'offre insuffisante actuellement. Que proposez-vous pour remédier à cela?

• (1625)

**Mme Cynthia Baker:** La situation des stages cliniques constitue un obstacle majeur. Une des solutions consiste à offrir des programmes de résidence après l'obtention du diplôme en sciences infirmières. C'est un progrès important, mais, durant le programme, les milieux de l'enseignement et des services doivent collaborer pour trouver des stratégies novatrices visant l'offre de stages cliniques.

L'autre solution est d'utiliser davantage, comme cela se fait déjà, les simulations virtuelles et haute fidélité dans le cadre des programmes.

**M. Stephen Ellis:** Madame Baker, avez-vous une bonne idée du nombre de postes de superviseur clinique disponibles à l'échelle du pays, ou est-ce quelque chose que nous devons étudier de plus près?

**Mme Cynthia Baker:** Je n'ai pas de données sur le nombre de postes disponibles, mais j'ai les données sur le nombre d'enseignants cliniques engagés l'année dernière et les deux années précédentes.

**M. Stephen Ellis:** En fait, j'aimerais savoir si ces données sont fiables. Par exemple, dans mon coin de pays... Dans le Nord de la Nouvelle-Écosse, deux hôpitaux, un à Springhill et l'autre à Amherst, pourraient accueillir du personnel infirmier ayant besoin de supervision, mais les données n'en tiennent pas vraiment compte en raison de la situation géographique.

**Le président:** Essayez de répondre le plus brièvement possible.

**Mme Cynthia Baker:** Je ne suis pas certaine de comprendre votre question. Le nombre d'enseignants cliniques... Les enseignants cliniques sont engagés par les écoles de sciences infirmières. Ils peuvent être détachés par un hôpital ou un établissement de soins, mais c'est le programme de formation qui les engage.

**M. Stephen Ellis:** C'est bon.

Je vais y revenir plus tard, monsieur le président. Merci.

**Le président:** Merci.

Monsieur van Koeverden maintenant. Vous avez six minutes.

**M. Adam van Koeverden (Milton, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à nos témoins de participer à notre réunion. Merci de votre travail, merci de votre résilience, et merci du soutien que vous avez offert à un très grand nombre de Canadiens durant la période la plus difficile qu'ils ont jamais vécue. En tout cas, cette période a certainement été la plus difficile pour les travailleurs de la santé du Canada.

J'ai deux questions. La première sera pour M. Coletto. Je ne vous ai pas choisi seulement parce que nous avons tous les deux fait de la course en bateau. Vous nous avez donné un témoignage vraiment poignant et je tenais à vous interroger sur les besoins des travailleurs de la santé et la manière dont nous pouvons y répondre pour rendre la profession infirmière attrayante pour les jeunes. C'est essentiel.

Il est tout aussi essentiel que le milieu de travail soit sûr. Après vous avoir entendu, vous et d'autres témoins avant vous, il est clair que ce n'est pas toujours le cas. J'en profite au passage pour souligner l'adoption récente du projet de loi C-3, qui propose quelques mesures prometteuses. Notamment, il crée une infraction pour entrave ou empêchement de l'accès à des services de santé, ainsi qu'une infraction si une personne empêche un soignant de fournir ces services, notamment dans un contexte de prestation de soins.

Vous avez mentionné qu'il était difficile d'obtenir un congé de maladie. Je ne sais pas quelle était votre situation d'emploi à ce moment, mais le projet de loi C-3 ajoute 10 jours de congé de maladie par année civile.

Que pensez-vous de l'adoption de ce projet de loi? Que devons-nous faire pour convaincre les jeunes de choisir la profession infirmière et rendre les milieux de travail sûrs et exempts du genre de harcèlement que vous nous avez décrit?

Encore une fois, je vous remercie du travail que vous avez accompli dans des conditions aussi pénibles.

**M. Syllas Coletto:** Merci beaucoup.

C'est une première pour moi, alors je vous demanderais d'être indulgents si ma réponse n'est pas celle que vous attendez.

Pour ce qui concerne les agressions, il est impossible de les prédire. On ne sait jamais ce qui va se passer. J'ai reçu une formation sur l'intervention non violente en cas de crise, mais, dans une salle d'urgence, la situation peut tourner dans le temps de le dire.

Quand je travaillais à [*difficultés techniques*], un détenu d'un établissement fédéral s'est emparé de l'arme à feu d'un gardien et il a tiré. On ne s'y attendait vraiment pas. C'était terrifiant. Pour rendre la profession attrayante pour les jeunes... Je n'ai pas encore vu comment le projet de loi C-3 s'applique en milieu hospitalier. Les gens peuvent hurler, se mettre en colère et à [*difficultés techniques*] soudainement. Il faut être très alerte pour anticiper ce genre de comportements.

La réponse simple... Ce serait bien d'avoir toujours à proximité un employé qui interviendrait dès qu'une personne se mettrait à lever la voix ou à hurler. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Il se peut que les autres infirmiers, médecins ou autres collègues soient trop loin pour intervenir rapidement...

• (1630)

**M. Adam van Koevorden:** Désolé de vous interrompre, mais je voulais seulement avoir quelques éclaircissements sur ce point en particulier.

Relativement au nombre d'infirmiers sur appel ou de service à un moment donné... Si j'ai bien compris, vous semblez dire que si vous étiez plus nombreux, le milieu de travail serait plus sûr.

**M. Syllas Coletto:** Je ne vois pas comment il pourrait être moins sûr.

Cela réglerait un bon nombre des problèmes de sécurité. Par exemple, nous avons une équipe infirmière de base dans notre service, c'est-à-dire six personnes au maximum. Il ne peut pas y en avoir plus, à moins que ce soit nécessaire, par exemple s'il y a un afflux de patients. Si un employé était ajouté au personnel infirmier de base pour lui venir en aide en cas d'incident, c'est clair que ce serait plus sûr. Si nous pouvions être plus nombreux, ce serait certainement un avantage.

Cependant, dans les conditions actuelles et considérant la façon dont les politiques sont appliquées, il faut une très bonne raison pour ajouter du personnel. Il faut une raison pour que les algorithmes utilisés autorisent l'ajout d'une personne à l'équipe infirmière de base.

**M. Adam van Koevorden:** Merci de cette réponse, monsieur Coletto. Et merci encore votre excellent travail.

Ma seconde question s'adresse à vous, madame Baker, et elle portera sur l'effectif infirmier. Je profite de l'occasion pour souligner quelque chose qui je crois est pertinent, c'est-à-dire l'annonce concernant la signature d'une entente sur les garderies avec l'Ontario ce matin. Cette entente permettra aux infirmières qui le souhaitent de reprendre le travail plus tôt après avoir eu un enfant. Les nouveaux parents pourront reprendre le travail un peu plus tôt. Cette possibilité aura un effet positif sur l'effectif infirmier. Cela dit, je sais comme vous que ce ne sera pas une panacée et qu'il faudra en faire davantage.

Comment pouvons-nous attirer plus de personnes vers cette profession? Comment pouvons-nous assurer un bel avenir aux jeunes qui décident de faire carrière dans ce domaine? Si vous en avez le temps, vous pourrez aussi nous toucher quelques mots sur l'accès à la profession pour les personnes qui immigreront au Canada et qui ont acquis leurs titres de compétence ou qui ont été formées en sciences infirmières à l'étranger.

Merci.

**Le président:** Je vous demanderais de répondre aussi brièvement que possible, madame Baker. Je sais que la question était assez longue, mais nous arrivons au bout du temps prévu pour ce tour de questions.

