



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 016 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 11 mai 2010

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 11 mai 2010

•(0900)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour à tous. Bienvenue au comité canadien sur la santé.

Nous avons une séance très importante aujourd'hui, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, nous poursuivrons notre étude sur les ressources humaines en santé.

Nous avons comme témoin, du service correctionnel du Canada, Leslie MacLean. Bienvenue Leslie. Je suis contente de vous revoir.

Nous avons également Fraser Macaulay, commissaire adjoint intérimaire. Bienvenue Fraser.

Du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, nous avons avec nous Lise Scott. Nous vous souhaitons la bienvenue. Je crois comprendre que vous êtes la directrice générale de ce ministère.

Je crois que ce sont là tous nos témoins pour la première série de questions. Cette première série s'étendra de 9 à 10 heures, et la deuxième série ira de 10 à 11 heures. Nous allons donc commencer avec des exposés de cinq minutes, ensuite nous passerons aux questions.

Pourriez-vous commencer Leslie MacLean, s'il vous plaît?

Mme Leslie MacLean (commissaire adjointe, Services de santé, Service correctionnel Canada): Je vais commencer par passer la parole à ma gauche.

[Français]

Surint. pr. Fraser Macaulay (commissaire adjoint intérimaire, Gestion des ressources humaines, Service correctionnel Canada): Bonjour, madame la présidente, membres du comité. Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis accompagné de ma collègue Leslie MacLean, qui est commissaire adjointe aux Services de santé.

Le Service correctionnel du Canada est un organisme du portefeuille de la Sécurité publique et de la Protection civile du Canada. Le SCC contribue à la sécurité publique en administrant les peines d'emprisonnement de deux ans ou plus imposées par les tribunaux. Il gère des établissements à différents niveaux de sécurité, il prépare les détenus à une mise en liberté en temps opportun et en toute sécurité, et il surveille les délinquants en liberté sous condition et les délinquants faisant l'objet d'une ordonnance de surveillance de longue durée. Le SCC compte environ 16 400 employés. Il est responsable d'environ 22 000 délinquants. De ce nombre, environ 13 280 sont incarcérés et 8 720 sont surveillés dans la collectivité.

Le SCC est présent partout au pays, dans tous les grands centres urbains ainsi que dans les collectivités éloignées du Nord. Il gère 57 établissements de différents niveaux de sécurité; 16 centres correctionnels communautaires; 84 bureaux de libération conditionnelle; 4 pavillons de ressourcement.

[Traduction]

Comme vous le savez, le SCC emploie un effectif diversifié qui réunit des agents de correction et des agents de libération conditionnelle. Pour la plupart, il s'agit de postes exclusifs au SCC. Les autres employés du SCC témoignent bien de la gamme diversifiée de compétences requises pour exploiter des établissements et des bureaux dans la collectivité, allant des professionnels de la santé (par exemple, le personnel spécialisé en soins infirmiers, en psychiatrie, en psychologie et en pharmacologie) jusqu'au personnel des services d'alimentation en passant par les électriciens.

Les employés du SCC interviennent couramment auprès de délinquants à risque, dont les besoins sont élevés, complexes et diversifiés. Ils sont notamment appelés à intervenir auprès de délinquants ayant des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, de gestion de la colère et de violence. Même si un pourcentage élevé des employés du SCC doit composer avec ces difficultés, en ce qui concerne les professionnels de la santé qui se joignent au SCC, le travail en milieu correctionnel est unique et présente des défis particuliers, peu fréquents pour les employés qui exercent ces professions. C'est dans ce contexte unique que le SCC doit respecter la politique du gouvernement du Canada, les orientations budgétaires officielles et les conventions collectives régissant ces groupes professionnels lorsqu'il doit recruter des professionnels de la santé. Tous ces facteurs, jumelés au fait que les lieux de travail se trouvent parfois dans des emplacements éloignés, sont autant d'obstacles à l'attrait et au maintien en poste des professionnels de la santé.

Conformément au plus récent rapport annuel du greffier du Conseil privé, le SCC procède au renforcement de ses capacités de planification, de recrutement et de perfectionnement des employés. Cet effort permettra aux ressources humaines de prendre appui sur les assises actuelles pour maintenir ses effectifs déjà en place, attirer de nouveaux employés, perfectionner et maintenir en poste le talent et achever la mise en oeuvre du programme de transformation du SCC.

En ce qui a trait au renouvellement de la fonction publique, la fonction de gestion des ressources humaines du SCC devra assurer la prestation des services de manière plus efficace et efficiente si l'organisation désire maintenir sa capacité de concurrence pour attirer le talent et réaliser ses résultats correctionnels. C'est pourquoi les Ressources humaines s'engagent à améliorer et à simplifier leurs procédures et leurs systèmes. Par exemple, le SCC adoptera des processus opérationnels communs en matière de RH, mettra à niveau son système de gestion des RH, utilisera la technologie de libre-service et augmentera la disponibilité et l'utilisation de l'information stratégique en distribuant un « tableau de bord » à l'ensemble des régions et des établissements. Toutes ces initiatives lui permettront de renforcer sa capacité de gestion des effectifs et de planifier de façon plus proactive.

Ma collègue donnera des précisions sur les initiatives qui touchent spécifiquement les professionnels de la santé.

Au cours de ces diverses initiatives, nos partenaires syndicaux ont joué un rôle crucial pour cerner les problèmes qui affectent leurs membres et les régler. Par exemple, le SCC travaille en étroite collaboration avec l'Institut professionnel de la fonction publique du Canada dans le but d'éliminer les obstacles à la mobilité des psychologues agréés.

• (0905)

[Français]

Pour relever les défis décrits dans l'initiative de renouvellement de la fonction publique et dans notre rapport sur les plans et priorités, il faudra un leadership solide et un engagement soutenu. Notre effort de renouvellement doit se poursuivre pour que le SCC puisse maintenir le niveau élevé de services auquel ont droit de s'attendre les Canadiens.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Macaulay, pourriez-vous conclure rapidement, nous devons passer au prochain témoin?

[Français]

Surint. pr. Fraser Macaulay: Oui. J'aimerais maintenant inviter ma collègue Leslie à vous donner plus de détails sur les obstacles auxquels font face les professionnels du SCC.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup. Nous avons en général un intervenant par organisation, mais comme nous avons assez de temps et je crois que chacun de vous présente un point de vue différent, je vais donc vous laisser, madame MacLean, le même temps.

Allez-y s'il vous plaît.

[Français]

Mme Leslie MacLean: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie aussi les membres du comité. Je suis heureuse d'avoir l'occasion de m'adresser à vous pour discuter des questions relatives au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé au SCC. Ainsi que mentionné par mon collègue, nous voulons aujourd'hui vous renseigner sur la stratégie de recrutement et de maintien en poste du SCC, y compris les principaux obstacles qui se dressent sur notre route, et notre stratégie pour les surmonter.

[Traduction]

Il est essentiel que nous recrutions des professionnels de la santé pour être capables de réaliser notre mandat prévu dans la loi qui est d'offrir aux délinquants des services de santé essentiels conformes aux normes professionnelles acceptées. Il importe ici de mentionner que notre modèle de prestation de services de santé repose en grande partie sur les soins infirmiers, alors que les services médicaux, à proprement parler, sont fournis à contrat.

Le SCC est le plus important employeur fédéral d'infirmières, d'infirmiers et de psychologues. En effet, nous avons un effectif d'environ 750 infirmières et infirmiers et de 340 psychologues, ce qui représente respectivement 39 p. 100 et 71 p. 100 de l'effectif de ces deux groupes employés au gouvernement fédéral. Outre le personnel infirmier et les psychologues, le SCC compte des employés appartenant à plusieurs autres disciplines de la santé, par exemple, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des ergothérapeutes et bien sûr des médecins à contrat.

Le recrutement de professionnels de la santé au SCC est une priorité permanente. C'est aussi une difficulté de taille pour plusieurs

autres raisons que celles dont vous a fait part mon collègue M. Macaulay. Le premier obstacle est posé par la concurrence élevée qui se livre dans les marchés du travail aux échelles nationale et internationale pour attirer les professionnels de la santé. Des administrations provinciales et territoriales de la santé ainsi que d'autres partenaires du gouvernement fédéral partagent le même impératif qui est d'attirer des professionnels de la santé. Cependant, dans certains cas, ils offrent un régime de rémunération global plus attrayant.

Le deuxième obstacle c'est que les tendances démographiques et sociales qui caractérisent le bassin de professionnels de la santé disponibles s'appliquent également au SCC, notamment, le vieillissement de la population active et l'admissibilité à la retraite de bon nombre d'employés.

Enfin, le troisième obstacle, mentionné par mon collègue, a trait à la prestation de services de santé dans le contexte du milieu correctionnel. Parmi les facteurs susceptibles de décourager les éventuelles recrues de se joindre au SCC, notons la difficulté d'intervenir auprès de délinquants ayant des besoins complexes en matière de santé physique et mentale, ou les conditions de travail stressantes qui prévalent en milieu carcéral.

Bien sûr, nous cherchons activement à recruter et à maintenir en poste ces employés de la santé qui sont essentiels. Depuis 2008, nous disposons de stratégies de recrutement et de maintien en poste spécialement conçues pour les professionnels de la santé. Elles jettent les bases d'une approche à long terme qui a déjà commencé à porter ses fruits. Selon notre plus récent rapport sur les postes à pourvoir, le taux d'occupation des postes de professionnels de la santé s'est amélioré. En outre, au cours du dernier exercice, le SCC a embauché 172 nouveaux professionnels de la santé, dont 125 membres du personnel infirmier.

Le SCC s'efforce également de devenir un employeur de choix. Par exemple, le personnel des services de santé relève désormais d'une structure organisationnelle de la santé, nous offrons de nouvelles initiatives de formation et de perfectionnement et nous cherchons à obtenir l'accréditation de toutes nos unités de soins de santé. Nous travaillons à la promotion des défis et avantages uniques qu'offre une carrière dans le milieu correctionnel, à l'aide d'une série de brochures qui ciblent spécifiquement les psychologues, les infirmières et infirmiers et les travailleurs sociaux. Des articles vantant notre milieu de travail unique ont été publiés récemment dans le bulletin de la Société canadienne de psychologie ainsi qu'un autre article, dans la revue de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Nous collaborons également avec nos collègues du partenariat fédéral pour les soins de santé, tant pour trouver des étudiants que pour les maintenir en poste avec des stages et des internats, ce qui bien sûr offre des emplois intéressants pour notre personnel et met en valeur les carrières au SCC.

• (0910)

[Français]

Le maintien en poste des professionnels de la santé est une composante clé de la stratégie. Pour soutenir nos efforts à ce chapitre, plus de huit millions de dollars ont été consentis, sur une base annuelle, à l'appui des activités de formation et de perfectionnement des membres du personnel infirmier, tant pour améliorer leurs compétences professionnelles dans le contexte du milieu correctionnel que pour les garder à jour avec des pratiques de soins infirmiers modernes.

De plus, au cours des trois dernières années, les psychologues ont reçu une allocation annuelle consacrée à leur perfectionnement professionnel.

[Traduction]

En somme, nous reconnaissons les difficultés auxquelles nous faisons face en matière de recrutement et de maintien en poste. Nous travaillons avec diligence dans le but de réduire le nombre de postes vacants et de maintenir en poste les professionnels de la santé hors pair que nous avons. Nous sommes déterminés à concentrer nos efforts pour attirer et maintenir des employés qualifiés afin qu'ils puissent poursuivre leur carrière dans le milieu stimulant et enrichissant des services correctionnels.

[Français]

Merci beaucoup.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Macaulay et madame MacLean, vous nous avez fourni des informations très importantes aujourd'hui. Merci.

Nous allons donner la parole maintenant à notre prochain invité, du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, Mme Scott.

[Français]

Dre Lise Scott (directrice générale, Gestion de la santé, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration): Merci, madame la présidente.

Bonjour. J'aimerais vous remercier de m'avoir invitée à vous parler aujourd'hui.

Je suis la directrice générale de la Gestion de la santé au ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration. Ma direction générale a la responsabilité d'exécuter le Programme fédéral de santé intérimaire, aussi connu sous l'acronyme PFSI. Il s'agit d'un régime de protection dans le cadre duquel sont remboursés les coûts associés aux services de santé dont se prévalent les personnes suivantes: les réfugiés, les demandeurs d'asile au Canada, les personnes détenues en vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés et les victimes de la traite des personnes.

[Traduction]

Le programme compte environ 128 000 clients qui se répartissent comme suit: environ 110 000 demandeurs d'asile — des revendicateurs du statut de réfugié — et environ 18 000 réfugiés au sens de la convention qui ont été sélectionnés à l'étranger et réinstallés au Canada. Habituellement, jusqu'à 300 personnes sont détenues à un moment donné. Entre 10 et 15 victimes de la traite de personne au cours d'une année.

Les dépenses du PFSI sont présentées dans le tableau en annexe. En 2008-2009, elles se sont élevées à 65 millions de dollars, pour un total approximatif de 550 000 demandes. Les coûts du programme sont en forte hausse. Le PFSI rembourse les frais médicaux de base, à la manière des régimes d'assurance-maladie provinciaux destinés aux citoyens canadiens et aux résidents permanents, ainsi que certains frais médicaux additionnels, comme les médicaments, les soins dentaires et les soins de la vue, à l'image de l'aide sociale provinciale.

Le programme est géré à la manière d'un régime d'assurance. Les clients, à l'exception des détenus, obtiennent des services du réseau de santé et de praticiens de leur province ou territoire, et le PFSI rembourse les coûts associés à ces soins. Le PFSI ne fournit pas de soins, il agit plutôt à titre d'agent de prestations. Nous reconnaissons l'importance d'établir des barèmes de frais pour garantir l'accès aux

services; ainsi, les barèmes du programme sont harmonisés avec ceux des provinces, dans la mesure du possible. Les réclamations sont traitées par un administrateur en tierce partie.

