



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

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

HUMA • NUMÉRO 035 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 25 avril 2012

—
Président

M. Ed Komarnicki

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

Le mercredi 25 avril 2012

•(1535)

[Traduction]

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

Je tiens à rappeler aux membres du comité que nous consacrerons les 15 dernières minutes de la séance aux travaux du comité. Ce sera donc vers 17 h 15.

Nous entendrons les témoins et nous pourrons ensuite, bien sûr, leur poser des questions. Nous ferons une pause autour de 16 h 30, puis nous poursuivrons.

Nous accueillons aujourd'hui M. Arthur Sweetman, qui nous présentera un exposé. Nous avons également M. Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, et directeur exécutif régional du Québec pour l'Institut canadien d'information sur la santé, ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Sur ce, nous allons commencer par M. Sweetman.

La parole est à vous.

M. Arthur Sweetman (professeur titulaire, Département des sciences économiques, Université McMaster, à titre personnel): Merci beaucoup.

Puisque la majeure partie de ce que vous examinez porte sur le secteur privé, j'ai pensé qu'il serait bon de commencer par parler des besoins en matière de ressources humaines en santé; les besoins sont très différents dans le secteur de la santé. Le régime d'assurance-maladie à payeur unique du Canada est la principale source de divergence entre les secteurs public et privé. Même si les services de nombreuses professions du secteur de la santé ne sont pas couverts par l'assurance-santé, son influence reste importante. Par conséquent, les marchés du travail touchés ne sont pas concurrentiels, et ce que nous considérons normalement comme l'offre et la demande ne fonctionne pas.

Je vais vous donner un exemple extrême, celui des médecins. Dans chaque province, il n'y a qu'un employeur, et les honoraires sont négociés collectivement. Sur le plan de l'offre, les provinces, après consultation, ont fixé le nombre de demandeurs nationaux admis dans les écoles de médecine, ainsi que le nombre de diplômés étrangers en médecine autorisés à exercer. Les gouvernements provinciaux légifèrent également sur les organismes de réglementation professionnelle qui assurent le contrôle de la qualité et la surveillance.

Lorsqu'elles déterminent le nombre de places disponibles pour les nouveaux médecins, les provinces doivent établir un juste équilibre et tenir compte des besoins de leur population en matière de soins de santé. De plus, elles doivent prendre en considération les recettes fiscales ou le financement par emprunt requis pour financer ces

postes. C'est extrêmement difficile. Dans ce contexte, beaucoup de données, d'information et de planification sont nécessaires.

Ce processus a entraîné une pénurie perçue que l'on réduit progressivement. En fait, dans la dernière décennie, bien des gouvernements provinciaux ont pris des mesures draconiennes afin d'augmenter le nombre de médecins par habitant.

En Ontario, par exemple, la Loi sur les professions de la santé réglementées a toujours visé 24 professions, en plus des médecins et, actuellement, deux ou trois autres professions sont en train d'être ajoutées à la loi. De plus, les travailleurs de la santé dont la profession n'est pas réglementée travaillent principalement pour les hôpitaux financés par des fonds provinciaux ou d'autres établissements. Pour ces professions, les choses ne fonctionnent pas comme ce qui se fait habituellement sur le marché du travail.

Quel est le rôle du fédéral? J'aimerais aborder deux questions que vous pourrez examiner. D'abord, à mon avis, même s'il y a beaucoup de bons établissements en place, ils ne sont pas toujours aussi actifs qu'ils le pourraient ou le devraient. Je crois que la communication et la coordination entre les provinces et le gouvernement fédéral ne sont pas encore suffisantes et qu'il est nécessaire d'améliorer l'échange d'information. Santé Canada et l'ICIS jouent un rôle très important, tout comme Statistique Canada. Étant donné que RHDCC a une capacité importante à ce chapitre, il joue également un rôle, mais ce rôle pourrait être plus grand.

Je dois préciser que ce dont je parle ici est courant. Cela passe inaperçu.

L'un des exemples que je pourrais vous donner de structure facilitante, c'est le comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. Il s'agit d'un comité permanent fédéral-provincial-territorial de la Conférence des sous-ministres de la santé. Idéalement, une version améliorée de ce groupe permettrait, en coordination avec l'ICIS, un échange important d'information sur les ressources humaines en santé et d'expérience pratique entre les gouvernements et les autres intervenants concernés, comme l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association médicale canadienne.

Le deuxième point porte sur l'immigration, qui joue un rôle très important dans ces domaines. Je crois que la sélection des immigrants pour les personnes qui exercent une profession du secteur de la santé, pour laquelle les gouvernements provinciaux sont les principaux payeurs, devrait se faire maintenant dans le cadre du Programme des candidats des provinces et non plus dans le cadre du Programme fédéral des travailleurs qualifiés.