Nous vous écoutons.

**Mme Cynthia Baker:** D'accord. Je serai brève.

En fait, nous n'avons aucune difficulté à trouver des candidats. Le nombre de demandes d'inscription en sciences infirmières est très, très élevé. Comme je l'ai dit, plus de 12 000 personnes ont obtenu leur diplôme depuis 5 ans. C'est du jamais vu. Le problème ne vient donc pas de la capacité d'attirer des candidatures, qui soit dit en passant sont de très grande qualité. Le problème tient à la capacité de les convaincre de ne pas quitter la profession, à l'attrition et au maintien en poste. Il n'est pas rare de voir des personnes quitter la profession après quelques mois seulement d'exercice.

Pour ce qui a trait aux personnes formées en sciences infirmières à l'étranger, la solution doit venir surtout des organismes de réglementation qui délivrent les permis d'exercice. Le processus est lent. L'évaluation prend beaucoup trop de temps. Je n'ai pas les statistiques ici, mais je crois que beaucoup de ceux qui ont reçu leur formation en sciences infirmières à l'étranger souhaiteraient exercer leur profession au Canada.

Je ne peux pas me prononcer sur les processus de réglementation et les exigences en matière d'évaluation. Toutefois, du point de vue de la formation, une solution serait... Il faudrait accélérer et uniformiser les programmes de transition qui sont souvent obligatoires pour le personnel infirmier formé à l'étranger. Je crois que l'Ontario a lancé des initiatives en ce sens, et qu'il y a eu une mesure gouvernementale en appui aux programmes de transition. C'est le genre de mesures qu'il faut prendre en considération pour accroître...

• (1635)

**Le président:** Merci, madame Baker.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Luc Thériault (Montcalm, BQ):** Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Champagne, dans votre présentation, vous avez cité un document qui porte sur une revue systématique et une méta-analyse de la mortalité due aux retards quant au traitement du cancer, publié dans le *British Medical Journal*.

Je vais d'abord parler des ressources humaines. L'oncologie est un milieu de soins névralgique. Vous avez dit plus tôt que, avant la pandémie, 57,5 % des gens souffraient d'épuisement professionnel. Selon les chiffres que l'on trouve dans ce document, un retard de huit semaines augmente le risque de décès de 17 %. La hausse du taux de mortalité est donc accrue.

Quel est l'état du moral des troupes devant ces défis, alors que vous avez dit que les retards allaient avoir des répercussions sur le milieu oncologique pendant des années?

**Dr Martin Champagne:** Actuellement, tous les oncologues en exercice voient des patients qui devront malheureusement être orientés vers des soins palliatifs, alors que s'ils avaient été vus dès l'apparition de leurs symptômes il y a quelques mois, il aurait été possible de les guérir. Nous voyons ces choses-là tous les jours. Nous recevons des patients dont l'état de la maladie est beaucoup plus avancé que ce que nous voyions auparavant.

Cela affecte certainement le moral du personnel soignant, mais je n'ai pas de données à vous fournir à ce sujet.

Cela étant dit, nous sommes tous des professionnels, et nous devenons réalistes. Nous ne pouvons pas nous attendre, en tant qu'oncologues, à guérir tout le monde. Il s'agit donc de voir ce qu'il est possible de faire. Présentement, nous offrons des traitements. Le problème crucial, c'est encore la porte d'entrée.

Avant la pandémie, au Québec, il y avait 100 000 patients en attente d'une coloscopie, le test de dépistage du cancer du côlon, et il y en a maintenant 150 000. Il faut donc des ressources pour répondre à ces besoins. C'est un défi majeur, mais il existe des solutions.

L'oncologie se trouve dans une situation très particulière. En chirurgie orthopédique, par exemple, le traitement est ponctuel, car il s'agit de remplacer un genou ou une hanche. Il est malheureux que des gens attendent pour subir leur intervention chirurgicale, parce que cela nuit beaucoup à leur qualité de vie, mais, une fois que l'intervention est faite, le problème est résolu. En oncologie, par contre, des études démontrent que, par période de 28 jours d'attente, on augmente de 4 % le taux de mortalité lié à au cancer du côlon. Ainsi, les périodes d'attente qui se prolongent sur plusieurs mois causent des répercussions considérables.

Si le médecin diagnostique un cancer précoce, soit un cancer de stade 1, il peut procéder à une intervention chirurgicale — même endoscopique. Il peut pratiquer une résection de la tumeur, et les chances de guérison sont de 80 %. Si la maladie est à un stade plus avancé, et qu'elle s'est propagée aux ganglions, il s'agit d'un cancer de stade 3. Sans chimiothérapie, les chances de guérison sont de l'ordre de 30 %. Par la chimiothérapie et la radiothérapie, on augmente ce pourcentage de guérison à 65 %, mais c'est au prix de traitements plus lourds. Cela sollicite davantage non seulement le patient, la personne qui souffre le plus, mais aussi les équipes de soins. De plus, la trajectoire de soins va durer des années, et il y aura des répercussions sur les plans économique, social et familial.

C'est vraiment une catastrophe dans le milieu de l'oncologie. Il faut s'assurer d'avoir les moyens nécessaires pour gérer la situation. Pour les patients qui peuvent être opérés ailleurs qu'à l'hôpital, par exemple pour une opération du genou ou de la hanche, il faut trouver des ressources médicales à l'externe. Nous gardons à l'hôpital les patients qui ont besoin de soins de santé liés à une chirurgie abdominale, ou encore à une chirurgie du thorax ou du côlon, par exemple.

Ces derniers mois et ces dernières années, nous constatons que la situation a été moins difficile dans le cas de certaines maladies. Les patientes souffrant d'un cancer du sein peuvent subir leur intervention chirurgicale à l'externe, dans une clinique ambulatoire. Il y a beaucoup moins de retards dans ce domaine que dans d'autres. La tendance a été de mettre en attente des cas de cancer chez des personnes âgées, mais ces cancers peuvent être tout aussi foudroyants que chez des sujets plus jeunes.

Nous sommes aussi en retard pour ce qui est du traitement de cancers de lavessie, notamment quant aux cystoscopies. Quant au cancer de la prostate, nous avons recommandé des traitements de radiothérapie à des patients qui auraient pu être opérés. Nous avons changé nos façons de faire, et nous nous sommes adaptés à la pandémie. Il y aura toutefois un prix à payer.

La situation est vraiment dramatique. Ce sont surtout les patients qui en souffrent. S'agissant du cancer du côlon, je vous ai dit plus tôt que, dans 20 % des cas, il y avait des retards de diagnostic en lien avec des chirurgies colorectales au Québec. Je vous ai aussi dit que nous nous attendions à ce que 9 400 Canadiens décèdent d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2021. S'il y a une augmentation de la mortalité dans un groupe de population important comme celui-là, nous allons voir des dizaines, des centaines, des milliers de morts découlant de différentes maladies liées au cancer.

• (1640)

**Le président:** Je vous remercie, docteur Champagne et monsieur Thériault.

[Traduction]

M. Davis maintenant, pour six minutes.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins pour leurs exposés d'une grande qualité.

Madame Boniface, je vais commencer avec vous.

Vous nous avez expliqué que les services d'ergothérapie sont très peu couverts par les régimes d'assurance-maladie complémentaire au Canada. Pouvez-vous nous donner une idée du coût moyen des services d'ergothérapie que les Canadiens doivent payer de leur poche?

**Mme Giovanna Boniface:** Oui, avec plaisir.

S'ils ne sont pas fournis par un système public, les services privés d'ergothérapie sont facturés de 125 \$ à 200 \$ l'heure, suivant le type et la nature du service.