Le rôle de CIC consiste à définir les politiques du programme, à établir les structures des prestations et à surveiller les activités de l'administrateur des réclamations. Il faut savoir que les détenus sont hébergés dans des centres de détention de l'Agence des services frontaliers du Canada. Des ententes ont été conclues avec des dispensateurs de soins médicaux afin qu'ils s'y rendent huit heures par semaine pour dispenser leurs soins. Le PFSI en assume les coûts.

●(0915)

[Français]

Pour terminer, comme le mandat du programme est de rembourser les frais liés aux services de santé offerts par les systèmes de soins de santé provinciaux ou territoriaux, nous ne nous occupons pas directement des questions liées à l'accès aux soins, à la rémunération des médecins et autres professionnels de la santé ou au taux de roulement élevé du personnel de la santé. Par contre, comme c'est également le cas pour les autres organismes du Partenariat fédéral pour les soins de santé, l'importante hausse des dépenses du programme prouve que le coût de la prestation des services de santé a considérablement augmenté.

Je vous remercie. Je me ferai un plaisir de répondre aux questions des membres du comité.

[Traduction]

La présidente: Nous avons réellement des témoins fascinants aujourd'hui. Vos exposés sont très intéressants. Si vous souhaitez ajouter quoi que ce soit durant les questions, ne vous gênez pas, nous comptons beaucoup sur votre expertise.

Nous allons aller maintenant à la période de questions de sept minutes. Commençons avec la Dre Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup.

Ma question s'adresse au Service correctionnel.

Manifestement, la santé mentale est une grande priorité pour vos établissements.

Vous dites que, d'après votre récent rapport sur les postes à pourvoir, la situation s'est améliorée dans la plupart des cas. Pouvez-vous nous dire comment vous déterminez les besoins en matière de médecins, d'infirmiers et d'infirmières et de travailleurs sociaux? Quels sont vos objectifs dans chacune des professions et où en êtes-vous? Peut-être qu'il existe des tâches qui ne doivent pas nécessairement être accomplies par des professionnels diplômés et que malgré tout ceux-ci les exécutent? Pourriez-vous tout simplement me dire vos objectifs pour chaque catégorie et où vous en êtes dans l'atteinte de ces objectifs?

Mme Leslie MacLean: Je serais heureuse de répondre à la question.

Premièrement, la santé mentale est l'une des grandes priorités du Service correctionnel depuis les dernières années. Nous travaillons évidemment dans le cadre des différents champs d'activités qui sont répartis par les huit provinces où se trouvent nos 57 établissements.

Par exemple, l'Initiative sur la santé mentale en établissement, pour laquelle nous avons du financement en 2007, détient un effectif d'environ 90 professionnels de la santé qui sont entre autres des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes ainsi que des infirmières en psychiatrie et en santé mentale. Je n'ai pas les chiffres pour chaque catégorie, docteur Bennett, mais je pourrais, par exemple, vous parler de notre effectif de psychologues qui s'élève à 340 psychologues. Ceci représente le nombre de psychologues pour lesquels nous recevons un financement, et c'est manifestement un des secteurs avec lequel nous avons le plus de difficultés en matière de recrutement et de maintien en poste.

Notre taux de vacance actuel en psychologie est de 20 p. 100. Donc, lorsque nous avons des postes vacants — bien sûr, nous devons demander aux gens de ne pas travailler en dehors de leur champ d'activité — nous veillons à ce que les psychologues se concentrent sur leur domaine d'expertise, que ce soit l'évaluation des risques, les diagnostics de santé mentale... Ensuite, nous cherchons à fournir l'aide d'une équipe interdisciplinaire pour appuyer les détenus dans l'octroi des services de santé mentale.

Pour ce qui est des infirmiers et des infirmières, qui constituent notre plus grand groupe d'employés, j'ai indiqué dans mon exposé que nous avons 750 infirmières dont le poste est financé. Le taux de vacance actuel est d'environ 6 p. 100.

• (0920)

L'hon. Carolyn Bennett: Et les travailleurs sociaux?

Mme Leslie MacLean: Excusez-moi, je n'ai pas mentionné les travailleurs sociaux. Ils sont une partie importante de notre effectif en santé mentale. Nous avons un effectif de 55 postes de travailleurs sociaux, dont six sont vacants en ce moment, ce qui nous amène à un taux de vacance de 11 p. 100.

L'hon. Carolyn Bennett: Et les médecins de famille?

Mme Leslie MacLean: Six postes de médecins ou de psychiatres sont comblés. La grande majorité de nos services psychiatriques et médicaux sont sous contrat, nous avons donc un peu plus de 50 médecins sous contrat qui viennent dans nos établissements, environ deux à trois après-midis par semaine, pour une clinique. C'est à peu près la même chose pour les psychiatres, nous avons également un peu plus de 50 psychiatres sous contrat.

L'hon. Carolyn Bennett: Et pour ce qui est de la toxicomanie, comment traitez-vous ce problème?

Mme Leslie MacLean: La toxicomanie est un grave problème chez les détenus. Environ 80 p. 100 des détenus dans le système correctionnel fédéral souffrent d'une quelconque toxicomanie, et nous avons un vaste éventail de programmes de prévention de la toxicomanie qui visent à traiter ce type de problèmes.

L'hon. Carolyn Bennett: Quel est le pourcentage de votre équipe de soins de santé dédié à la santé mentale?

Mme Leslie MacLean: Je n'ai jamais calculé les taux de cette façon. Je peux par contre, docteur Bennett, vous donner un aperçu du budget. Le Service correctionnel dépense environ 194 millions de dollars en services de santé. De cette somme, environ 60 p. 100 couvre les salaires. À même cette enveloppe, nous dépensons environ 50 millions de dollars en services de santé mentale, soit dans les services de santé offerts dans l'un de nos cinq centres de soins psychiatriques soit dans nos programmes de santé mentale qui sont offerts dans nos autres établissements.

Je serais heureuse de m'engager, madame la présidente, à revenir avec une analyse plus poussée de la répartition des services en santé

physique et en santé mentale, il ne s'agit ici que d'un aperçu de l'ensemble de nos ressources.

L'hon. Carolyn Bennett: Et aussi depuis combien de temps est-ce que cette pénurie dure, vous avez dit que les taux de vacance diminuent... Mais est-ce que certains d'entre eux augmentent? Ce que je veux dire, c'est que 20 p. 100 des psychologues c'est énorme, parce qu'on ne peut prendre plus de patients par heure, on ne peut pas se dépêcher en santé mentale, contrairement à l'examen de gorges irritées.

Que faites-vous pour contrer le taux de vacance de 20 p. 100 en psychologie? Est-ce que ça veut dire que certains patients ne sont pas traités ou qu'il y a des listes d'attente?

Mme Leslie MacLean: Chaque établissement a ses propres solutions pour ces problèmes. L'une de ces solutions est évidemment le triage, afin de s'assurer que nous utilisons nos ressources dans les cas les plus urgents et les plus importants; une autre solution est de mettre sous contrat un soutien psychologique; et bien sûr, comme votre question l'a suggéré, tenter de résoudre les problèmes à la base. Par exemple, je crois qu'en février 2009 notre taux de vacance en psychologie était plus élevé, soit 23 p. 100. Nous l'avons réduit à 16 p. 100, mais il continue à vouloir augmenter. Nous allons donc continuer de chercher soigneusement à comprendre quels sont les problèmes qui touchent le recrutement et le maintien en place et nous allons bien sûr faire de notre mieux, en tant que service, pour répondre à ces problèmes.

L'hon. Carolyn Bennett: Avez-vous recours à des professionnels non agréés pour combler les postes vacants?

Mme Leslie MacLean: Nous avons toujours travaillé selon un modèle de service professionnel de santé, un de nos défis est de s'assurer que nous travaillons dans le cadre des champs d'activités réglementées de chaque juridiction où nos établissements sont situés.

L'hon. Carolyn Bennett: Afin d'obtenir un permis d'exercice, ils doivent d'abord respecter différents règlements provinciaux... Vous n'avez donc pas une approche interétablissement pour répartir vos employés?

• (0925)

Mme Leslie MacLean: Dans les huit provinces où se trouvent nos établissements, nous travaillons avec des personnes qui ont des permis reconnus par ces provinces. Comme vous le savez, il est beaucoup plus facile dans certaines professions de transférer son permis de travail, comme par exemple dans le cas des infirmiers et des infirmières. Pour ce qui est des psychologues, le transfert se fait beaucoup plus difficilement. Mon collègue en ressources humaines et moi travaillons avec l'Institut professionnel de la fonction publique du Canada pour tenter de régler ces problèmes.

La présidente: Je suis désolée, je vous ai donné huit minutes, Dre Bennett.

Nous allons donner la parole à M. Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens aussi à remercier les témoins de s'être déplacés aujourd'hui.

Dans le même ordre d'idées, j'ai une question concernant les psychologues. On a dit que 50 d'entre eux sont des contractuels. Vous nous avez expliqué brièvement les problèmes que cela peut entraîner.

Selon ce que je comprends, vous avez un nombre insuffisant de psychologues. Vous dites que le taux de vacance est de près de 20 p. 100. Cela doit engendrer de sérieux problèmes?

Mme Leslie MacLean: Notre défi est de toujours assurer une continuité de soins aux détenus. C'est sûr que le personnel pourrait répondre aux besoins des détenus avec une connaissance plus approfondie s'il s'agissait d'employés du Service correctionnel.

J'aimerais toutefois apporter une correction. J'ai parlé de 50 contrats tout à l'heure, il s'agit de plus de 50 contrats avec des médecins et de plus de 50 contrats avec des psychiatres. Pour ce qui est des psychologues, je ne connais pas le nombre exact de contrats signés avec eux. Je pourrai toutefois fournir cette information ultérieurement aux membres du comité.

Pour le Service correctionnel, le fait de ne pas compter de psychologues parmi ses employés représente un défi, car la continuité n'existe pas entre les membres de l'équipe interdisciplinaire. On doit fournir un service de qualité pour mieux répondre aux besoins en santé des détenus. À cette fin, les psychologues, les travailleurs sociaux, le personnel infirmier, le personnel, les agents correctionnels et les responsables de la gestion des cas doivent tous travailler ensemble. Ils doivent travailler en équipe pour répondre d'une façon intégrée.

On est contents que les travailleurs contractuels soient là pour nous aider, mais il est certain qu'on préférerait que ces services soient assurés par des employés.

M. Nicolas Dufour: Le fait de ne pas avoir d'employés permanents et à long terme doit aussi créer un problème du fait qu'on ne peut pas assurer le suivi d'un détenu de A à Z. Dans le fond, il y a un risque que son cas soit traité par plusieurs personnes?

Mme Leslie MacLean: Cela peut arriver, bien sûr. Quand on a des travailleurs contractuels, on essaie d'assurer une continuité des soins. Aussi, ces travailleurs doivent bien documenter leurs interventions auprès des détenus, leurs gestes, car cela fait carrément partie de la discipline professionnelle.

M. Nicolas Dufour: Je veux m'attarder surtout à la stratégie que vous avez mise en place. J'ai quelques questions. Comment allez-vous chercher de nouveaux effectifs? Vous l'avez expliqué un peu tout à l'heure, mais j'aimerais avoir plus de détails.

Concrètement, comment fonctionne le mécanisme? Comment avez-vous élaboré votre stratégie et comment en êtes-vous arrivés aux obstacles que vous mentionniez tout à l'heure?

Mme Leslie MacLean: J'aimerais simplement demander une précision. Votre question porte sur notre stratégie de recrutement et de rétention? Évidemment, oui.

Nous avons d'abord élaboré notre stratégie en 2008 en évaluant, avec la connaissance que nous avions à ce moment, quels étaient nos principaux défis, nos possibilités, et comment les optimiser. On travaille en collaboration avec le Partenariat fédéral pour les soins de santé justement pour déterminer dans quelles foires d'emploi ou expositions on va trouver les étudiants que ça pourrait intéresser. On aimerait que des étudiants puissent faire un stage avec nous pour voir ce qu'est la vie carcérale, ce que c'est que de travailler au sein de ce genre d'équipe interdisciplinaire. C'est sûr qu'il y a des secteurs où on n'a pas de marge de manoeuvre, à cause des questions de salaires, de prestations, par exemple. On essaie de voir quel aspect du développement professionnel peut être utilisé pour maximiser les forces de nos employés, mais on essaie aussi de faire en sorte que le ministère soit considéré comme un employeur de choix.

• (0930)

M. Nicolas Dufour: Est-ce que le salaire peut poser un problème pour quelqu'un qui veut venir dans...

Mme Leslie MacLean: C'est possible, ça dépend des qualifications professionnelles. Ça dépend aussi de l'endroit où des postes sont disponibles au pays. Comme mon collègue M. Macaulay l'a mentionné tout à l'heure, on a quelques pénitenciers qui sont éloignés, tel celui de Port-Cartier, près de Sept-îles, où la disponibilité, l'éducation ou les capacités requises du personnel peuvent représenter des obstacles.

M. Nicolas Dufour: Avez-vous des contacts avec d'autres groupes ou d'autres agences, par exemple au ministère de la Santé non seulement dans l'élaboration de votre stratégie, mais dans le *day to day* — permettez moi l'anglicisme — pour observer les manières de recruter d'autres agences qui font affaire avec des professionnels de la santé?

Mme Leslie MacLean: On a deux volets qui présentent un intérêt. Premièrement, on travaille d'une façon intégrée avec nos collègues des autres ministères fédéraux qui assurent aussi des services de santé, justement pour se présenter non pas comme six ministères qui assurent des services de santé, mais comme le gouvernement du Canada qui offre des possibilités d'emploi très variées.