Par exemple, si un ergothérapeute pédiatrique visite chaque semaine une famille pour faire une intervention auprès d'un enfant autiste... Une intervention en autisme dure une heure environ et la tarification des séances équivaut à celle d'un autre professionnel de la santé, additionnée des frais de transport s'il y a lieu. Une visite de ce type peut coûter de 250 \$ à 300 \$.

C'est à peu près équivalent aux frais de services privés en santé mentale ou d'une visite chez une personne âgée qui souhaite vieillir chez elle. La tarification est à peu près la même pour une évaluation ergonomique en milieu de travail qui vise à aider les travailleurs qui veulent rester au travail à adopter une approche préventive ou proactive au lieu d'attendre de se blesser et de soumettre une réclamation à un régime d'indemnisation des accidentés du travail. Il se peut que ce service ne soit pas couvert par leur régime d'assurance-maladie.

Une visite de ce genre peut coûter de 250 \$ à 300 \$.

**M. Don Davies:** Avez-vous un chiffre annuel? Connaissez-vous le coût annuel moyen de ce genre de services pour un Canadien?

**Mme Giovanna Boniface:** C'est une très bonne question.

Je ne pense pas que ces données sont recueillies. Là encore, tout dépend du type de services. Si un traitement prolongé pour une maladie chronique requiert une intervention toutes les semaines ou aux deux semaines, il faut compter de 250 \$ à 300 \$ par visite. Si une personne dont l'état chronique requiert une intervention hebdomadaire, il faut multiplier ces 250 \$ ou 300 \$ par 48 si on tient compte des vacances et des congés.

Les traitements à court terme, qui nécessitent une série d'une douzaine de visites par exemple, peuvent coûter de 1 500 \$ à 2 000 \$.

• (1645)

**M. Don Davies:** J'aimerais aborder le thème du vieillissement chez soi et du maintien à domicile. C'est assez évident à mon avis que si les personnes âgées peuvent rester chez elles plutôt que d'être obligées d'aller dans un établissement, la pression sur le système sera réduite.

Pouvez-vous nous expliquer brièvement ce que les ergothérapeutes peuvent faire pour favoriser le vieillissement chez soi et le maintien à domicile, au sein de la communauté?

**Mme Giovanna Boniface:** Volontiers.

J'ai consacré une bonne partie de ma carrière à soutenir des personnes âgées qui choisissent de vieillir chez elles. C'est ce que souhaitent la plupart des personnes âgées que je rencontre.

Nous leur rendons visite à domicile, pour les rencontrer dans l'environnement où elles souhaitent vivre. Nous faisons une évaluation de cet environnement et des facteurs de risque, et nous analysons la manière dont les choses se passent dans le milieu de vie.

Tout le monde n'habite pas un appartement à un étage, conçu pour faciliter l'accessibilité ou selon des normes universelles. La plupart du temps, il faut réaménager l'espace. Par exemple, il peut être nécessaire d'installer de l'équipement adapté dans les pièces où les risques de chute sont très élevés, comme la salle de bain, la cuisine ou la chambre.

Dans certains cas, il faut même apporter des modifications architecturales importantes pour que les personnes puissent rester chez elles. Beaucoup d'habitations ont des escaliers. Parfois, il faut installer un élévateur ou apporter d'autres modifications pour faciliter l'entrée. Là encore, nous appliquons des principes de conception universels, ce qui peut nécessiter de l'équipement. L'achat d'équipement doit aussi être pris en compte. Outre l'évaluation elle-même, les coûts englobent aussi l'installation d'équipement et les recommandations à cet égard pour un client.

Nous faisons aussi de l'éducation. Pour aider une personne à rester chez elle, il peut être nécessaire de lui expliquer comment le faire en toute sécurité.

De façon générale et selon mon expérience auprès de ces personnes, il faut faire de l'éducation et installer de l'équipement ou, dans certains cas, faire des modifications architecturales plus importantes, et il faut planifier et réaliser ces interventions dans les lieux où elles habitent.

**M. Don Davies:** Pouvez-vous nous parler brièvement de la rentabilité à long terme, d'un point de vue systémique, des investissements en amont dans les interventions préventives en ergothérapie?

J'aimerais savoir notamment si des études ont été menées à ce sujet, ou s'il existe des chiffres venant d'ailleurs dans le monde qui permettent de penser que des investissements en amont dans les services d'ergothérapie diminueraient les coûts pour notre système de santé.

**Mme Giovanna Boniface:** Oui, c'est clair.

Madame Sabourin, voulez-vous répondre à cette question ou préférez-vous que je continue?

**Mme Hélène Sabourin:** Vous pouvez poursuivre et je pourrai apporter des compléments d'information si c'est nécessaire.

**Mme Giovanna Boniface:** D'accord.

Les données du gouvernement canadien indiquent que les blessures coûtent près de 27 milliards de dollars par année à notre économie. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, les coûts annuels associés aux chutes chez les personnes âgées s'établissent à 2 milliards de dollars environ. Ce type d'interventions en amont... Nous devons être proactifs, faire des visites à domicile plus tôt, rencontrer les gens pour prévenir les chutes et les hospitalisations ou d'autres problèmes, les observer dans le milieu où ils vivent, travaillent, étudient, jouent. La prévention des blessures causées par des chutes représente selon nous la première ligne de défense.

De nombreuses études et publications attestent qu'une somme de 300 \$ à 500 \$ investie en amont peut faire une grande différence dans la vie d'une personne. Imaginez si nous pouvions nous rendre chez une personne et modifier son espace de vie afin de lui éviter une chute. Il y a aussi beaucoup de travail à faire dans le domaine de la promotion de la santé et du réaménagement du mode de vie.

Comme je l'ai dit, ce genre d'investissements proactifs, d'efforts en amont pour faire de l'éducation, du counselling...

**Le président:** Merci, madame Boniface.

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Madame Goodridge, c'est à vous. Vous disposez de cinq minutes.

**Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC):** Merci à tous nos témoins de participer à notre réunion et de nous avoir présenté leurs observations. Je remercie spécialement les professionnels de la santé pour les services rendus. Ils ont fait un travail tout simplement remarquable.

Je suis députée de la circonscription de Fort McMurray—Cold Lake, une région rurale relativement isolée. Nous livrons une bataille constante pour attirer du personnel soignant, que ce soit à lac La Biche, à Cold Lake, à Fort McMurray ou à Fort Chipewyan.

Ma première question sera pour Mme Payne.

Vous avez rappelé que le surmenage n'est pas un problème récent et qu'il y a une pénurie de personnel dans beaucoup de régions rurales. Pouvez-vous nous en dire davantage à ce propos?

• (1650)

**Mme Brenda Payne:** Je vais aborder la question du point de vue du recrutement dans les régions rurales.

Nous venons de la côte Est, et nous savons qu'il y a beaucoup de communautés rurales et que leur participation est essentielle. Une des choses que nous avons apprises ces cinq dernières années est que le recrutement, surtout dans les régions plus éloignées, exige la collaboration de tous les ordres de gouvernement, y compris les municipalités.

Nous avons compris que les personnes que nous recrutons ne travaillent pas seulement pour nos organismes, mais qu'elles travaillent pour l'ensemble de la communauté. L'expérience nous a appris que si une infirmière est recrutée, nous devons nous assurer que son mari trouvera un emploi. D'un point de vue culturel, les soignants doivent avoir un sentiment d'appartenance. Le recrutement à l'étranger exige de tenir compte de la culture des communautés si nous voulons favoriser le maintien en poste.

Une des expériences que j'ai eue et qui a été extrêmement déterminante pour faire venir et attirer des travailleurs dans les communautés rurales a été, grâce à une aide financière fédérale, de soutenir la mise en œuvre de stratégies novatrices, notamment dans le domaine de la prestation des services. Je pense entre autres au soutien par le fédéral d'un programme pilote de soins palliatifs dans les régions rurales du nord de la Nouvelle-Écosse. Ce projet a été à l'origine d'un excellent modèle de prestation des services en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Pour revenir à votre question, il faut mettre à l'essai des solutions novatrices qui sont axées avant tout sur les défis particuliers des communautés rurales du pays.

**Mme Laila Goodridge:** Formidable!

Je dirais que l'occasion est unique. Nos communautés nordiques offrent souvent des lieux de vie merveilleux parce que justement, ce sont de vraies communautés.

Avez-vous des suggestions à faire au gouvernement fédéral pour améliorer les systèmes de santé? Vous avez parlé d'un projet pilote. Avez-vous d'autres idées que le gouvernement fédéral pourrait reprendre pour améliorer les soins de santé dans nos communautés rurales?

**Mme Brenda Payne:** Comme l'ont dit tous les témoins, le gouvernement fédéral devrait collaborer très étroitement pour s'attaquer au problème puisque le domaine de la santé est de compétence provinciale.

Nous privilégions le recrutement, de même que le mention en poste, pour nous assurer du caractère approprié et accueillant des lieux de travail, quel que soit le... ce qui comprend les soins à domicile et le vieillissement chez soi. Nous leur donnons les ressources. Toujours dans une optique générationnelle, nous comprenons la grande importance de concilier travail et vie personnelle.

Quel type de stratégies et quel type de possibilités avons-nous pour mettre à l'essai de nouvelles solutions qui reflètent la pluralité des populations, tant du point de vue du patient-client-résident que du point de vue des soignants que nous tentons de recruter? J'entends ici non seulement le personnel infirmier, mais tous les soignants du réseau de la santé et même certains des nouveaux postes qui nous avons créés dans une partie de ces équipes.

**Mme Laila Goodridge:** Excellent. Je vous remercie, madame Payne.

Monsieur Coletto, si vous pouviez aussi répondre à la question, je l'apprécierais grandement.

**Le président:** Brièvement, s'il vous plaît.

**M. Syllas Coletto:** D'accord.

Je suis infirmier autorisé. Ma conjointe est médecin. Nous avons parlé d'aller nous installer dans le Nord pour travailler dans les communautés autochtones. Honnêtement, ce n'est pas facile. Nous avons beaucoup de difficulté à trouver les postes qui nous intéressent, à trouver des ressources pour nous aider à déménager, à trouver les cours supplémentaires...

**Mme Laila Goodridge:** Monsieur Coletto, vous pouvez venir à Fort McMurray. Je peux vous garantir que nous aurons de la place pour un infirmier autorisé et un médecin. Je vais vous trouver ces contacts. Je serais ravie de vous compter parmi mes commettants.

**M. Syllas Coletto:** Merci beaucoup.

**M. Don Davies:** J'en appelle au Règlement, monsieur le président. Vancouver aimerait également soumissionner.

**M. Syllas Coletto:** D'accord, merci. C'est parfait, je l'apprécie beaucoup.

**Le président:** Nous allons maintenant passer à M. Hanley, pour cinq minutes.

**M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.):** Merci beaucoup. Inscrivez-moi aussi à la liste de soumissionnaires.

Je remercie ma collègue de son intervention en faveur du Nord et de nos régions rurales. Comme co-citoyen nordique, je la remercie de ce plaidoyer.

Tant de questions à poser, et si peu de temps. Pour l'instant je vais poursuivre avec M. Coletto.

Merci de nous consacrer de votre temps, et de nous avoir fait part de cette perspective de première ligne vraiment révélatrice. Pourriez-vous nous dire brièvement ce qui vous incite à continuer? Qu'est-ce qui vous encourage à poursuivre votre carrière d'infirmier, malgré tous les problèmes que vous évoquez?

• (1655)

**M. Syllas Coletto:** Merci beaucoup de votre question. J'en aurais long à dire.

En deux mots, c'est l'espoir qui me fait continuer. J'espère beaucoup pouvoir améliorer la vie des gens, ou adoucir leur mort. Je peux leur éviter un retour à l'hôpital en leur apprenant quelque chose de plus. Je peux défendre leurs intérêts au plus haut niveau, pour leur procurer les services dont ils ont besoin. Je pense pouvoir dire je suis très bon dans mon travail, et que je peux être le meilleur défenseur des droits de mes patients et faire tout ce que je peux pour eux.

C'est un sentiment extraordinaire que d'entendre la famille d'un patient me dire que, grâce à moi, ce décès ou ce séjour à l'hôpital s'est avéré une expérience très tolérable qui, dans les circonstances, n'aurait pu être meilleure. C'est ce que je vis.

**M. Brendan Hanley:** Merci.

Vendredi, à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, j'ai eu le privilège d'entendre trois ministres — les ministres Duclos, Bennett et Khera — annoncer le versement de 2 milliards de dollars pour résorber l'arriéré.

Monsieur Coletto, vous disposez maintenant d'un important apport de fonds pour la première ligne. Où injecteriez-vous cet argent?

**M. Sylls Coletto:** Je l'injecterais probablement dans la santé publique, pour prévenir en amont la nécessité d'une consultation hospitalière. La prévention est la meilleure forme de médecine, c'est-à-dire faire tout ce qu'il faut pour prendre en compte le statut socio-économique des individus et les déterminants sociaux de la santé, et leur éviter au départ d'avoir à se rendre à l'hôpital.

Notre collègue, Mme Boniface, abat un travail formidable en santé du travail, en évitant complètement aux travailleurs le séjour à l'hôpital.

Autrement, si nous devons consacrer cet argent au réseau hospitalier, on pourrait peut-être mener des campagnes pour sensibiliser la population au fait que le personnel infirmier n'est pas là pour servir de défouloir. Si vous avez eu une journée difficile, ce n'est pas une raison pour vous en prendre au personnel infirmier et lui empoisonner l'existence. Tout le monde doit travailler ensemble.

**M. Brendan Hanley:** Merci. Ce financement visait expressément à combler l'arriéré de soins, je n'ai probablement pas été assez précis.

En ce qui concerne votre premier point, ma question pourrait étrangement ressembler à une question plantée, puisque je suis un médecin de santé publique. Votre réponse est musicale à mes oreilles et j'y souscris chaleureusement.

J'aimerais passer rapidement à Mme Boniface.

C'est un plaisir de vous revoir. Je pense qu'il serait intéressant de vous entendre à nouveau parler de quelques-unes des valeurs moins connues de la profession d'ergothérapeute, et de ce qu'elle peut offrir, spécialement dans le contexte des soins en équipe. Pourriez-vous nous entretenir brièvement du rôle des ergothérapeutes dans le soutien en santé mentale?

**Mme Giovanna Boniface:** D'accord. Je suppose que tous les professionnels de la santé, dans leur travail auprès des gens, ont une valeur et une approche qui leur sont propres. En ergothérapie, un des piliers est la personne: qui elle est, ce qu'elle fait et ce qu'elle veut faire. Au confluent de l'individu, de toutes les activités qui lui importent, du lieu et du contexte où il les pratique.

Pour ce qui est du soutien en santé mentale, les ergothérapeutes appliquent un certain nombre de stratégies en fonction des buts visés par l'individu. On en revient toujours à ce que la personne veut faire, en s'y concentrant vraiment et en travaillant avec elle pour cerner les obstacles qui l'empêchent d'accomplir ces choses.