Deuxièmement, le Service correctionnel a aussi un comité des associations professionnelles de santé qui fournissent leurs conseils au ministère en ce qui a trait à nos services de santé et à nos façons de faire. J'ai déjà présenté à quelques reprises notre stratégie de recrutement et de maintien en poste à ce comité. C'était justement pour voir si ces professionnels de la santé ou ces représentants d'une association des professionnels de la santé avaient des conseils à nous donner pour peaufiner notre stratégie afin de mieux relever les défis.

M. Nicolas Dufour: Est-ce qu'il me reste du temps?

[Traduction]

La présidente: Oui. Je vous ai donné un peu plus de temps parce que j'avais donné un peu plus de temps au Dre Bennett, alors allez-y.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Merci beaucoup.

Je voulais simplement m'informer auprès de Mme Scott de l'augmentation du budget du programme dont elle est responsable. Qu'est-ce qui pourrait expliquer qu'on est passé de près de 35,9 millions de dollars en 2000-2001 à près de 90,8 millions de dollars pour des prévisions de 2009-2010?

Dre Lise Scott: Merci de votre question.

La première chose que vous pouvez constater, si vous avez devant vous le tableau des dépenses du programme, c'est que le nombre de clients a augmenté de façon assez importante. Il est passé de 71 000 clients en 2000-2001 à 128 000 clients en 2009-2010.

On n'a pas le nombre, mais il y a aussi une augmentation du nombre de réclamations par client. Ensuite, il y a la complexité des services et l'augmentation de leurs coûts. C'est donc un ensemble de facteurs qui fait que les coûts ont augmenté de façon quand même assez importante.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Dufour.

Nous allons maintenant à Mme Leslie.

Mme Megan Leslie (Halifax, NPD): Merci, madame la présidente.

Bonjour et bienvenue. Je m'appelle Megan Leslie. Je suis députée d'Halifax.

J'aimerais revenir à votre conversation avec M. Dufour, plus précisément en ce qui a trait au recrutement et non au maintien en poste. Vous avez parlé des établissements dans certaines régions éloignées qui expliqueraient pourquoi certaines personnes ne veulent pas s'engager dans ce domaine. J'aimerais que vous m'aidiez à comprendre, étant donné que je ne suis pas une travailleuse de la santé qui travaille dans un pénitencier fédéral. Quels sont les problèmes de recrutement? Est-ce l'éloignement des lieux de travail? Est-ce le salaire? Est-ce que c'est la peur de la clientèle? Quels sont les problèmes principaux?

Mme Leslie MacLean: Pour certaines personnes c'est en fait tout ce que vous venez de dire.

Mme Megan Leslie: Est-ce qu'il y en a d'autres?

Mme Leslie MacLean: Un des problèmes principaux, de mon point de vue, est que la rémunération que nous offrons n'est pas aussi élevée que nous l'aimerions, dans certaines parties du pays, pour des professions précises. De temps en temps nous sommes à la recherche de compétences spéciales. Si l'on prend l'exemple des services infirmiers en Nouvelle-Écosse, où nous sommes le point de service de toute la région Atlantique. Nous cherchons souvent du personnel bilingue pour notre établissement de Springhill, ce qui est difficile à trouver dans cette région. Bien sûr, en ce qui a trait aux psychologues, nous serions très heureux de trouver des personnes qui ont des qualifications non seulement dans le domaine clinique mais également dans le domaine judiciaire.

Il est évident que ce ne sont pas tous les professionnels de la santé qui, au cours de leurs études, s'imaginent à travailler dans un pénitencier.

J'en ai discuté avec mon collègue et j'ai souvent entendu dire à quel point le travail du personnel de première ligne est important et à quel point il contribue à la sécurité publique. Il est alors très intéressant pour nous d'avoir des étudiants, par exemple en soins infirmiers, venir faire des stages de six semaines en milieu de travail, et constater ce qu'est réellement le travail. Ils comprennent alors qu'il faut être très autonome et peuvent envisager les pour et les contre de ce travail.

• (0935)

Mme Megan Leslie: Quels sont les problèmes au niveau du maintien en place? J'imagine que c'est différent. J'imagine que le fait de devoir travailler seul doit faire partie de votre réponse.

Mme Leslie MacLean: Ils peuvent être différents. Je me tournerais vers M. Macaulay s'il souhaite répondre.

L'environnement de travail peut être très stressant. J'en ai déjà parlé dans ma présentation. La main-d'oeuvre en santé ressemble à toutes les autres main-d'oeuvre au Canada: elle vieillit et nous avons de plus en plus de gens admissibles à la retraite. C'est le genre de choses... Je crois également qu'il y a des problèmes de professionnalisme, il faut encourager la formation et le développement professionnel afin que les gens soient appuyés et qu'ils soient en mesure de répondre aux situations d'urgence lorsqu'elles arrivent. Voilà certaines des solutions que nous pouvons envisager afin de fournir un milieu de travail sain où nous employés sont valorisés.

Monsieur Macaulay.

Surint. pr. Fraser Macaulay: J'aimerais juste ajouter que la profession d'infirmière est très axée sur le travail à temps partiel et le travail par quart. Ce sont des choses qui ont leur incidence. Le

développement professionnel est de taille lorsqu'il s'agit du développement du personnel à temps partiel.

De nombreux éléments jouent l'un contre l'autre, notamment l'environnement. Nous ne pouvons ignorer le milieu dans lequel nous travaillons. C'est un milieu difficile et l'altruisme tient pour beaucoup dans les valeurs des employés. C'est l'élément clé lorsque nous les interrogeons. C'est ce qui transparait. La diversité du travail est un élément clé et aussi leur contribution à la sécurité publique du Canada.

Il s'agit donc principalement de gagner le coeur des gens. Si vous regardez du côté du maintien en poste, il est assez bon une fois que les premiers pas sont faits. Nous discutons de cela en venant... L'une des choses que nous avons entendues souvent est que les gestionnaires peuvent dire en cinq minutes si une personne va rester ou non. Soit ils adorent le travail soit ils détestent. C'est aussi simple et clair que cela.

Mme Megan Leslie: Rencontrez-vous certaines difficultés lorsque des personnes font application pour un poste dans un établissement parce qu'il y a un poste de disponible ou qu'il y a plusieurs disponibilités — je vous vois déjà baisser la tête — et ensuite qu'elles tentent de changer d'établissement parce que c'est là où elles préféreraient être? Avez-vous des problèmes avec des établissements en particulier?

Mme Leslie MacLean: Il est évident qu'il est très difficile pour nous de recruter du personnel dans certaines parties de certaines provinces, tout simplement à cause peut-être d'un hôpital qui est juste en face de notre établissement. Par exemple, si nous lançons un concours dans les Prairies, nous pourrions recevoir des demandes de personnes qui sont tout à fait prêtes à être relocalisées dans l'une de nos grandes villes. Nous avons des établissements à Edmonton, à Saskatoon et nous en avons une juste à l'extérieur de Winnipeg. Mais, demander à quelqu'un de s'établir juste un peu au nord représente une difficulté pour nous. Oui, bien sûr, il y a toujours le risque que des gens voient l'avis, pensent que c'est tout juste à côté d'Edmonton et font une demande. Alors que nous sommes peut-être à la recherche de personnes pour Grande Cache. Vous avez raison, nous avons des difficultés en ce qui a trait à la mobilité de la main-d'oeuvre et à attirer des gens dans des endroits éloignés.

Mme Megan Leslie: Est-ce que certains endroits présentent également des difficultés pour maintenir les gens en poste?

Mme Leslie MacLean: Pour ce qui est des infirmiers et infirmières, il y a deux endroits dans les Prairies et un endroit au Québec où nous avons de la difficulté à recruter et à maintenir en poste le personnel: Grande Cache en Alberta, Prince Albert en Saskatchewan et Port-Cartier que j'ai mentionné un peu plus tôt. Ces endroits sont très difficiles, surtout pour les soins infirmiers et pour d'autres secteurs de la santé également.

Mme Megan Leslie: D'accord. Les chiffres que vous nous avez donnés... par exemple, en psychologie, il y a un taux de vacances de 20 p. 100. Est-ce que c'est un chiffre assez statique? Est-ce que c'est toujours comme ça ou s'il y a des variations?

Mme Leslie MacLean: Depuis les dernières années, nous faisons un suivi très serré, nous avons vu certaines améliorations dans certaines régions et certaines détériorations dans d'autres. Il est également important de souligner que si la main-d'oeuvre est moins importante... Il y a moins d'établissements et de détenus dans la région de l'Atlantique, donc si nous perdons un psychologue ou une infirmière dans la région de l'Atlantique, l'effet est alors disproportionné pour cette région.

Il y a un an, nous avons des problèmes de recrutement et de maintien en poste pour les psychologues et les infirmiers ou infirmières dans la région du Pacifique. Nous devons une fière chandelle aux gestionnaires de cette région. Ils ont fait un travail immense en matière de recrutement dans la dernière année et ont amélioré de façon significative les taux de vacances dans les deux secteurs.

● (0940)

Mme Megan Leslie: S'il me reste un peu de temps...

La présidente: Rapidement.

Mme Megan Leslie: J'ai une question rapide pour Mme Scott. Si je comprends bien, pour ce qui est du programme de remboursement, vous allez rembourser les services de santé additionnels à l'image de l'assistance sociale provinciale. Ce que je comprends c'est que les personnes que vous représentez reçoivent des soins de santé différents selon les normes de chaque province. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, ils pourraient ne pas recevoir de traitement en santé mentale, mais en Ontario, ils y auraient accès. Est-ce que mon interprétation est exacte?

Dre Lise Scott: Nous tentons le plus possible de refléter les services offerts par les provinces. Je n'exposerais pas le problème de la façon dont vous le faites par contre, parce que les provinces offrent en général les mêmes types de services. Il serait impossible de recevoir des services en santé mentale dans une province et de ne pas en recevoir dans une autre province. Pratiquement tout le monde est en mesure de recevoir des services de santé mentale.

La présidente: Merci.

Nous donnons la parole à Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Et merci beaucoup également aux intervenants de ce matin.

J'aimerais m'adresser à Mme Scott. Nous allons continuer dans la voie que Mme Leslie a lancée. J'ai été intriguée lorsque vous avez dit que vous offriez des services à l'image de l'aide sociale provinciale. Vous dites que vous tentez de vous en rapprocher le plus possible. Quelles sont les différences? Je sais qu'il y a des différences entre ce que les provinces offrent l'une de l'autre. Pourriez-vous souligner ces différences et comment elles affectent vos programmes?

Dre Lise Scott: Je ne connais pas les différences. Si vous souhaitez les avoir, je devrai procéder à une analyse et fournir les résultats au comité.

La présidente: Si vous pouviez le faire, madame Scott, et si vous pouviez les fournir à la greffière, nous veillerons à ce que tout le monde les reçoive.

Dre Lise Scott: D'accord.

Mme Patricia Davidson: Madame Scott, savez-vous si les différences ont entraîné des difficultés pour votre organisation?

Dre Lise Scott: Je ne sais pas si les différences dans nos paiements ont créé des difficultés pour nos clients. Ce que je sais, c'est que nos clients, ainsi que d'autres clients, ont de la difficulté à obtenir des services et à avoir accès aux services s'ils se trouvent dans une région où d'autres bénéficiaires connaissent des difficultés. Ils sont soumis au même genre de difficultés que la population générale en ce qui concerne l'accès aux soins.

Mme Patricia Davidson: Dans votre exposé, vous avez dit que vous reconnaissez l'importance d'établir des barèmes de frais et que vous essayez de les harmoniser avec ceux des provinces, dans la

mesure du possible. À quel point sont-ils harmonisés? Dans la plupart des cas, le sont-ils plus que les barèmes de frais provinciaux?

Dre Lise Scott: Dans la plupart des cas, nous essayons de les harmoniser exactement avec les barèmes de frais provinciaux. Dans certains cas, nous payons plus et dans certains cas, nous payons moins. Cela dépend du service. Nous pouvons inclure ces données dans l'analyse que nous vous fournissons.

Mme Patricia Davidson: D'accord. Merci.

Vous n'êtes donc pas du tout le fournisseur de soins dans l'un ou l'autre des cas. Est-ce exact?

Dre Lise Scott: C'est exact.

Mme Patricia Davidson: Mais vous avez un administrateur en tierce partie et votre rôle consiste donc à surveiller les activités de cet administrateur des réclamations.

Dre Lise Scott: Oui.

Mme Patricia Davidson: Comment procédez-vous?

Dre Lise Scott: À ce moment-ci, je devrais aussi dire que nous avons signé un nouveau contrat avec un nouvel administrateur des réclamations et que nous sommes en période de transition entre l'ancien administrateur des réclamations et le nouveau, qui sera en fonction en janvier prochain.

Les exigences que nous avons fixées dans la demande de proposition du contrat nous permettent d'assurer la surveillance requise. Nous avons demandé au fournisseur de nous donner tous les mois des renseignements sur les paiements qu'il verse. Nous vérifions également notre administrateur des réclamations et nous faisons concorder tous les aspects financiers du contrat. Tous les mois, nous surveillons donc plusieurs exigences auxquelles doit satisfaire l'administrateur des réclamations.

● (0945)

Mme Patricia Davidson: Vous avez donc un contrat avec l'administrateur des réclamations. L'administrateur des réclamations est-il le groupe qui a la responsabilité de trouver le professionnel des soins de santé ou si c'est à vous de le trouver?

Dre Lise Scott: Personne n'a la responsabilité de trouver un professionnel des soins de santé. C'est le même principe qu'une assurance, et il incombe au client de trouver son propre fournisseur de soins de santé. Nous payons ensuite les soins par l'entremise de l'administrateur des réclamations.

Mme Patricia Davidson: S'il y a une pénurie de médecins, les clients sont-ils directement touchés comme tout le monde?

Dre Lise Scott: C'est exact. Notre rôle consiste uniquement à verser un paiement. Nous avons le mandat de verser un paiement pour les services, et non d'assurer l'accès.