Essentiellement, les ergothérapeutes souhaitent systématiquement disséquer ces tâches et ces obstacles, pour ensuite chercher à surmonter les entraves. On peut classer leurs interventions en thèmes généraux reliés à l'éducation, au réapprentissage d'habiletés et à l'apprentissage de nouvelles habiletés, encore une fois en privilégiant toujours ce qui compte le plus pour l'individu. Il est absolument essentiel de puiser à la passion et aux désirs de l'individu. Selon l'étape où se situe cette personne dans son parcours de santé mentale, qu'il s'agisse d'un patient hospitalisé ou vivant dans la communauté, tout tourne toujours autour de ce qui compte le plus pour l'individu.

Les interventions peuvent grandement diverger. Il s'agit toujours d'abolir les barrières, de surmonter les obstacles et d'intégrer l'autonomie fonctionnelle. Si quelqu'un envisage de retourner au travail...

● (1700)

**Le président:** Merci, madame Boniface.

**Mme Giovanna Boniface:** ... les bienfaits de l'aide au retour au travail sont très solidement étayés.

**Le président:** Merci.

Merci, monsieur Hanley.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**M. Luc Thériault:** Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Champagne, vous avez établi les faits. Cela faisait froid dans le dos. Vous vous demandez quelles seront les solutions pour rattraper les retards de diagnostic auxquels les médecins doivent faire face et pour répondre aux besoins. Vous dites que des normes de diagnostic, de traitement et d'encadrement existent déjà pour la prise en charge des patients, et que l'on a plutôt besoin d'investissements majeurs. À ce sujet, vous allez encore plus loin en disant que c'est bien de faire des investissements ponctuels — comme le disait mon grand-père, c'est mieux qu'une pichenotte sur le museau —, mais qu'il faut des investissements substantiels, récurrents et structurants, c'est-à-dire des transferts en santé. Or le gouvernement s'entête actuellement à ne pas régler la question des transferts en santé.

Compte tenu de vos constatations, trouvez-vous que cette position attentiste est logique, d'un point de vue médical et économique?

**Dr Martin Champagne:** Un patient souffrant d'un cancer suit une trajectoire de soins chroniques ponctuée de phases aiguës de la maladie. Après avoir reçu son diagnostic, il a besoin de traitements adjuvants. Il y a ensuite une période de rémission. Plus tard, il peut présenter une rechute, auquel cas il a besoin de nouveaux traitements plus intensifs. Cet épisode sera suivi d'une période de lune de miel où il sera de nouveau en rémission, et ainsi de suite. Quand il s'agit de cancer, le financement ponctuel ne suffit pas, parce que les patients vivent un cycle de crises plus ou moins aiguës et intermittentes pendant des années.



Il faut des investissements structurants. Les systèmes informatiques sont désuets et ils nous font perdre un temps fou. Si Mme Boniface, par exemple, fait une intervention à domicile chez un patient, je suis incapable d'avoir accès à ces données. La technologie existe, mais le système informatique actuel ne fait que reprendre les données que les infirmières collectent, c'est-à-dire la situation familiale du patient, les numéros de téléphone, et ainsi de suite. Tout le monde reproduit donc à l'infini des collectes de données qui sont exactement les mêmes.

Des investissements structurants permettraient de gagner du temps non seulement sur le plan des ressources humaines, mais aussi sur celui lié au matériel, ce qui assurerait la fluidité des échanges de données. C'est essentiel, mais cela prend indéniablement des investissements majeurs à l'échelle du Canada.

**M. Luc Thériault:** Il faut donc augmenter la robustesse des réseaux.

Il faut aussi faire en sorte que l'investissement puisse répondre à la hausse des coûts. Ce qu'il faut comprendre, c'est que, plus on attend, plus cela va coûter cher.

Est-ce exact?

**Dr Martin Champagne:** C'est exact.

**Le président:** Monsieur Thériault, votre temps de parole est écoulé.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous avez deux minutes et demie.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

Madame Baker, vous avez mentionné qu'il s'agissait davantage d'un enjeu de réglementation, mais pourriez-vous nous indiquer à quel point il est facile ou difficile, pour le personnel infirmier formé à l'étranger, d'être autorisé à pratiquer au Canada.

**Mme Cynthia Baker:** Bien sûr. Si je comprends bien le processus, il existe un portail national, et les intéressés peuvent postuler à ce centre national d'évaluation. Toutes les données sont acheminées à un groupe basé aux États-Unis qui évalue et apprécie les titres, diplômes et connaissances des postulants et postulantes. Je pense que ce processus dure environ un an. À la suite de cette évaluation, le groupe cerne ce qu'il considère être les lacunes dans la scolarité ou les compétences. La demande est alors transmise aux autorités provinciales, qui imposent des cours de transition aux demandeurs pour combler les lacunes. Ensuite, je crois que, selon la province ou le territoire concerné, il peut y avoir des examens cliniques objectifs structurés (ECOS), basés sur les normes minimales d'exercice. Le processus est assez long et complexe.

Il y a un aspect qu'on pourrait accélérer. Pendant cette première étape du processus d'évaluation des titres et de la scolarité, il existe des programmes de rattrapage. Certaines initiatives ont été mises en place, mais je pense qu'on pourrait en ajouter d'autres, et peut-être instaurer à l'échelle nationale un programme d'un an davantage standardisé, pour permettre au personnel infirmier formé à l'étranger de continuer à cheminer dans le processus. Au moment où ils obtiendraient les résultats de l'évaluation initiale, les postulants auraient terminé le programme de transition.

• (1705)

**M. Don Davies:** Madame Baker, votre description suppose qu'il y a des lacunes. Il doit sûrement y avoir des personnes formées dans des écoles de soins infirmiers américaines, britanniques ou eu-

ropéennes où il n'y a pas de lacunes, où la formation est aussi bonne que celle donnée ici. Est-ce que notre système offre à ces personnes une voie rapide et efficace d'accès à la pratique au Canada?

**Mme Cynthia Baker:** Encore une fois, vous ne posez pas la question à la bonne personne, car c'est un enjeu d'ordre réglementaire. Oui certains individus semblent présenter des lacunes, mais je ne suis vraiment pas la meilleure personne pour répondre, parce que j'ignore de quelles régions sont issues ces personnes qui présentent des lacunes.

**M. Don Davies:** Très bien, merci.

**Le président:** Merci madame Baker, et merci monsieur Davies.

Je donne maintenant la parole à M. Lake, pour cinq minutes s'il vous plaît.

**L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC):** Je vais commencer par M. Campbell. Je n'ai pas vraiment de question précise à vous poser, mais vous écoutez depuis le début et personne ne vous a interrogé. Après avoir écouté tout le monde, je me demande si vous avez des idées dont vous aimeriez nous faire part.

**M. Bradley Campbell:** Oui, j'en ai.

La question du recrutement international est intéressante, parce qu'auparavant le processus était beaucoup plus fluide. Nous avons ensuite passé au modèle réglementaire et fait affaire avec cette unique agence, qui, à ce que je comprends et comme l'a dit Mme Baker, est basée aux États-Unis.

En tant qu'observateur, ce dossier m'a toujours intéressé. J'ai travaillé avec des entités, comme le gouvernement de la Barbade et la University of West Indies, qui sont avides de conclure des partenariats qui leur permettent de faire venir des professionnels formés à l'étranger, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières ou d'autres professionnels, et dont les services sont jugés excédentaires par rapport aux besoins, pour s'associer avec des universités canadiennes afin de créer des voies d'accès spéciales que peuvent emprunter ces professionnels pour venir travailler ici sans affronter tous les obstacles habituels.

Encore une fois, pour répondre au point soulevé par M. Davies, je pense qu'il peut y avoir différentes voies d'accès pour les infirmières formées aux États-Unis, en Angleterre et en Europe, où il existe également de graves pénuries. Notre capacité à recruter ici le personnel infirmier est problématique, alors qu'il existe des entités, comme la University of West Indies, le gouvernement des Philippines ou d'autres encore, qui donnent de la formation. On y suit ce qu'on appelait auparavant les « normes d'agrément des examens », autrefois jugées acceptables. Ensuite, ces professionnels viendraient ici et suivraient un processus plutôt accéléré, comme l'a dit M. Davies, consistant en un programme de transition d'environ six mois prévoyant des cours bien précis.

La question est de savoir comment accélérer le processus de détermination des lacunes, puisqu'à l'heure actuelle il semble très lourd et bureaucratique.

**L'hon. Mike Lake:** Merci.

Madame Boniface, pour les personnes qui pourraient regarder cette séance ou en lire ultérieurement la transcription — sans exagérer l'auditoire qui suit en direct les séances du comité de la santé sur Internet —, disons qu'un ergothérapeute travaille avec une personne autiste. En quoi consisterait son travail?

**Mme Giovanna Boniface:** Merci de votre question. Comme je l'ai mentionné plus tôt, les ergothérapeutes partagent la même approche, soit déterminer ce que la personne a besoin de faire, veut faire et doit faire dans sa vie quotidienne, et surmonter certains des obstacles qu'elle rencontre. Quand on travaille avec des personnes autistes, principalement des enfants mais aussi des adultes autistes, on tient compte du développement. Nous travaillons en fonction d'objectifs adaptés au niveau de développement de l'individu, selon ses activités professionnelles ou autres.

Dans le cas des enfants, nous nous penchons sur leurs objectifs de jeu, ainsi que sur leurs habiletés de socialisation et d'interaction sociale. Sur le plan cognitif, nous examinons l'attention, la motricité et les auto-soins. Encore une fois, il s'agit de considérer les buts et les intérêts personnels.

Comme les autres professionnels de la santé, nous commençons par faire un bilan et une évaluation. Ensuite, nous proposons des interventions par traitement direct basées sur les activités en consultation avec la famille, surtout s'il s'agit d'enfants. Si l'enfant est scolarisé, nous travaillons avec ses éducateurs et, le cas échéant, avec ses aidants. Ces interventions peuvent toucher les besoins physiques, le traitement sensoriel et la santé émotionnelle dans tous les environnements.

Avec cette population, nous travaillons également sur les transitions, c'est-à-dire le passage d'une étape de développement à une autre, par exemple du primaire au secondaire, ou encore du secondaire à la vie autonome, au marché du travail ou aux études postsecondaires.

• (1710)

**L'hon. Mike Lake:** J'ai beaucoup d'autres questions, mais mon temps est limité.

Dans votre exposé, vous avez évoqué une « transformation » du modèle actuel vers un modèle de soins moins coûteux. Il ne faut pas s'illusionner, l'argent posera toujours problème. Notre population vieillit et recourt davantage aux soins de santé. Comment les ergothérapeutes peuvent-ils aider à faire émerger un système qui donnera, en quelque sorte, de meilleurs résultats globaux pour l'argent investi?

**Mme Giovanna Boniface:** Cette question recouvre des éléments que d'autres témoins et moi-même avons déjà mentionnés. Une de ces propositions consiste à adopter une approche proactive et préventive, à investir cet argent en amont pour empêcher au départ que les personnes ayant des maladies ou des affections évitables aient à entrer dans le système.

Prenons les chutes comme exemple. Les chutes coûtent cher. Nous en connaissons les coûts, les études abondent à ce sujet. Nous savons qu'il est possible de prévenir les chutes, et combien il faudrait investir en prévention. De nombreux chercheurs britanniques et américains proposent des modèles très novateurs et intéressants qui prônent une intervention dès la salle d'urgence, avant que la personne... Le patient s'est rendu à l'hôpital, mais avant d'obtenir un lit ou d'entrer dans le système, il peut bénéficier d'un triage avec une infirmière et un ergothérapeute. Le patient peut alors rentrer à la maison assez rapidement. Comme je l'ai mentionné, ces investissements préventifs peuvent être effectués dès le début du processus de traitement.

Un autre scénario serait l'adoption d'une approche interprofessionnelle dans ces équipes de soins primaires. Vous l'avez entendu aujourd'hui, il y a une forte demande en ce sens de la part du per-

sonnel infirmier, des collègues avec qui je travaille quotidiennement, et des médecins. Une ressource mal exploitée est la contribution à ces équipes des professionnels paramédicaux, y compris les ergothérapeutes. Ces modèles efficaces font l'objet de nombreuses études, qu'il me fera plaisir de vous faire parvenir ultérieurement.

Encore une fois, il se passe des choses vraiment intéressantes au Royaume-Uni. Lorsqu'on est à court d'argent et qu'on affronte tous ces problèmes de main-d'oeuvre, ce besoin peut faire à lui seul émerger tous ces modèles et projets avant-gardistes. Il me fera plaisir de vous envoyer certaines de ces études. Elles abordent également le rapport coûts-efficacité et le rapport coûts-avantages de ces initiatives, ainsi que leur retour sur investissement.

**Le président:** Merci, madame Boniface et monsieur Lake.

Madame Sidhu, à vous la parole, pour cinq minutes.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier tous les témoins présents aujourd'hui.

Merci à tous les travailleurs de la santé. Vous accomplissez un excellent travail sur la ligne de front. Mille mercis.

Madame Baker, on entendait régulièrement parler, même avant la pandémie, d'employés de la santé dûment formés qui ne pouvaient pas travailler dans leur domaine. Ces personnes arrivent au Canada en tant que travailleurs qualifiés mais sont entravées par les instances de réglementation provinciales. Pouvez-vous me dire ce qu'il faut faire pour que soient reconnus les titres de compétences de ces personnes et qu'elles puissent travailler au Canada? Vous avez évoqué la lenteur du processus d'évaluation, et l'existence de programmes de normalisation et de transition. En quoi le gouvernement fédéral peut-il aider à ce sujet?

• (1715)

**Mme Cynthia Baker:** Très bonne question.

Je pense que le processus est très lent, inutilement lent. Il existe un portail national d'évaluation, le [difficultés techniques] d'évaluation nationale. Il faudrait travailler avec cet organisme national, parce qu'il regroupe toutes les instances de réglementation provinciales et territoriales. Je pense que s'il y avait un meilleur consensus national sur le processus et la façon de l'accélérer [difficultés techniques]. À mon avis, il faudrait commencer par là.

Comme je l'ai dit dans mon exposé, j'aimerais aussi voir une plus grande intervention nationale, pour standardiser et assouplir les programmes de transition. De toute évidence, certains postulants sont issus de réseaux de la santé très peu différents du nôtre, mais je pense que le processus consistant à cerner les lacunes puis à élaborer des programmes particuliers, des programmes flexibles, est un processus très long et très fastidieux qu'il conviendrait de remplacer par un programme de transition standardisé et plus simple.

Le Canada abrite aujourd'hui beaucoup d'expérience, au vu de ses besoins en personnel infirmier formé à l'étranger... L'adaptation doit en bonne partie se faire au niveau de la culture des différents réseaux de santé. On sait déjà beaucoup de choses sur la nature des besoins et la manière de les combler.