Mme Patricia Davidson: L'accès est donc totalement l'affaire du client, et votre ministère ne s'occupe pas des problèmes, comme des problèmes de langue ou de travailleurs formés à l'étranger... ou de compréhension de différents problèmes culturels? Ces problèmes sont-ils pleinement l'affaire du client?

Dre Lise Scott: Eh bien, notre ministère travaille de près avec les fournisseurs de services et étudie les problèmes d'intégration et de langue. Mais cela ne relève pas de ma responsabilité; je suis responsable de la santé.

Si les questions d'intégration et les aspects de l'intégration liés à la santé vous intéressent, je vais devoir demander à un collègue de votre Direction générale de l'intégration de vous parler. Mais c'est assurément un domaine où notre ministère est très impliqué, mais pas ma direction générale.

Mme Patricia Davidson: Vous avez un administrateur en tierce partie et vous venez de dire que vous changez d'administrateur en janvier. À quelle fréquence présentez-vous une demande de proposition? À quelle fréquence la situation est-elle évaluée, tout d'abord? Puis, quelle est la durée du contrat habituellement?

Dre Lise Scott: L'administrateur des réclamations que nous avons actuellement travaille en vertu du même contrat depuis trois ans, mais il avait également obtenu le contrat auparavant. Ce n'était pas la première fois qu'il avait le contrat.

Le nouveau contrat sera établi pour une période de cinq ans, avec deux possibilités de renouvellement pendant deux années à la fois.

Mme Patricia Davidson: Je me souviens que, pendant votre exposé, vous avez dit qu'il y a eu une forte hausse des dépenses du programme, laquelle rend compte du fait que le coût de l'obtention de services de santé a augmenté considérablement de 2001 à 2009, sur une période de huit ans, et quand j'examine les dépenses du programme qui figurent au tableau que vous nous avez donné, je vois que les dépenses ont augmenté de plus de 50 p. 100, passant de 42,5 millions de dollars à 90,8 millions de dollars. Je sais que les clients ont été plus nombreux, mais il n'y a pas de comparaison ici pour le nombre de réclamations. Le coût a-t-il augmenté tant que ça en huit ans?

Dre Lise Scott: Nous pourrions vous donner le coût par client également. Nous avons cette information. Si vous le souhaitez, nous pourrions également vous la transmettre. Le coût par client a augmenté. Le nombre de réclamations a augmenté. Le nombre de clients a augmenté. Nous n'avons pas poussé l'analyse plus loin. Ce que nous croyons, c'est que les clients ont beaucoup plus de problèmes de santé. Ils ont connu des situations beaucoup plus difficiles et ils nécessitent plus de soins de santé. Il y a donc différents facteurs.

• (0950)

La présidente: Merci, madame Scott.

Nous allons maintenant commencer la deuxième série de questions. Le temps sera très serré. Nous entendrons Mme Murray et peut-être une autre question pour nous assurer de poser toutes nos questions.

Le tour est donc de cinq minutes, madame Murray, et je surveillerai le temps de près.

Madame Murray, voulez-vous commencer?

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci, madame la présidente.

Madame MacLean, pouvez-vous nous dire quel pourcentage des psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux et thérapeutes travaillent exclusivement avec des clients et quel pourcentage de ceux-ci travaille sur les politiques?

Mme Leslie MacLean: En règle très générale, la plupart des professionnels de la santé sont dans nos établissements. Je peux m'engager à donner au comité une répartition détaillée par profession, madame la présidente, mais, par exemple, chez les 750 infirmières et infirmiers dont j'ai parlé plus tôt...

Mme Joyce Murray: Pardonnez-moi, mais j'ai énuméré les travailleurs en santé mentale et en toxicomanie. Savez-vous à peu

près combien d'entre eux travaillent sur les politiques? Quel pourcentage?

Mme Leslie MacLean: Il y a très peu de psychologues à l'administration centrale. Par exemple, 5 psychologues sur 340 travaillent à notre administration centrale. Ce sont, évidemment, les gens qui travaillent principalement dans le domaine des politiques. Nous ne...

Mme Joyce Murray: Merci. Parce que nous avons si peu de temps et qu'il me reste cinq questions, je vais les poser assez rapidement.

Évaluez-vous les soins fournis en santé mentale et en toxicomanie? Qu'est-ce qui fonctionne et qu'est-ce qui ne fonctionne pas?

Mme Leslie MacLean: En ce qui concerne nos programmes de toxicomanie, nous effectuons une évaluation officielle du programme et nous publions annuellement nos résultats correctionnels dans notre rapport sur les plans et les priorités. Pour ce qui est de la santé mentale, certains aspects du financement sont relativement nouveaux. Ils sont apparus en 2005-2007, donc nous allons en fait procéder à une évaluation de notre stratégie en santé mentale au cours de la prochaine année.

Mme Joyce Murray: Pouvez-vous nous redire, en gros, quelle proportion des problèmes médicaux, de santé mentale et de toxicomanie étaient déjà présents chez les clients à leur arrivée et quelle proportion est attribuable au fait d'être emprisonné? Quelles sont les proportions? Les gens contractent-ils l'hépatite C en prison? Combien de ces problèmes sont aggravés à cause de l'incarcération par rapport au fait qu'ils étaient déjà présents chez les clients avant leur arrivée?

Mme Leslie MacLean: Je vais d'abord répondre au niveau supérieur. Le Service correctionnel ne dispose pas d'un dossier de santé électronique, alors notre capacité de suivre l'état de santé détaillé des détenus ou d'analyser la santé de la population se trouve limitée. Par contre, je peux vous donner certaines des données les plus récentes que nous avons sur les maladies infectieuses, parce que j'ai celles de 2008. Par exemple, pour ce qui est du VIH-sida, 219 détenus en étaient atteints en 2008. Nous avons également admis 87 personnes cette année-là qui avaient le VIH-sida, dont 90 p. 100 qui savaient déjà qu'elles l'avaient contracté. De la même façon, pour l'hépatite C — nos données les plus récentes datent encore de 2008 —, sur une population de 3 903 personnes atteintes d'hépatite C, 935 personnes l'avaient contracté avant leur incarcération cette année-là, dont 85 p. 100 qui le savaient déjà.

Mme Joyce Murray: Puis-je donc résumer que certaines personnes arrivent dans vos établissements et souffrent déjà de problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de maladies, et que certaines autres les acquièrent pendant leur incarcération?

Ma dernière question... Le directeur parlementaire du budget nous a dit que le programme de sanctions du gouvernement pourrait s'élever à 2 milliards de dollars sur cinq ans, ce qui est 10 fois supérieur à l'évaluation du gouvernement. Ma question est la suivante. Vous a-t-on demandé d'évaluer les besoins et les coûts relatifs à cette augmentation du nombre de Canadiens incarcérés et de la durée de leur emprisonnement? Selon vous, comment les pénuries actuelles changeront-elles en raison de ce programme de sanctions qui fera augmenter le nombre et la durée des séjours en prison?

• (0955)

Mme Leslie MacLean: Notre commissaire a témoigné devant le Comité permanent de la sécurité publique et nationale quant à l'incidence du changement possible chez les détenus, et je crois comprendre que sur les fonds prévus en vue d'une augmentation des délinquants, des fonds serviront également à fournir des services de santé aux détenus.

Mme Joyce Murray: Donc à court...

La présidente: Merci, madame MacLean.

Nous passons maintenant à Mme McLeod. Allez-y.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

Premièrement, je suis un peu surprise qu'il n'y ait pas de dossier de santé électronique. Je me demande s'il y a des plans à cet égard. En avez-vous fait la demande? Où en est rendu le dossier?

Mme Leslie MacLean: C'est avec plaisir que je vous parlerai de nos efforts à ce chapitre. Le personnel de première ligne m'en parle chaque fois qu'il me voit.

En fait, nous avons présenté une demande de proposition formelle l'an dernier. Cela n'a pas fonctionné, alors nous évaluons actuellement, avec d'autres partenaires fédéraux qui assurent des services de santé, les provinces et d'autres fournisseurs, toutes les entreprises possibles dans le cadre desquelles nous pourrions collaborer avec d'autres personnes et établir un partenariat qui nous permettrait de fournir à notre personnel de première ligne un dossier de santé électronique. C'est essentiel à la continuité des soins et il faut appuyer le personnel dans la prestation d'excellents services de santé.

Mme Cathy McLeod: D'accord, vous avez donc le financement nécessaire; vous n'avez tout simplement pas encore trouvé le produit qui répond à vos besoins. Est-ce bien cela?

Mme Leslie MacLean: Il y a quelques années, le ministère avait réussi à obtenir des fonds pour acheter un dossier de santé électronique. L'an dernier, notre travail n'a pas porté fruit, alors oui, nous avons des fonds de côté pour nous aider à acquérir un dossier de santé.

Mme Cathy McLeod: Et vous avez parlé du fait d'examiner les cadres de pratique et évidemment de les harmoniser dans les différentes provinces. Sans parler d'une province en particulier, avez-vous constaté s'il y a des provinces qui disposent d'un cadre de pratique permettant une réponse beaucoup plus souple et appropriée ou si c'est la même chose partout au Canada?

Mme Leslie MacLean: Dans le domaine des soins infirmiers, nous voyons certainement une plus grande harmonisation entre les cadres de pratique, à l'exception des infirmières et infirmiers praticiens, qui n'est pas un cadre réglementé dans toutes les provinces. L'autre domaine où nous avons remarqué une plus grande différence est celui de la psychologie, où le niveau de qualification semble varier d'un collègue à un autre.

Nous nous engageons à nous assurer que notre personnel possède un permis, ou qu'il est admissible à obtenir un permis, pour fournir nos services de santé.

Mme Cathy McLeod: J'espère que je peux poser au moins deux autres questions. Avez-vous songé à intégrer des infirmières et infirmiers praticiens pour donner les soins?

Mme Leslie MacLean: En fait, nous avons réalisé une très grande étude de la charge de travail de toutes les infirmières et tous les infirmiers du service l'an dernier, et nous l'utiliserons pour analyser

les possibilités d'améliorer la façon dont notre personnel travaille et pour nous assurer que nous avons de bons indicateurs de ressources. Oui, les infirmières et infirmiers praticiens seraient un domaine de pratique qui nous intéresserait.

Nous rencontrons des obstacles à ce chapitre. En premier lieu, ce cadre de pratique n'est pas reconnu, si je comprends bien, par les normes de classification qui régissent notre travail, et qui sont gérées par le Conseil du Trésor. En second lieu, ce n'est pas encore un cadre de pratique réglementé dans toutes les huit provinces où se trouvent nos établissements.

Mme Cathy McLeod: Ma dernière question rapide s'adresse à Mme Scott. Nous avons apporté certaines modifications pour essayer de limiter les faux réfugiés provenant de deux des pays importants où nous croyons qu'ils étaient...

La présidente: Je suis désolée, il ne reste presque plus de temps et je vais devoir mettre fin aux questions, parce que nous avons d'autres témoins en attente.

J'aimerais vous remercier infiniment d'avoir témoigné devant notre comité. Vos commentaires ont été extrêmement utiles et très à propos. Merci.

Je vais suspendre la séance pour deux minutes. Je vous serais très reconnaissante de ne pas discuter avec les membres du comité dans cette salle. Si les membres du comité veulent discuter, veuillez le faire à l'extérieur.

Prenons deux minutes pour permettre à nos autres témoins de prendre place.

• _____ (Pause) _____

•

• (1000)

La présidente: Commençons maintenant. Nous avons beaucoup de témoins aujourd'hui. Je souhaite la bienvenue aux témoins. Je vous remercie d'être ici. Vos commentaires sont extrêmement importants.

Nous surveillerons le temps de près afin que nous puissions écouter tous les intervenants aujourd'hui. La liste est très longue.

De l'Association des collègues communautaires du Canada, nous accueillons Terry Boyles. Allez-vous parler au nom de votre association, madame Boyles?

Mme Terry Anne Boyles (vice-présidente, Affaires publiques, Association des collègues communautaires du Canada): Oui, et Rae Gropper fera un bref exposé.

La présidente: Vous aurez cinq minutes. Je devrai vous interrompre même si elle n'a pas eu le temps de parler. Vous partagerez votre temps.

De l'Association canadienne des ergothérapeutes, nous accueillons Mme Elizabeth Steggle. Vous parlerez au nom de votre association.

De l'Association canadienne de santé publique, nous recevons le Dr Neudorf, et de la Société canadienne de science de laboratoire médical, Mme Nielsen.

De l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, Glenn Brimacombe. Vous êtes celui qui prendra la parole, monsieur Brimacombe? Excellent.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, commençons. Nous entendrons d'abord Terry Boyles.

Mme Terry Anne Boyles: Merci.

L'Association des collèges communautaires du Canada représente les collèges, les instituts spécialisés comme le Michener Institute, les écoles polytechniques, les collèges universitaires, les collèges avec un mandat universitaire et les cégeps du Canada. Notre effectif est très nombreux. Nous comptons 150 établissements membres et des campus dans plus de 1 000 collectivités canadiennes.

Il existe une crise des compétences avancées au pays. Malgré la récession et le ralentissement économique, tous les secteurs de l'industrie ont fait connaître à l'association leurs préoccupations à cet égard.

Vingt associations nationales de l'industrie, dont l'Association canadienne des soins de santé, dirigée par Pamela Fralick, se réunissent. Elles s'inquiètent du fait qu'elles débauchent le personnel de l'une et de l'autre, particulièrement en ce qui concerne les gens spécialisés en mathématiques et en sciences. Pour l'avenir, elles sont très préoccupées quant à la capacité des collèges et instituts canadiens. Pamela Fralick est l'une des personnes qui ont endossé un rôle de leadership lorsque nous avons comparu devant le Comité permanent des finances pour parler de cette préoccupation et de la crise.

Du côté des Autochtones, les établissements destinés aux premières nations sont membres, mais nos collèges fournissent également un enseignement aux Autochtones. Nous partageons la même préoccupation réelle que l'Assemblée des Premières Nations quant à la limite imposée au programme d'études postsecondaires destiné aux Indiens inscrits et aux Inuits. Plus de 10 500 étudiants figuraient sur les listes d'attente en 2006. L'APN et nous estimons que ce nombre augmente de 3 000 personnes chaque année.

Le domaine des mathématiques et des sciences en particulier nous préoccupe beaucoup. J'ai été présidente d'un collège. Nous voyons les gens perdre leurs qualifications, nous les voyons être découragés. Ils n'accèdent pas à l'enseignement postsecondaire, et cette situation décourage d'autres personnes de leurs communautés d'entreprendre des études postsecondaires.

Pour ce qui est de l'immigration, j'aimerais attirer l'attention du comité sur les documents fournis dans notre trousse. Notre association a mené les projets pilotes du gouvernement du Canada pour les immigrants entre le moment où ils sont acceptés et le moment où ils arrivent au Canada. Elle leur ont présenté les cadres de réglementation, la région du pays où ils allaient s'installer et les étapes à suivre pour recevoir leur accréditation. Nous venons tout juste de décrocher le contrat qui permettra de rejoindre 25 pays en tout, alors nous ouvrirons sous peu un nouveau bureau à Londres et un au Moyen-Orient.

Dans nos recommandations qui se trouvent à la dernière page du document, nous parlons du problème de capacité et du fait que les programmes sont complets; du vieillissement des infrastructures; des coûts de la technologie; et du recrutement de notre faculté dans le secteur de la santé et dans d'autres pays, une préoccupation importante. Il existe un manque de données sur les ressources humaines en santé.

J'aimerais que Rae Gropper parle de l'un de nos grands projets nationaux.

• (1005)

Mme Rae Gropper (consultante, Association des collèges communautaires du Canada): C'est difficile de parler si rapidement d'une question aussi importante, mais je ferai de mon mieux.

Je participe à un projet appelé « Maintenir les effectifs dans les services paramédicaux ». Il s'agit d'un groupe de pression qui reçoit

très peu d'attention parce que l'attention est portée davantage sur l'enseignement en médecine et en soins infirmiers. Mais l'activité diagnostique et thérapeutique est essentielle à cette main-d'oeuvre-ci.

Nous nous penchons sur l'offre et la demande pour tenter de cerner les questions qui se posent ici. Nous ne connaissons pas très bien les chiffres dans ce domaine au pays. Nous espérons faire la promotion d'une initiative pancanadienne qui assurerait une dotation durable, déterminer les pratiques novatrices et en faire la promotion. Nous y arriverons en élaborant un plan détaillé et un énoncé de politique en consultation avec tous les intervenants: provinciaux, professionnels et éducationnels.

Notre groupe de travail comprend de 14 à 16 membres, qui représente uniquement des éducateurs, des professionnels, des organismes de réglementation, des employeurs et des créanciers. Notre activité de projet commencera sous peu. L'activité novatrice visera six régions du pays et tentera d'étudier et d'évaluer les innovations qui pourraient être utilisées par les collèges qui donnent environ 70 p. 100 ou plus de la formation.

Les collèges que je représente participent au forum de concertation, qui comprend des éducateurs, des professionnels et des organismes de réglementation, ainsi que des programmes paramédicaux et les doyens de facultés paramédicales.

La présidente: Merci beaucoup.

Je sais que les contraintes nous restreignent tous. Nous devons vivre avec les règles, mais lorsque viendra le temps des questions et des réponses, s'il y a un point que vous tenez à soulever, glissez-le dans votre réponse. C'est ce que font certaines personnes, et ça vous aide.

Mme Rae Gropper: Merci.

La présidente: Oh, il n'y a pas de quoi.

Nous passons maintenant à Mme Steggle, de l'Association canadienne des ergothérapeutes.

Mme Elizabeth Steggle (professeure adjointe, coordonnatrice de projet, École des sciences de la réadaptation, Université McMaster, Institute for Applied Health Sciences, Association canadienne des ergothérapeutes): Bonjour et merci de me donner l'occasion de contribuer à l'étude de votre comité sur les ressources humaines en santé.

Je m'appelle Elizabeth Steggle et je suis professeure adjointe à l'Université McMaster. Je suis ici aujourd'hui pour représenter ma profession et mon association, l'Association canadienne des ergothérapeutes. J'aimerais partager mes réflexions — nos réflexions — avec vous concernant les difficultés et les possibilités touchant les ergothérapeutes.

L'ergothérapie est un service de santé essentiel qui permet aux Canadiens de tirer le maximum de leur productivité, de réduire les restrictions liées au style de vie et d'éviter la dépendance inutile. Le fait d'éprouver un sentiment de bien-être et de donner un sens à ses activités quotidiennes constitue un déterminant important de la santé et un moyen efficace de réduire les dépenses publiques en santé.

Les ergothérapeutes font face à des défis en matière de ressources humaines similaires à ceux qui touchent d'autres professionnels des soins de santé. Nous devons composer avec des pénuries de main-d'oeuvre, le manque de place dans les universités, l'exclusion de la prestation de services et l'inclusion de professionnels formés à l'étranger.

L'information sur le marché du travail et les études sur la main-d'oeuvre indiquent qu'il y a une demande forte et constante en matière de services d'ergothérapie partout au Canada afin de s'attaquer aux difficultés du vieillissement, aux problèmes de santé mentale, dont le trouble de stress post-traumatique, à la gestion de la main-d'oeuvre et à la gestion des maladies chroniques.

Pourtant, pour nous, en tant que profession de la santé, dont l'utilisation est limitée comparativement à des pays dont le système de santé est similaire au nôtre, la sous-utilisation est attribuable en premier lieu à une pénurie de thérapeutes et à l'utilisation limitée, ou à l'exclusion, de l'ergothérapie dans des milieux de soins de santé appropriés.

L'Association canadienne des ergothérapeutes est d'avis que la réponse aux préoccupations liées aux ressources humaines pour sa profession réside dans une planification efficace des ressources humaines en santé, notamment dans la promotion de l'intégration d'ergothérapeutes formés à l'étranger au sein de la main-d'oeuvre canadienne.

Les pénuries de main-d'oeuvre entraînent des répercussions négatives sur la prestation de services d'ergothérapie. Les ergothérapeutes sont inquiets de l'incidence des exigences organisationnelles et en milieu de travail sur la qualité des services qu'ils offrent à leurs clients. Ils rapportent que les milieux de travail exigent une grande productivité, mais qu'ils fournissent moins de ressources pour appuyer la prestation de services et des possibilités limitées de perfectionnement professionnel. Personnellement, j'aimerais souligner que mes collègues m'en parlent tous les jours. Les exigences professionnelles d'un service fondé sur des preuves entrent souvent en conflit avec les exigences de l'employeur qui souhaite traiter un grand nombre de cas tout en réduisant les coûts associés à la prestation des services.

Pour garantir une offre convenable d'ergothérapeutes, il faudra accroître l'engagement actuel d'augmenter les places dans les programmes d'ergothérapie offerts dans les universités canadiennes dans le cadre de tout plan de modélisation des ressources humaines en santé. L'augmentation du nombre dans notre profession est également abordée dans notre programme qui aide les diplômés internationaux qui immigreront au Canada et qui sont pleinement qualifiés à occuper un emploi d'ergothérapeute. Les ergothérapeutes formés à l'étranger jouent un rôle important et croissant pour répondre à la demande de services d'ergothérapie au Canada. Bon nombre d'employeurs recrutent activement des ergothérapeutes formés à l'étranger afin de répondre à leurs besoins en dotation et aux besoins de nos clients, qui ont eux-mêmes des antécédents divers et multiculturels.

• (1010)

Les ergothérapeutes formés à l'étranger ont parfois de la difficulté à pratiquer au Canada et rencontrent des obstacles qui les empêchent d'occuper un emploi d'ergothérapeute.

L'Association canadienne des ergothérapeutes a entrepris plusieurs initiatives pour travailler avec des partenaires ergothérapeutes afin de surmonter les obstacles qui se dressent devant les diplômés internationaux. Par exemple, le programme de préparation à l'examen et à la pratique en ergothérapie aide les ergothérapeutes formés à l'étranger à se préparer à faire l'examen canadien et à effectuer une transition dans la pratique.

La présidente: Merci, madame Steggle.

Nous passons maintenant au Dr Neudorf, s'il vous plaît.

Dr Cordell Neudorf (président, Conseil d'administration, Association canadienne de santé publique): Merci de me donner l'occasion de comparaître devant vous, aussi bien en ma qualité de président de l'Association canadienne de santé publique, l'ACSP, qu'en tant que dirigeant de la santé publique en Saskatchewan.

Le comité a déjà entendu l'ACSP dire par le passé que la grande majorité de l'argent consacré au système de santé au Canada sert à financer les traitements, qui coûtent de plus en plus cher, mais que l'amélioration de la santé des gens n'est pas proportionnelle. Dans le système de santé publique, les fonds consacrés au maintien de la santé de la population et à la prévention des maladies sont plutôt insuffisants — moins de 2 p. 100 du budget de la santé dans bien des administrations publiques.

En temps de crise, la population est en droit de s'attendre à ce que le système de santé publique soit solide. Mais entre les crises, on semble davantage accorder la priorité aux listes d'attente pour les chirurgies, pour d'autres traitements ou pour des services de diagnostic, et le système devient vulnérable aux compressions budgétaires. Par conséquent, nous avons au Canada une multiplicité de modèles et des investissements variables dans le domaine de la santé. Le gouvernement fédéral doit vraiment faire preuve de leadership en proposant la mise en oeuvre de solutions cohérentes et coordonnées partout au pays pour s'attaquer à diverses questions, comme par exemple la couverture vaccinale, les niveaux d'inspection, la prévention des maladies chroniques et la prévention des blessures.

Les gens qui sont en première ligne, mon personnel, les travailleurs de la santé publique, constituent l'élément fondamental du renforcement et du maintien de la confiance de la population à l'égard du système de santé publique. Mais cette main-d'oeuvre ne croît pas au même rythme que la demande de service provenant de la population, et elle n'a pas la capacité de faire face efficacement et rapidement aux situations d'urgence ou de crise en santé publique. Nous devons mettre au point un plan d'action pancanadien pour l'infrastructure de la santé publique dont l'élément essentiel serait l'augmentation de la main-d'oeuvre en santé publique au Canada.

L'ACSP plaide depuis de nombreuses années en faveur de l'augmentation des investissements en santé publique dans le but de mettre en oeuvre un modèle axé sur la santé de la population pour planifier et répartir les ressources humaines dans le secteur de la santé. Bien sûr, des progrès ont été réalisés en ce sens dernièrement; par exemple, le *Cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique* produit en 2005, le rapport Pringle et Emerson, la ressource en ligne de l'Agence de la santé publique du Canada publiée en avril 2008 et intitulée *Compétences essentielles en santé publique au Canada*, de même que la création récente de plusieurs écoles de santé publique au Canada. Mais la réponse est insuffisante pour permettre d'améliorer comme il se doit la capacité en première ligne du système de soins de santé.

Bien que la responsabilité des soins de santé relève des gouvernements provinciaux, c'est au gouvernement fédéral qu'il revient de s'assurer que le système de santé publique canadien est solide et uni. À notre avis, le meilleur moyen de garantir les services de soins de santé en temps de crise est de renforcer les fonctions de base, pour améliorer la prévention des maladies et des blessures, pour promouvoir la santé et pour mener des activités de protection entre les périodes de crise.

L'exposé de l'ACSP devant le Comité permanent de la santé sur l'amélioration de l'infrastructure des ressources humaines dans le système de la santé publique au Canada contient plusieurs recommandations que nous vous invitons à examiner en vue de la rédaction du rapport final que vous allez présenter au Parlement.

Le cadre pancanadien pour la planification des ressources en santé publique existe. La difficulté maintenant, c'est de le mettre en oeuvre, de suivre un échéancier bien défini assorti de jalons précis et de définir les rôles et les responsabilités des principaux acteurs.

Nous avons aussi besoin d'un niveau minimal d'investissement dans la main-d'oeuvre en santé publique partout au pays. L'ACSP propose aussi d'adopter une approche ciblée en matière d'investissement fondée sur des paiements de transfert exigeant un investissement proportionnel correspondant de la part des provinces afin de garantir un niveau stable de financement pour le système de santé publique dans l'ensemble du pays. Ce mécanisme a déjà fait ses preuves. Prenons par exemple la stratégie de vaccination nationale, dans le cadre de laquelle des fonds fédéraux ont été consacrés à certains vaccins jugés essentiels pour tous les Canadiens, ce qui a permis ensuite de mettre à contribution les gouvernements provinciaux à l'appui de ce secteur prioritaire de la santé publique.

Nous ne nous attendons pas à ce que le gouvernement fédéral fasse tout; il doit s'agir d'un travail de collaboration. Mais quelqu'un doit prendre les rênes, défendre la cause et assurer la conduite des activités, et il nous faut obtenir un engagement politique pour que le travail soit fait. Je peux vous assurer que l'ACSP fera sa part pour contribuer à l'augmentation et au perfectionnement de la main-d'oeuvre dans le domaine de la santé publique au Canada.

Merci.

• (1015)

La présidente: Merci beaucoup, Dr. Neudorf.

Nous allons maintenant passer à la Société canadienne de science de laboratoire médical.

Madame Nielsen, allez-y.

Mme Christine Nielsen (directrice exécutive, Société canadienne de science de laboratoire médical): Merci, madame la présidente.

Bon matin, et merci de me donner l'occasion de formuler des observations dans le cadre de l'étude du comité sur les ressources humaines en santé.

La Société canadienne de science de laboratoire médical, ou la SCSLM, est l'organisme national chargé de la délivrance des certificats pour les technologues et les assistants de laboratoire médical. C'est aussi une société bénévole sans but lucratif qui représente 14 000 professionnels des laboratoires médicaux travaillant au Canada et à l'étranger. Vous serez peut-être surpris d'apprendre que notre profession se classe au troisième rang des professions les plus importantes dans le domaine de la santé au Canada, et environ 85 p. 100 des décisions que prennent les médecins sont fondées sur des résultats de laboratoires médicaux.