Ma réponse est peut-être un peu confuse, mais je pense que c'est un aspect très important.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Boniface ou à Mme Saurin.

Plus tôt dans la journée, j'ai pu participer à l'annonce sur les services de garderie à mon YMCA local de Brampton, qui a constitué durant la pandémie un des principaux centres de garde d'enfants pour notre personnel hospitalier local. Selon l'expérience des provinces ayant déjà implanté cette solution, est-ce qu'elle a eu un effet sur les employés de la santé qui ont des enfants?

**Mme Giovanna Boniface:** J'ignore si les données que nous recueillons permettent spécifiquement de mesurer cet aspect, mais j'en prends note et j'étudierai la situation. Comme dans beaucoup d'autres professions de la santé, notre effectif est à 93 ou 94 % féminin. Par conséquent, pour des raisons culturelles ou autres, ce sont encore largement les femmes qui assument le fardeau de la garde des enfants.

Dans l'emploi des ergothérapeutes, la tendance présente des pics et des creux. On y observe un taux d'emploi à temps partiel supérieur à la moyenne, qui s'explique en partie d'après nous par la garde des enfants, mais également par l'obligation d'aide à l'autre extrémité du spectre, c'est-à-dire prendre soin des parents vieillissants. De plus, cette même population quitte la profession de façon un peu anticipée, pour diverses raisons.

Nous ne recueillons pas de données portant expressément sur la garde des enfants, mais la composition majoritairement féminine de notre profession nous permet certainement de tirer certaines conclusions, donc nous sommes au fait de ces pressions.

D'après mon expérience, dans mon coin de pays, il n'existe aucun programme qui vient en aide à nos grandes régions de la santé, comme la région de la côte de Vancouver et les autres grandes régions régionales du Nord et de l'Île. Mais nous étudierons de près l'impact sur ce secteur.

**Le président:** Merci, madame Boniface et madame Sidhu.

Nous passerons maintenant à M. Ellis, pour cinq minutes.

• (1720)

**M. Stephen Ellis:** Merci, monsieur le président.

Une fois de plus, merci à tous les témoins présents aujourd'hui.

Pour M. Campbell, nous avons notamment parlé des médecins, du personnel infirmier et des autres travailleurs de la santé qui ont été formés à l'étranger. D'après votre expérience internationale, est-il plus logique de tenter d'accréditer un plus grand nombre d'écoles internationales comme telles, ou de continuer comme actuellement d'accréditer les individus?

**M. Bradley Campbell:** Les deux options seraient valides, mais un certain nombre de stratégies en cours [*difficultés techniques*].

**M. Stephen Ellis:** Nous l'avons perdu.

C'est dommage, mais M. Campbell nous reviendra peut-être.

[*Français*]

Docteur Champagne, pensez-vous qu'il sera nécessaire, voire essentiel, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, d'éviter les fermetures de services et le délestage?

**Dr Martin Champagne:** Le délestage a entraîné des répercussions vraiment dramatiques. Il faut maintenir les activités hospitalières. Il faut trouver des façons de retourner les patients dans des milieux appropriés après leur séjour à l'hôpital. Il est très important

de ne pas maintenir les patients dans les milieux hospitaliers lorsqu'ils sont en phase de convalescence après avoir été traités pour la COVID-19. Il faut maintenir tout ce qu'il est possible de maintenir à l'extérieur de l'hôpital, dans des centres médicaux spécialisés, par exemple, où l'on peut faire des coloscopies ainsi que des opérations du genou et de la hanche. Il y a moyen de rediriger certaines activités hospitalières afin que les patients qui ont besoin de recevoir des soins en milieu hospitalier puissent y avoir accès.

Il ne fait aucun doute pour moi qu'il faut éviter le délestage. Cependant, nous avons tiré des leçons de cette pandémie, notamment quant à la nécessité d'avoir une réserve de masques et de blouses. Les experts nous mettent en garde depuis des années. Ils savaient qu'une épidémie ou une pandémie se déclarerait un jour. Or on ne les a pas écoutés.

Acquérir du matériel en cas de besoin coûte cher. Toutefois, nous aurions pu maintenir les activités hospitalières et éviter les conséquences d'un délestage si nous avions été mieux équipés.

Cela étant dit, ce qui est fait est fait. Il faut maintenant s'efforcer de trouver des solutions pour s'en sortir. Je pense qu'elles existent. Il faut faire confiance aux solutions locales. Il est toujours très difficile de mettre en application une approche universelle ou une approche descendante. Les équipes locales ont la capacité d'innover, car elles connaissent les milieux et les besoins. Je pense qu'il faut vraiment décentraliser la gestion des soins, si l'on veut maintenir une activité hospitalière maximale et éviter le délestage.

**M. Stephen Ellis:** Docteur, vous avez parlé des soins qui pourraient être prodigués à l'extérieur de l'hôpital.

Pensez-vous au secteur privé?

**Dr Martin Champagne:** Non. Je pense que l'on peut maintenir des soins dans le secteur public, mais en dehors du cadre hospitalier. Cela pourrait être subventionné par l'État. Pour ma part, j'estime que les patients ne doivent pas payer les soins de leur poche. Je n'y crois pas. Je pense que le système est très équitable. L'accessibilité est universelle.

Aujourd'hui, mes collègues ergothérapeutes ont souligné le fait qu'il y avait sans doute des secteurs pour lesquels il faudrait améliorer l'accessibilité. Je n'ai aucun doute à cet égard, mais je ne crois pas qu'il faille se tourner vers le secteur privé. Que la gestion soit faite par le privé, c'est un autre débat, mais il ne faut pas que les gens paient les soins de leur poche. Cela ne permettrait pas d'améliorer l'accessibilité.

[*Traduction*]

**M. Stephen Ellis:** Docteur Champagne, vous avez parlé d'une solution pour les 150 000 patients en attente d'une coloscopie. Quelle est cette solution? Est-ce qu'elle réside dans ces cliniques « ambulatoires » ou dans des cliniques extra-hospitalières? Est-ce de cela que vous parliez?

[*Français*]

**Dr Martin Champagne:** Oui, c'est cela. Il s'agit d'une procédure de nature technique. Il ne faut pas que les tests de dépistage du cancer colorectal par coloscopie relèvent des seuls gastro-entérologues. Il y a des provinces et des États américains où des infirmières pratiquent des tests de dépistage par coloscopie. On peut donc faire appel à d'autres professionnels de la santé.

Une ordonnance de coloscopie fait suite au résultat d'un test immunochimique fécal, ou TIF. Il s'agit d'une analyse des selles qui permet de détecter la présence de sang occulte. La personne doit aller voir son médecin pour qu'il lui remette une ordonnance, ce qui retarde le processus. Beaucoup de gens n'ont pas de médecin de famille à qui envoyer le résultat.

La Régie de l'assurance-maladie du Québec envoie aux femmes de 50 ans et plus un document les invitant à subir une mammographie afin de dépister le cancer du sein. On pourrait faire la même chose pour ce qui est du test de dépistage lié au cancer du côlon. On pourrait remettre au patient une ordonnance et lui demander de se rendre à la pharmacie ou dans un centre local de services communautaires, ou CLSC, par exemple, pour obtenir une plaquette pour l'analyse du sang dans les selles. Une équipe analyserait ensuite les résultats, sans que cela passe par le médecin de famille. Il n'y a aucune raison à ce que ce soit uniquement ce dernier qui puisse faire ce type de suivi. Il suffit d'avoir un système de gestion des résultats qui permet de diriger rapidement les patients vers le système de soins de santé.