À l'heure actuelle, le Canada fait face à une pénurie nationale de technologues de laboratoire médical. Notre organisation prévoit que, d'ici 2016, la moitié de nos technologues seront admissibles à la retraite. Depuis 1998, nous cherchons à éveiller l'attention des décideurs sur le fait que le nombre de places dans les programmes d'enseignement en techniques de laboratoire médical n'est pas suffisant pour produire assez de nouveaux diplômés pour remplacer les technologues qui quittent la population active. Le bassin national de main-d'oeuvre ne suffit tout simplement pas.

Depuis 2000, les gouvernements ont pris des mesures formidables pour s'attaquer aux pénuries de main-d'oeuvre en créant de nouveaux programmes d'enseignement en techniques de laboratoire médical et en augmentant la capacité des programmes existants. S'il s'agit d'une mesure positive, il n'en demeure pas moins qu'il manque 120 places par année.

Mais il y a un problème encore plus grand. Une aide financière est prévue pour l'enseignement en classe, mais pas pour la formation clinique. Comme c'est le cas pour la plupart des professions du domaine de la santé, la formation clinique est un élément essentiel de l'enseignement des sciences de laboratoire. L'exécution d'un stage clinique est obligatoire pour l'obtention d'un diplôme.

En 2004, en partenariat avec Santé Canada, nous avons mené une étude intitulée *Clinical Placements for Canadian Medical Laboratory Technologists: Costs, Benefits, and Alternatives*. Le rapport faisait état de plusieurs problèmes qui allaient nuire à la capacité des établissements d'enseignement d'offrir le volet clinique de leurs programmes dans l'avenir si on ne trouvait pas de solution. Mais surtout, le financement consacré à l'enseignement clinique est inadéquat, les lieux de formation clinique ne sont pas en mesure d'affecter des ressources à la formation des étudiants à cause des pénuries de personnel, et très peu de recherches sont effectuées à l'égard des pratiques exemplaires dans l'enseignement clinique.

Mais nous ne sommes pas seuls. D'autres professions du domaine de la santé font face au même problème. Le plan pancanadien des ressources humaines en santé reconnaît l'importance de l'enseignement clinique, et il expose un objectif précis pour ce qui est d'accroître l'accès à la formation et à l'enseignement clinique.

Alors où en sommes-nous aujourd'hui? Nous sommes dans une situation où les lieux de formation clinique, principalement des laboratoires dans les hôpitaux, refusent d'accueillir des étudiants parce qu'ils manquent de personnel. C'est devenu un cercle vicieux: ils ne peuvent prendre d'étudiants parce qu'ils ont trop de travail en raison d'un manque de personnel, et il manque de personnel parce qu'il n'y a pas suffisamment d'étudiants pour alimenter le marché du travail. Nous devons briser ce cycle sans tarder.

Ce qui m'amène à parler des technologues de laboratoire médical formés à l'étranger. Nous saluons les efforts soutenus que déploie le gouvernement fédéral pour accélérer et élargir l'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger, mais cela ne suffit pas. Alors que la pénurie continue de s'accroître, nous recevons chaque année par l'entremise du processus d'immigration environ 600 demandes d'emploi de personnes qui se disent technologues. Mais comme les pratiques varient considérablement d'un pays à l'autre, le Canada exige que tous les professionnels de la santé satisfassent à des normes rigoureuses pour pouvoir exercer leur profession et être en mesure d'assurer la sécurité des patients. Il est impératif de mettre en place un système accessible, abordable et fiable pour permettre à ces gens de suivre une formation supplémentaire et de mettre en pratique leurs connaissances dans le contexte canadien.

Nous avons récemment publié un rapport intitulé *Les programmes de transition à l'intention des technologues de laboratoire médical formés à l'étranger: une analyse de rentabilisation*. Le rapport conclut que les programmes de transition permettent aux technologues formés à l'étranger d'obtenir beaucoup plus rapidement leur attestation et de commencer à travailler dans des laboratoires canadiens. Ils permettent aussi de diminuer leur fardeau financier.

Nous procédons à l'évaluation des acquis et à une attestation des compétences pour environ 300 technologues de laboratoire médical par année, et environ 90 p. 100 d'entre eux ne satisfont pas aux normes canadiennes. Par ailleurs, le taux d'échec à l'examen national est de beaucoup inférieur à la moyenne canadienne. Il est donc impératif que le gouvernement investisse dans des programmes de transition destinés aux professionnels formés à l'étranger et qu'il prévoie de financer les lieux de formation clinique.

En conclusion, nous recommandons vivement que des investissements durables à long terme soient faits pour soutenir l'enseignement clinique. Il doit y avoir dans nos laboratoires des précepteurs à temps plein qui peuvent consacrer le temps et l'attention nécessaires aux étudiants et aux personnes formées à l'étranger. Nous recommandons aussi qu'un financement durable et à long terme soit consacré aux programmes de transition pour accélérer l'intégration des travailleurs étrangers dans le milieu de travail. De gros investissements aujourd'hui permettront d'atténuer les conséquences futures des pénuries de main-d'oeuvre.

Merci pour votre temps et votre attention.

• (1020)

La présidente: Merci, madame Nielsen.

Nous allons maintenant passer à M. Glenn Brimacombe, de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires.

M. Glenn Brimacombe (président et directeur général, Association canadienne des institutions de santé universitaires): Merci, madame la présidente.

Je m'appelle Glenn Brimacombe. Je suis président et directeur général de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires. J'ai à mes côtés aujourd'hui le Dr Jack Kitts, président du conseil d'administration de l'ACISU et président directeur général de l'Hôpital d'Ottawa.

L'ACISU représente les hôpitaux d'enseignement et de recherche du Canada, les régies régionales et provinciales de santé ainsi que leurs instituts de recherche. Nos membres se distinguent particulièrement par leurs missions publiques intégrées qui comportent trois volets, soit les soins aux patients, l'enseignement et la formation ainsi que la recherche et l'innovation. Ce matin, nos observations porteront sur le nombre, la combinaison et la répartition des intervenants en matière de santé et sur le rôle du gouvernement fédéral dans le contexte de l'étude du comité permanent sur les ressources humaines en santé.

Des quelque 18 000 nouveaux diplômés des programmes de médecine, de soins infirmiers et d'autres disciplines chaque année, la plupart vont avoir fait au moins un stage au sein d'une organisation membre de l'ACISU. Pour les étudiants de tous les niveaux d'un programme de formation clinique pluriannuel, les membres de l'ACISU assurent 55 000 stages cliniques et occasions de résidence par année. Ces stages favorisent la transition du cahier d'exercice à la réalité de la vie humaine et à la prestation de soins. Dans bien des cas, ces expériences façonnent les pratiques fondamentales et les décisions qui auront une incidence sur ces gens pendant toute leur vie et sur les soins que leurs patients recevront.

Outre leur nombre important, ces stages ont lieu dans des milieux où le mandat en matière de recherche et d'innovation procure des expériences de formation de premier ordre. Grâce aux travaux de recherche qui s'y déroulent, les organisations membres de l'ACISU sont plus susceptibles d'utiliser des technologies novatrices, ce qui leur permet de s'attaquer à des questions complexes touchant la santé. Par exemple, certains membres de l'ACISU ont le mandat

d'améliorer la santé des populations autochtones, la santé des populations vulnérables, complexes et vieillissantes, et de faire oeuvre de pionniers dans l'utilisation de technologies novatrices dans le domaine de la santé et de l'information en vue de réaliser des économies et d'améliorer la viabilité des systèmes, tout en améliorant la qualité des soins, la sécurité des patients et les résultats en matière de santé.

Compte tenu de la capacité qui découle de l'intégration des soins aux patients, de l'enseignement et de la formation ainsi que de la recherche et de l'innovation, les membres de l'ACISU constituent une ressource nationale en consolidant des procédures rares, complexes et dispendieuses pour optimiser les résultats et les économies, mais aussi pour réduire au minimum la concurrence à l'égard de cette main-d'oeuvre rare et de ces ressources de spécialité; en assurant l'encadrement clinique de stagiaires susceptibles de devenir les employés d'autres organisations, souvent dans d'autres provinces ou dans d'autres régions du pays; et en favorisant la recherche et l'innovation sans frontière géographique, pour créer des outils pouvant servir dans l'ensemble du système et avoir une incidence globale.

Bien que les questions de politiques liées aux travailleurs du secteur de la santé de même qu'à leur nombre, à leur combinaison et à leur répartition relèvent en grande partie des gouvernements provinciaux et territoriaux, l'ACISU estime que le gouvernement fédéral a un grand rôle complémentaire et catalytique à jouer, compte tenu de ses responsabilités constitutionnelles. Pour régler la question de la viabilité de l'expérience associée à la formation clinique, les 38 associations nationales qui constituent le Groupe d'intervention action santé, le HEAL, ont recommandé dans leur proposition prébudgétaire que le gouvernement fédéral établisse un fonds d'infrastructure nationale stratégique pour les ressources humaines en santé qui aurait une durée limitée de cinq ans et porterait sur des questions précises. Un tel fonds permettrait aux organisations de prévoir la participation de cliniciens d'expérience à la formation et à l'encadrement de nouveaux stagiaires grâce à un financement destiné à des initiatives spéciales visant à éponger les coûts directs liés à la formation et au perfectionnement, notamment en ce qui a trait au recrutement et au soutien d'un plus grand nombre d'enseignants et de mentors au sein de la collectivité, et les coûts indirects ou les coûts d'infrastructure associés à l'enseignement, au soutien administratif de même qu'au matériel et à l'équipement nécessaire pour la formation clinique et pratique. Le fonds viserait également à mettre en place un système global de gestion des données qui permettrait de préciser, de suivre et de prévoir les besoins en matière de ressources humaines en santé et d'établir les coûts connexes en tenant compte de l'évolution des besoins de la population.

Nous recommanderions aussi d'envisager la création d'un organe, que certains appellent un observatoire, qui permettrait aux fournisseurs et aux décideurs d'échanger, de découvrir et de mettre à l'essai des pratiques courantes qu'il est possible de mettre en oeuvre à grande échelle.

En conclusion, l'ACISU croit que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle complémentaire à l'échelle nationale. Il peut le faire en mettant à profit les ressources nationales pour optimiser l'intégration des soins aux patients, l'enseignement et la formation de même que la recherche et l'innovation, et en fournissant l'infrastructure requise pour gérer de nombreux systèmes de santé dans l'ensemble du pays en se fondant sur des faits.

Merci.

•(1025)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant amorcer notre première série de questions, qui prévoit sept minutes par question et réponse. Nous allons commencer par la Dre Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: Merci beaucoup.

Tout d'abord, je tiens à féliciter Mme Nielsen pour ce qu'elle a réussi à accomplir relativement au programme de transition. Cela montre ce qu'il est possible de faire, et votre réussite pourrait se répéter dans de nombreuses régions. Et j'espère que nous pourrions examiner les programmes de transition et le rôle des percepteurs pour favoriser l'intégration des personnes qui ont été formées à l'étranger dans le domaine de la santé.

Nous recevons des gens tellement formidables aujourd'hui que j'aimerais procéder de façon un peu différente. Sans tenir compte de ce que vous nous avez dit, si nous nous intéressons à la qualité et à la rentabilité, à l'avenir de la santé et des soins de santé de même qu'aux politiques et aux pratiques fondées sur des faits et aux faits fondés sur la pratique... Je pense à Cuba où, dans chaque polyclinique, il y a en tout temps un statisticien et un épidémiologiste qui mesurent et qui font rapport de leurs constatations. Le fait que Cuba affiche maintenant un taux de mortalité infantile inférieur au nôtre montre que cela vaut le coup de mesurer et d'adapter et de mesurer de nouveau.

Docteur Neudorf, vous avez presque été le premier à utiliser l'informatique dans le domaine de la santé et les systèmes d'information géographique en rapport avec les déterminants sociaux de la santé. Il est évident que les centres hospitaliers universitaires s'inquiètent de la sécurité des patients, du fait de mesurer et d'adapter, qu'il s'agisse d'infections nosocomiales ou... Il semble approprié, en cette Semaine nationale des soins infirmiers et en cette semaine mondiale de la santé, de souligner le travail de Florence Nightingale, qui était davantage une statisticienne que cette compatissante dame à la lampe, comme on la surnommait.

Que pouvons-nous faire pour nous assurer que les ressources humaines en santé englobent les gens qui mesurent, qui font des évaluations et qui gèrent non seulement la promotion de la santé et la prévention des maladies mais aussi les soins que nous prodiguons?

•(1030)

La présidente: Docteur Neudorf, voulez-vous commencer?

Dr Cordell Neudorf: Bien sûr.

Il ne fait aucun doute que ce que nous avons découvert en santé publique, avec la nouvelle régionalisation des services de santé que l'on voit un peu partout au pays... Nous voyons ces ensembles de compétences non seulement comme un service fourni au sein du service de santé publique mais comme un appui au reste du système de santé et à la planification du système de santé. Et vous avez entendu l'ACISU parler d'observatoires. Parallèlement, dans le cadre de l'initiative liée à la santé de la population, les approches qu'il est possible d'envisager à titre d'observateurs pour que les données sur la santé de la population éclairent la planification du système de santé et contribuent à l'amélioration de la qualité des soins, nous les expérimentons à l'échelle locale dans diverses régions du Canada où ces types de compétences — mesure, épidémiologie, surveillance, assurance de la qualité — se fusionnent.

Mais il manque le soutien nécessaire pour embaucher ce type de personnes pour nous aider à mieux gérer le système.

La présidente: Docteur Kitts.

Dr Jack Kitts (président du conseil, président et directeur général de l'Hôpital d'Ottawa, Association canadienne des institutions de santé universitaires): Je pense que vous avez frappé en plein dans le mille.

En santé, il est très difficile d'apporter des changements. Nous sommes peu disposés à prendre des risques, et si c'est ce que nous faisons depuis 20 ans, c'est que ça doit être bon. À mon avis, le seul moyen de réaliser un changement efficace, c'est de se fonder sur un modèle de prestation de services différent pour établir ce plan des ressources humaines en santé pour les 10 à 20 prochaines années. Nous ne pouvons continuer d'assurer le même genre de prestation de services et d'ajouter du réchauffé au statu quo.

Le changement est donc essentiel. Il doit être le fruit d'un travail de collaboration, des efforts de toute une équipe de professionnels du domaine de la santé. Ce qui compte pour y arriver, c'est de pouvoir mesurer la qualité des résultats et fonder les décisions sur des faits, que nous n'avons pas aujourd'hui.

L'hon. Carolyn Bennett: Alors, si vous recommandiez de repartir à zéro et de faire les choses différemment, est-ce qu'il faudrait que les collègues communautaires forment des gens pour assumer ces fonctions? De quel ensemble de statisticiens, d'épidémiologistes et de spécialistes en recherche appliquée avons-nous besoin?

Dr Jack Kitts: À mon avis, le modèle de prestation de services de santé devrait prévoir tout d'abord le recours aux services de chacun des professionnels — dont certains sont représentés ici aujourd'hui —, mis à part les médecins et les infirmières, dans tous les aspects de la pratique, prévoir le travail en équipe. À mon avis, cet exercice nous permettrait de découvrir que nous avons beaucoup de ressources humaines en santé.

Je crois vraiment que si nous le faisons correctement... on ne sait pas ce que l'avenir nous réserve; les fournisseurs de soins de santé devront travailler en étroite collaboration avec les hôpitaux et les collègues afin de se perfectionner en fonction des besoins des patients, ils devront travailler en équipe.

Mme Rae Gropper: De notre point de vue, vous avez tout à fait raison, et je pense que la première chose à faire, c'est de comprendre ce qui se passe du côté des services paramédicaux. Il semble que nous ne soyons pas en mesure d'obtenir une analyse vraiment pertinente pour l'ensemble du pays, et je vous recommanderais entre autres d'en faire une de vos recommandations. Ensuite, bien sûr, il faut très bien intégrer toute l'idée de l'enseignement interprofessionnel comme élément central de chaque programme quelle que soit la profession. Je pense que le Dr Kitts, Christine et moi sommes entièrement d'accord là-dessus.

L'hon. Carolyn Bennett: Pour ce qui est de l'infrastructure de la santé, nous ne sommes pas vraiment capables de mesurer, à moins de pouvoir tenir compte non seulement des patients mais aussi des ressources humaines en santé, pour ce qui est d'avoir sur-le-champ...

Les ergothérapeutes... Vous semblez manifestement penser aussi que vous êtes sous-utilisés au sein des équipes.

Mme Elizabeth Steggle: Tout à fait, oui. Il commence à y avoir de petites améliorations. En Ontario, nous faisons maintenant partie de l'équipe de santé familiale, ce qui est un progrès remarquable. Grâce à la recherche et à l'expérience, nous savons que la présence d'ergothérapeutes au sein des équipes multidisciplinaires permet d'offrir un service plus satisfaisant et plus rentable.

•(1035)

Mme Terry Anne Boyles: J'aimerais souligner quelque chose à propos des données. Je siège au sein du comité consultatif du statisticien en chef sur l'enseignement postsecondaire et les statistiques, et l'une des plus grandes préoccupations — évidemment nous manquons tout simplement de données sur les collègues —, c'est que les analyses des données du recensement contiennent une tonne d'informations qui nous seraient extrêmement utiles dans le cadre de notre travail sur les ressources humaines en santé. Or, il faut acheter ces données, et la plupart des partenaires ne peuvent acheter de données.

La présidente: Merci, madame Boyles.

Nous allons maintenant passer à M. Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, madame la présidente.

Je remercie également nos témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

Ma question s'adresse à Mme Boyles.

Vous nous avez dit que votre organisme était responsable du Projet canadien d'intégration des immigrants. Pourriez-vous me dire de quelle façon fonctionne ce projet et comment vous l'appliquez un peu partout dans le monde?

[Traduction]

Mme Terry Anne Boyles: Bien sûr. Veuillez m'excuser si je parle en anglais. Ce sont mes origines saskatchewanaises.

Lorsqu'un habitant de l'un des trois pays visés par le projet pilote — nous avons un bureau à Manille, à Guangzhou et à Delhi — voit sa demande d'immigration au Canada acceptée, on le met en contact avec le personnel du bureau approprié. Avec l'aide du personnel, il participe à des ateliers portant sur la région où il pourrait déménager, sur son domaine de travail, sur les organismes de réglementation, sur les organismes d'accréditation — technologues de laboratoire médical, par exemple —, on essaie d'accélérer l'intégration de l'immigrant dans son domaine d'emploi à son arrivée au Canada. Nous avons déterminé les secteurs de transition à considérer et, selon l'endroit où la personne va au Canada, nous communiquons avec les collègues qui s'occupent des programmes de transition, en partenariat, dans ce cas-ci, avec les diverses professions du domaine de la santé. Nous allons maintenant élargir notre champ d'action pour englober plus de 20 autres pays.

[Français]

M. Luc Malo: Est-ce que ça fonctionne? Est-ce que beaucoup de gens y ont recours? Y a-t-il des employeurs qui s'y intéressent?

[Traduction]

Mme Terry Anne Boyles: Oui, le projet pilote s'échelonnait sur trois ans. À ce jour, 8 000 personnes y ont eu recours. Dans la trousse que nous vous avons distribuée — c'est uniquement en anglais, je suis désolée —, il y a quatre exemples de travailleurs en santé qui ont obtenu des emplois dans des hôpitaux, dans des services de soins à domicile, dans des laboratoires au Canada. C'est la raison pour laquelle le gouvernement du Canada a choisi d'élargir le projet pour englober plus de 20 autres pays.

[Français]

M. Luc Malo: Voulez-vous ajouter quelque chose, madame Nielsen?

[Traduction]

Mme Christine Nielsen: J'aimerais seulement ajouter que, en tant qu'association professionnelle nationale qui accepte des immigrants de partout dans le monde, nous avons reçu un nombre croissant de demandes de l'étranger depuis le début du programme. Les personnes qui ont présenté une demande et qui apprennent quel sera leur rôle dans le système canadien ont tout avantage à se préparer pendant qu'elles sont dans leur pays pour assurer leur réussite. Donc, le travail que ces gens font dans trois pays, et qui s'étendra au Royaume-Uni, sera assurément utile à notre profession. Comme je l'ai dit, 90 p. 100 de nos candidats ne répondent pas à la norme d'équivalence, et ils peuvent pallier cette insuffisance pendant qu'ils sont toujours dans leur pays d'origine. Nous ne sommes pas limités aux ressources formées ici. Notre programme ECA repose sur le principe que la formation peut être obtenue n'importe où, pourvu qu'elle soit conforme aux normes en matière de compétences. C'est donc un programme très bénéfique pour notre association, parce qu'il permet aux candidats d'obtenir de meilleures réponses beaucoup plus rapidement pendant qu'ils sont toujours dans leur pays.

[Français]

M. Luc Malo: Madame Boyles, est-ce que le personnel consulaire habituel qui gère ce projet ou est-ce qu'une nouvelle équipe a été constituée pour le faire? Le cas échéant, combien de personnes supplémentaires doivent être déployées pour mettre en oeuvre le projet?

[Traduction]

Mme Terry Anne Boyles: Les directeurs de chacun des centres sont des employés de notre association, et ils travaillent en collaboration avec le personnel consulaire, et celui-ci appuie l'équipe. Elle est formée de Canadiens affectés dans ces collectivités et d'employés locaux qui travaillent pour le programme. D'ailleurs, nous avons également annoncé cette semaine les postes de direction pour les nouveaux centres. Nous sommes présentement à la recherche de candidats pour le bureau de Londres et celui du Moyen-Orient.

•(1040)

Mme Elizabeth Steggle: Je veux ajouter que les services que nous offrons aux ergothérapeutes formés dans d'autres pays nous ont permis de constater qu'il est réellement avantageux de parler aux gens à l'étranger avant qu'ils viennent ici.

Il y a beaucoup de gens qui viennent ici. Leur passage vers la pratique leur prend beaucoup plus de temps qu'ils ne l'auraient cru. Nous avons créé des ressources en ligne pour aider les gens dans leurs pays, avant leur arrivée ici. Ces ressources n'en sont qu'à leurs débuts, mais nous commençons à nous rendre compte que ce sera très avantageux, parce que souvent, les gens n'ont pas une bonne idée de ce qu'est le système de santé ici. Le fait d'acquérir cette connaissance avant d'arriver ici facilitera grandement leur transition. De plus, cela leur évitera de se retrouver dans des emplois peu rémunérés à leur arrivée et de s'enliser dans cette situation.

[Français]

M. Luc Malo: Merci beaucoup, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Passons maintenant à Mme Leslie, s'il vous plaît.

Mme Megan Leslie: Merci, madame la présidente.

Bonjour. Je m'appelle Megan Leslie. Je suis la députée de Halifax. Bienvenue.

Monsieur Neudorf, vous avez dit que le gouvernement fédéral devait vraiment faire preuve de leadership sur diverses questions, et je suis entièrement d'accord. Nous pouvons peut-être trouver un moyen d'augmenter le nombre de places dans les universités et les collèges; nous pouvons peut-être trouver une façon d'aider les diplômés étrangers à obtenir une attestation ici. Mais je trouve que votre cadre pour le projet pancanadien de planification des ressources humaines en santé publique est remarquable.

Je me demandais si vous pouviez tous deux nous parler de certaines des leçons que vous en avez tirées. Pour nous qui envisageons de mettre en place une stratégie nationale pour la santé, dont les ressources humaines constituent l'un des principaux éléments, quelles sont quelques-unes des leçons apprises que nous pourrions appliquer dans notre stratégie en santé?

Dr Cordell Neudorf: Je peux volontiers commencer sur ce sujet.

Je crois que la difficulté que nous avons en ce qui concerne une bonne partie du personnel paramédical est que plusieurs provinces ne possèdent pas suffisamment de ressources pour subvenir à leurs propres besoins en matière de formation de ces professionnels. Il faut donc recourir à une stratégie à l'échelle nationale pour obtenir le nombre de professionnels requis. Le domaine de l'inspection sanitaire en est un très bon exemple: au Canada, la formation ne se donne qu'à deux ou trois endroits. Pour ce qui est de ma propre spécialité, la santé publique, ce ne sont pas toutes les écoles de médecine qui offrent un programme de formation dans ce domaine. Il a donc fallu examiner les besoins dans une perspective plus globale, et je crois que c'est ce qui a donné naissance au projet.

Mais nous avons également remarqué un changement considérable dans la mise en oeuvre et l'organisation du système de santé, c'est-à-dire qu'on accorde beaucoup plus d'importance à l'intégration. Nous avons entendu parler d'équipes interdisciplinaires, mais aussi d'efforts en vue d'élargir le champ d'activité des professionnels, non seulement à l'intérieur de leur domaine, mais également dans l'ensemble du système. Cela a modifié la façon dont il faut former les gens et le genre d'expérience qu'ils acquièrent dans leur formation au moment d'entamer leur transition vers le marché du travail.

Parallèlement, existe-t-il des postes adéquats pour eux afin qu'ils puissent continuer à pratiquer leur profession dans ce contexte après l'obtention de leur diplôme? Nous avons remarqué certaines divergences entre le travail sur le terrain et les programmes de formation pour certains domaines. Par exemple, il y a des cas où le milieu de travail est un peu en avance sur le programme de formation; dans d'autres cas, le programme de formation offre un milieu interdisciplinaire idéal, mais les étudiants ont de la difficulté à trouver un milieu de travail similaire une fois qu'ils ont obtenu leur diplôme.

Ce que nous essayons de faire, c'est de relier ces deux parties — les établissements de formation et les milieux de travail — dans la planification des ressources humaines en santé, afin qu'elles collaborent un peu plus étroitement, compte tenu que la première a pour objectif de répondre aux besoins de la seconde.

Mme Megan Leslie: C'est un bon pas en avant. Où en est la mise en oeuvre actuellement?

M. Cordell Neudorf: Grâce aux investissements de nombreuses universités dans les écoles de santé publique, par exemple, on commence à constater certains investissements de la part des universités. Les modèles de compétences fondamentales qui ont été produits pour les compétences communes et particulières dans diverses disciplines de la santé publique ont été extrêmement utiles.

Ils ont été transposés en normes de certification dans notre domaine également.

Là où nous commençons à voir des lacunes, cependant, c'est dans la capacité des gens qui sont déjà sur le marché du travail à se prévaloir des cours de perfectionnement ou de la formation continue afin d'acquérir ces compétences fondamentales. Dans certains cas, il n'y a pas assez d'investissements dans les nouveaux postes qui sont requis sur le marché du travail, de sorte que les étudiants sortent de l'école et qu'aucun emploi n'est disponible en raison de ce manque d'investissement.

• (1045)

Mme Megan Leslie: Ma prochaine question s'adresse à tous. S'il nous manque de temps, ne vous inquiétez pas, parce que j'aimerais vous demander de soumettre une réponse écrite si vous n'avez pas eu la chance d'y répondre ici.

J'aimerais donner la possibilité à chaque groupe de faire des commentaires précisément sur... bien, ils n'ont pas à porter précisément sur ce plan, mais...

Monsieur Kitts, je vois que vous voulez vous lancer.