• (1725)

[Traduction]

**Le président:** Merci, monsieur Ellis.

[Français]

Je vous remercie, docteur Champagne.

[Traduction]

La dernière série de questions pour aujourd'hui ira à M. Powlowski, pour cinq minutes s'il vous plaît.

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** M. Campbell est-il toujours avec nous? J'avais préparé mes questions pour lui.

**Le président:** Eh bien...

**M. Marcus Powlowski:** Pas de problème, je peux m'adresser à quelqu'un d'autre, mais il n'est pas là?

**Le président:** Non.

**M. Marcus Powlowski:** Je vais poser mes questions à Mme Baker.

Vous avez parlé d'accorder des permis de pratique à des diplômés étrangers, et cela me semble certainement la façon la plus simple de contrer la pénurie de personnel infirmier. Vous avez mentionné ce nouveau portail national, que je ne connais pas, mais je sais que la situation varie grandement, d'une province à l'autre, quant au parcours imposé aux diplômés étrangers pour obtenir un permis de pratique. Par exemple, ma femme est allée à une école de sciences infirmières aux Philippines. Certaines de ses consœurs d'études travaillent en Californie, d'autres en Alberta, mais elles ne peuvent pas se faire embaucher en Ontario. Le processus de détermination des qualifications nécessaires semble un peu incohérent.

Au sujet de ce portail national, est-ce que tous les postulants doivent l'emprunter? Même si c'est le cas, n'incombe-t-il toujours pas aux provinces de fixer les exigences réelles nécessaires à l'obtention d'un permis de pratique?

**Mme Cynthia Baker:** Oui, c'est une contradiction du système. Ce sont les organismes de réglementation des provinces et des territoires qui composent le Service national d'évaluation infirmière. Il semblerait que ce soit un guichet unique, mais si je comprends bien son fonctionnement, ce n'est que la première étape d'une demande

de permis d'exercice. Il faut environ un an au Service national pour procéder à l'évaluation, après quoi la demande est traitée par l'organisme de réglementation provincial ou territorial. Je sais que la réglementation varie entre les provinces et les territoires, alors il y a d'autres formalités à remplir et d'autres évaluations à subir. C'est un processus très long et compliqué.

Je crois que le processus a été amélioré depuis, mais il y a environ quatre ans, lors d'un congrès international sur la formation infirmière, j'ai assisté à l'exposé d'une infirmière de Londres, au Royaume-Uni, qui est venue au Canada non pas parce qu'elle avait choisi notre pays, mais plutôt parce qu'elle avait épousé un Canadien. Il lui a fallu sept ans pour être autorisée à exercer en Ontario. Elle détenait un baccalauréat, et je crois même qu'elle avait une maîtrise en administration des affaires. Et elle avait dirigé des services en Angleterre. Le processus a été très long.

Je crois qu'il y a eu des améliorations, mais la complication réside dans le fait qu'il y a une sorte d'évaluation nationale avant qu'une décision puisse être prise à l'échelle provinciale ou territoriale. Le processus varie d'un bout à l'autre du pays et il semble y avoir beaucoup d'étapes à franchir.

**M. Marcus Powlowski:** Je crois que l'exemple de l'infirmière britannique à qui il a fallu sept ans illustre bien l'inefficacité du processus. Voyez-vous l'à-propos — il y a bien sûr d'autres infirmiers et infirmières qui témoignent aujourd'hui — d'avoir ce portail national qui, en quelque sorte, évalue les normes d'éducation des infirmiers tout en laissant la décision finale aux provinces et aux territoires, qui ont des règles différentes?

Comment pourrions-nous améliorer le système? Il y a la question de la compétence, évidemment. La majeure partie de la prestation de services de santé est de compétence provinciale. La réglementation des professionnels relève aussi de cette compétence. Est-ce qu'une stratégie de santé pancanadienne, ou un groupe de travail canadien sur la planification des effectifs, permettrait d'éliminer ces inefficacités et d'avoir un système plus logique qui n'exige pas sept ans de formalités?

• (1730)

**Mme Cynthia Baker:** La question s'adresse-t-elle à moi?

**M. Marcus Powlowski:** Oui, commençons par vous. Je sais que d'autres membres de la profession témoignent aujourd'hui et ils pourront intervenir par la suite.

**Mme Cynthia Baker:** Je sais qu'ils voudront probablement répondre aussi.

Je crois effectivement qu'il doit y avoir une collaboration entre les différents organismes de réglementation membres de cette organisation nationale, et peut-être une harmonisation des étapes dans tout le pays. Il y aurait peut-être lieu d'en réduire le nombre pour rendre le processus un peu plus efficace. Le rôle de ces organismes est de protéger le public, et c'est important. Mais il y a probablement d'autres manières de le faire tout en traitant les demandes plus rapidement.

Il y a peut-être d'autres membres de la profession infirmière qui aimeraient intervenir sur cette question.

**M. Syllas Coletto:** Oui, j'aimerais dire quelque chose à ce sujet s'il vous plaît.

Ce serait fantastique d'avoir un permis d'exercice pancanadien. Si mon permis est valide en Saskatchewan, en Colombie-Britannique ou dans n'importe quelle autre province ou territoire, je cotiserais à un organisme de réglementation sans avoir à changer mon permis de l'Ontario pour un permis de la Saskatchewan. Mon permis d'exercice serait accepté partout au pays et je pourrais payer une cotisation à l'ordre professionnel de la province ou du territoire où je travaille.

**Le président:** Madame Payne, allez-y très brièvement.

**Mme Brenda Payne:** Rapidement: j'ai été infirmière autorisée dans plusieurs provinces et je peux affirmer qu'il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire de passer d'une province à l'autre. Je crois que c'est une raison de plus — et vous l'avez tous mentionné — pour adopter une approche pancanadienne qui éviterait que les provinces abordent cet enjeu en vase clos. Nous devons travailler ensemble pour trouver des solutions qui nous permettent de pratiquer partout au pays ainsi qu'à l'étranger.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Payne.

Monsieur Coletto, je veux que vous sachiez que vos réactions ne sont pas consignées dans le hansard, mais le message est bien reçu.

**Mme Laila Goodridge:** Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

**Le président:** Vous avez la parole, madame Goodridge.

**Mme Laila Goodridge:** Merci.

Juste pour M. Coletto: si vous êtes sérieux et que vous souhaitez venir pratiquer à Fort McMurray, communiquez avec mon bureau et nous vous ferons embaucher.

**Le président:** Ce n'est pas un rappel au Règlement, mais elle insiste.

**M. Sylas Coletto:** Quand ma conjointe aura terminé sa résidence...

**Le président:** Chers collègues, nous avons eu plusieurs difficultés techniques et nous avons perdu M. Campbell. Nous communiquerons avec lui pour lui demander de répondre par écrit à la question à laquelle il était en train de répondre quand l'image s'est figée.

Je tiens à remercier tous les témoins de leur patience, car cette séance nous a posé plusieurs défis technologiques. La pénurie d'effectif au Canada est un grave problème, complexe, avec de nombreuses facettes. Nous avons profité aujourd'hui de la présence de témoins nombreux et variés. C'est ce qu'il nous fallait pour un enjeu de telle envergure.

Le Comité vous remercie de vos interventions et avis. Cela nous sera très utile pour la suite de notre étude et nous vous remercions de votre présence.

Plaît-il au Comité de lever la séance?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** La séance est levée.

---





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 des communes.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante :  
<https://www.noscommunes.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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 House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>