Dr Jack Kitts: Je crois que faire preuve de leadership signifie avoir un objectif ou une vision de l'avenir. Le gouvernement fédéral pourrait décider qu'il désire investir dans des équipes coopératives, qui couvrent tous les champs d'activité, pour s'assurer que tous les Canadiens ont accès à des soins de qualité dans un milieu approprié, le plus près possible de leur domicile.

Je crois que ces trois points font référence à quelque chose de complètement différent. Par exemple, l'Hôpital d'Ottawa entretient des liens avec le Nunavut. Pour ce qui est d'offrir des soins de qualité dans un milieu approprié le plus près possible du domicile des patients, il est évident qu'on ne peut pas offrir de service de greffe du coeur ni de service important de chirurgies majeures au Nunavut. L'investissement dans les ressources humaines en santé devrait donc être dirigé vers le transport et le personnel de transport, afin d'amener les patients vers le milieu le plus approprié et le plus près possible de leur domicile.

Quant aux soins secondaires, nous envoyons des généralistes et des consultants là-bas, ce qui me paraît plus approprié que tenter de pourvoir en personnel une région rurale ou nordique qui ne fournit du travail que pour un équivalent temps plein ou mi-temps. Ça ne fonctionne pas dans ces milieux, donc il vaut mieux envoyer des fournisseurs de soins de santé. Pour ce qui est des soins primaires, il faut accroître la technologie et diversifier les champs d'activité.

Si on suivait ce modèle dans tout le Canada et qu'on examinait les relations entre zones urbaines et zones rurales et entre zones urbaines et zones nordiques, la planification des ressources humaines en santé serait très différente de ce qu'elle est aujourd'hui. Former un médecin prend plusieurs années — 14 ou 15 ans. Notre intention est d'obtenir suffisamment de personnel pour créer un modèle de prestation de services qui, je l'espère, ne sera pas figé dans son état actuel dans 15 ans.

La seule façon d'assurer notre réussite est de nous montrer résolu à favoriser uniquement la collaboration et les équipes coopératives, que ce soit en milieu isolé, en ville ou en région, et de commencer à travailler en équipes. Voilà quel devrait être le fondement de la planification des ressources humaines en santé.

Mme Megan Leslie: Avant que je passe à votre réponse, vous avez abordé un point que j'ai oublié de mentionner dans ma question, qui est la ligne à tracer entre le fait de dire carrément « voilà ce qu'on veut maintenant » et... Oui, il est nécessaire de planifier à long terme, et c'est probablement la meilleure façon de progresser, mais il y a également des choses dont il est urgent de s'occuper maintenant.

Dr Jack Kitts: À plusieurs égards, le personnel de première ligne trouve les moyens de fournir les services. Je crois que quelqu'un a dit qu'il y a beaucoup d'établissements locaux qui sont forcés d'innover, de créer des équipes et de collaborer en raison de la demande et des pénuries. Ce que je dis, c'est qu'il est préférable de prendre les commandes et de créer cela plutôt que d'y réagir.

Mme Megan Leslie: Merci.

La présidente: Est-ce que quelqu'un d'autre aimerait faire un commentaire? Madame Gropper?

Mme Rae Gropper: Merci. Je ne peux qu'exprimer les mêmes sentiments que le Dr Kitts et vous dire que dans le cadre du projet que je vous ai décrit, réalisé avec l'appui de Santé Canada, nous recherchons ces établissements qui innovent et nous voulons savoir lesquels réussissent et fonctionnent bien. Nous ferons tout en notre pouvoir pour promouvoir leur travail et communiquer l'information à d'autres établissements dans l'ensemble du système afin qu'ils puissent s'en inspirer.

Toute la question qui englobe les études et la formation, le calcul de la quantité de personnel nécessaire et l'élaboration de programmes de formation en conséquence, et plus important encore, la possibilité pour les diplômés de travailler dans un système qui correspond à ces programmes de formation... Si nous avons ces équipes intégrées et que nous créons des attentes chez les gens qui choisissent de faire carrière en santé, nous voulons un système qui soit capable de les accueillir et de les accepter, plutôt que des gens qui nous disent qu'il n'est pas adapté. J'ai l'impression que les personnes à cette table pensent la même chose.

•(1050)

La présidente: Merci beaucoup.

Passons maintenant à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

Dr Kitts a soulevé des points intéressants. Vous avez parlé d'une équipe de santé qui travaillait en collaboration. Je sais que dans ma circonscription, les unités les plus efficaces sont les réseaux de santé familiale. J'ai constaté qu'ils pouvaient s'occuper de beaucoup plus de patients. Ce serait bien d'en avoir davantage.

Quand vous parlez d'une équipe de collaboration, en quoi est-ce que ça consiste? Est-ce que ça correspond aux équipes de santé familiale créées en Ontario?

Dr Jack Kitts: Je crois que les équipes de santé familiale représentent un pas dans la bonne direction. Mais je ne crois pas qu'on puisse dire que des gens ont pris le temps de s'asseoir et d'étudier réellement les besoins du patient pour créer une équipe autour de lui. Je crois qu'il s'agit plutôt d'un ensemble de médecins de famille et d'autres fournisseurs de soins de santé. Il me semble que les ergothérapeutes viennent tout juste d'être intégrés à l'équipe.

Si on prenait le temps de s'asseoir à chaque étape et d'examiner la situation des patients et ce dont ils ont besoin, on irait beaucoup plus loin sur le plan de la collaboration entre les champs de pratique. Mais ce n'est pas facile. Je crois que les professionnels de la santé sont typiquement des praticiens autonomes et indépendants. Nous

n'orientons pas notre travail en fonction d'une équipe; cette approche est difficile à concilier avec notre culture.

Il est donc important d'avoir une orientation très claire. Je dirais que la plupart des associations, sinon toutes, défendent férocelement le territoire où exercent leurs membres, et je ne crois pas que nous soyons prêts à faire table rase et à exploiter tous les rôles possibles pour chaque profession.

M. Patrick Brown: J'hésite à poser cette question, mais que faudrait-il ajouter de plus aux équipes de santé familiale?

Dr Jack Kitts: Je crois que dans leur cas, on peut parler plus d'un travail d'équipe, mais j'ai l'impression que bien souvent il pourrait y avoir moins de médecins de soins primaires, et davantage de diététistes, de nutritionnistes et d'autres professionnels du domaine de la prévention. Le rôle des médecins est de diagnostiquer et de traiter; tous les autres interviennent sur le plan de la prévention.

Je ne connais pas les détails de toutes les équipes, mais je soupçonne que si nous les examinons en fonction des besoins des patients, leur composition serait différente.

M. Patrick Brown: Pour ce qui est des institutions de santé universitaires, faites-vous affaire également avec les hôpitaux universitaires dont vous parliez, qui peuvent avoir des postes de résidents?

Dr Jack Kitts: Oui, les postes de résidents sont établis par les universités, et nous acceptons les résidents.

M. Patrick Brown: Est-ce qu'il pourrait y avoir davantage de postes de résidents dans l'infrastructure actuelle, s'il y avait les fonds nécessaires?

Dr Jack Kitts: Dans certains cas oui, je crois, mais ça devient difficile. Les inscriptions dans les écoles de médecine ont plus que doublé au cours des dernières années, alors je crois que c'est plus serré.

M. Patrick Brown: Quand on regarde du côté des médecins, une des plus grandes difficultés que je vois est le manque de postes de résidents. On parle de toutes sortes de problèmes, mais d'après ce que j'ai entendu de médecins formés à l'étranger et d'autres personnes qui veulent entrer dans le système de santé, c'est ce qui semble être le plus grand obstacle: trouver un poste de résident dans un hôpital universitaire. Quelles mesures pourrions-nous prendre pour avoir plus d'ouvertures?

Dr Jack Kitts: Je crois qu'il y a assez de postes de résidents pour tous les diplômés des écoles de médecine au Canada. Ce que vous avez probablement entendu dire, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de places en neurologie ou en dermatologie, et donc un diplômé d'une école de médecine pourrait devoir s'orienter dans une spécialité qui n'est pas son premier choix; c'est probablement ça que vous avez entendu dire. Mais il y a suffisamment de places pour tous les diplômés.

M. Patrick Brown: Mais il n'y en a pas assez pour ceux qui ont été formés à l'étranger?

Dr Jack Kitts: Non, ces postes sont créés différemment. Je crois que les collèges provinciaux décident du nombre de postes à offrir, et qu'ensuite ils regardent la situation de chacun des hôpitaux. C'est rendu plus serré. À l'Hôpital d'Ottawa, nous comptons 120 résidents du Moyen-Orient, et je crois qu'il est plus difficile d'obtenir des places.

Mais nous n'accepterons pas un diplômé étranger comme résident aux dépens d'un diplômé canadien. On finance et on dote les postes pour les Canadiens; quand on parle des résidents étrangers, c'est ce qui s'y ajoute.

M. Patrick Brown: Est-ce que votre collègue aurait quelque chose à ajouter sur ce qu'il faudrait faire pour offrir davantage de postes de résidents, si nous voulions aussi en prévoir pour les diplômés étrangers?

M. Glenn Brimacombe: Un des problèmes qui se posent est le financement, au niveau prédoctoral ou postdoctoral. Ça va de pair. Si on pense aux places dans les écoles de médecine au niveau prédoctoral, il faut penser aussi au passage de ces personnes au niveau postdoctoral, et s'assurer qu'on dispose d'une infrastructure comptant des établissements comme l'Hôpital d'Ottawa et l'Hôpital général de Vancouver, ou un autre établissement au pays. Il faut relier les deux, ces personnes passant de la salle de classe au milieu de la pratique clinique.

• (1055)

M. Patrick Brown: Dans le cas des ergothérapeutes, y a-t-il des régions au Canada où le manque est plus criant?

Mme Elizabeth Steggle: Je ne peux pas vous le dire de façon précise, mais je sais que dans les communautés éloignées, il manque davantage d'ergothérapeutes.

J'aimerais aussi aborder la question des stages, qui est un problème important pour nous. Le nombre de stages n'est pas suffisant. Et s'il y a des stages, il y a souvent des difficultés concernant les ententes d'affiliation ou les assurances. L'Association canadienne des ergothérapeutes a commencé à se pencher là-dessus; nous faisons une étude à l'échelle du pays pour savoir quels sont les problèmes qui se posent. Nous savons que les différents organismes de réglementation ont différentes exigences, ce qui représente tout un défi lorsqu'il s'agit de trouver des stages.

M. Patrick Brown: Disons qu'il n'y a pas d'ergothérapeute dans un hôpital, un laboratoire ou un cabinet. Quelles en seront les conséquences pour les soins aux patients? Quels seront les inconvénients indirects de cette situation? Y a-t-il d'autres interventions qui ne sont pas possibles? Est-ce que ça entrave les soins?

Mme Elizabeth Steggle: Nous travaillons dans tellement de domaines différents qu'il est difficile de répondre rapidement à cette question. En résumé, les ergothérapeutes contribuent à accroître la capacité de prendre part aux activités de tous les jours. Ils aident les gens à devenir plus autonomes pour qu'ils prennent soin d'eux-mêmes, et qu'ils fonctionnent bien au travail ou dans leurs loisirs. S'il y a des problèmes qui ne sont pas réglés dans l'un ou l'autre de ces domaines, la personne peut être moins productive, et une personne qui est moins productive ou active est généralement en moins bonne santé.

Dr Jack Kitts: Puis-je ajouter quelque chose?

Je crois qu'à notre hôpital, l'ergothérapie est l'une des professions qui sont sous-utilisées et sous-évaluées; on pourrait la mettre plus à profit. Les patients restent plus longtemps dans notre hôpital, et

lorsqu'ils retournent à la maison, ils ne peuvent pas se débrouiller, ce qui fait qu'ils reviennent chez nous ou sont admis dans un autre établissement. Je crois qu'un ergothérapeute est un élément essentiel dans une équipe.

M. Patrick Brown: J'aurais une question au sujet des collègues communautaires. À Barrie, en Ontario, nous avons un excellent collège communautaire, le Georgian College, qui est spécialisé en santé et bien-être. Ce collège se vante entre autres du fait que la plupart de ses diplômés se trouvent un emploi immédiatement après leurs études.

Est-ce que ces placements automatiques sont la norme dans le domaine de la santé et du bien-être?

La présidente: Monsieur Brown, il ne vous reste plus beaucoup de temps.

Je vous invite à répondre rapidement, pour que nous ayons le temps pour une autre question.

Qui aimerait répondre à la question de M. Brown?

Mme Terry Anne Boyles: Le taux de placement est d'environ 94 p. 100 au Canada. Si la communauté veut recevoir davantage de diplômés, nous n'avons pas la capacité de lui en fournir.

La présidente: Madame Murray, veuillez poser votre question rapidement, s'il vous plaît.

Mme Joyce Murray: Merci.

Nous comprenons que des changements sont nécessaires et qu'il faut pouvoir s'appuyer sur des données pour apporter les changements appropriés. Est-ce que les témoins qui sont ici recommanderaient au comité que Statistique Canada, ou un autre organisme fédéral qui recueille des données concernant les changements dans la population ou les déterminants sociaux ou environnementaux de la santé, fournisse gratuitement ces données aux organisations qui effectuent ce genre d'analyse? Est-ce que vous seriez d'accord avec cette recommandation?

Mme Rae Gropper: J'approuverais cette recommandation à 100 p. 100.

Mme Joyce Murray: Et pensez-vous que ces données devraient également être mises à la disposition des communautés pour les aider dans leur planification?

Mme Rae Gropper: Tout à fait.

La présidente: Je vous remercie.

Notre séance se terminera là-dessus.

L'hon. Carolyn Bennett: Le Dr Neudorf faisait signe qu'il approuvait. Vous l'aviez vu?

La présidente: Bien.

C'est maintenant la fin de notre séance. Je vous remercie tous d'être venus nous rencontrer pour nous donner votre opinion éclairée. Votre apport est très utile au comité.

Nous allons lever la séance pour que le Sous-comité sur les maladies neurologiques puisse se réunir dans quelques minutes.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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