Le système de points actuel est très mal adapté aux professions de la santé réglementées, compte tenu de notre régime à payeur unique. Le fait que la sélection des immigrants se fasse au niveau fédéral alors que l'emploi et la planification se font presque exclusivement au niveau provincial entraîne un problème de coordination. C'est tout à fait différent des marchés du secteur privé. Je pense que l'approche la plus utile serait de transférer cette responsabilité aux provinces, puisqu'elles ont les outils nécessaires pour vérifier les titres de compétences dans le secteur de la santé et pour assurer la planification des ressources humaines en santé.

Merci beaucoup.

• (1540)

Le président: Je vous remercie de votre exposé et de vos observations concernant le Programme des travailleurs qualifiés et le Programme des candidats des provinces. Cela fonctionne différemment dans chaque province, mais c'est certainement une approche que l'on pourrait utiliser dans l'avenir.

Nous allons maintenant vous laisser la parole.

M. Jean-Marie Berthelot (vice-président, Programmes et Directeur exécutif régional du Québec, Institut canadien d'information sur la santé): Merci beaucoup.

Bonjour. Au nom de l'Institut canadien d'information sur la santé, je vous remercie de nous avoir invités à participer à votre étude sur la rareté de la main-d'oeuvre.

Je suis accompagné de Carole Brulé, l'une de nos gestionnaires des bases de données que nous compilons à l'ICIS.

[Français]

L'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Fondé en 1994, l'ICIS est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous relevons d'un conseil d'administration indépendant qui représente les ministères de la Santé, les régies régionales de la santé, les hôpitaux et les dirigeants du secteur de la santé de tout le pays.

L'ICIS travaille en collaboration avec les intervenants du secteur pour élaborer et tenir à jour une vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes en matière d'information sur la santé. Nous produisons des rapports sur les services de santé, la santé de la population, les dépenses de santé et les ressources humaines de la santé.

[Traduction]

Depuis sa fondation, l'ICIS recueille des données détaillées sur les médecins et les infirmières. Plus récemment, nous avons créé de nouvelles bases de données qui fournissent de l'information détaillée sur les caractéristiques démographiques et la main-d'oeuvre des pharmaciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des technologues de laboratoire médical et des technologues en radiation médicale. L'ICIS recueille en outre des données agrégées sur 17 autres groupes de professionnels de la santé, dont les dentistes, les sages-femmes et les psychologues.

En tout, le secteur de la santé emploie plus d'un million de personnes au Canada, soit 6 p. 100 de l'ensemble de la main-d'oeuvre du pays. En 2010, environ 70 000 de ces professionnels de la santé étaient des médecins actifs.

• (1545)

Depuis cinq ans, l'augmentation du nombre de médecins surpasse invariablement celle de la population en général. On dénombrait en effet 203 médecins actifs par tranche de 100 000 Canadiens en 2010,

soit une proportion encore jamais atteinte au pays. La croissance de la main-d'oeuvre chez les médecins est essentiellement attribuable à l'augmentation du nombre de diplômés en médecine issus de facultés de médecine canadiennes. Depuis 2003, ce nombre a augmenté de près de 60 p. 100 et a atteint 2 400 en 2010.

Vu l'augmentation continue du nombre total de places pour la formation en médecine, il est à prévoir que cette tendance à la hausse du nombre de médecins se maintiendra dans l'avenir.

[Français]

Le nombre d'infirmières réglementées, qui constituent le plus grand groupe de professionnels de la santé réglementé au Canada, augmente également. En 2010, elles étaient près de 350 000 infirmières, infirmières auxiliaires et infirmières psychiatriques autorisées à dispenser des soins infirmiers au Canada, ce qui représente une croissance de près de 9 p. 100 depuis 2006, soit le double du taux de croissance de la population canadienne pour la même période.

La représentante des infirmières discutera sans aucun doute en profondeur des soins infirmiers, mais il est tout de même intéressant de souligner que le nombre de nouveaux diplômés s'élevait à plus de 14 000 en 2006 et à plus de 16 000 en 2010, ce qui représente une croissance de 17 p. 100. On peut donc s'attendre à ce que les effectifs continuent de croître.

[Traduction]

Il y a également une augmentation du nombre d'autres professionnels de la santé. Par exemple, le nombre de pharmaciens par habitant au Canada a augmenté de façon constante, passant de 82 par tranche de 100 000 habitants en 2006 à 91 en 2010. Dans l'ensemble, le nombre s'est accru de 16 p. 100 pour cette période, atteignant un total d'environ 32 000 en 2010.

Les données de l'ICIS indiquent que le nombre de professionnels de la santé réglementés, autres que les médecins, les infirmières et les pharmaciens, a également augmenté de 16 p. 100 entre 2006 et 2010. Au total, on comptait environ 160 000 professionnels dans les 18 autres professions pour lesquelles l'ICIS recueille des données.

Les données sur les tendances relatives aux effectifs pour ces professions sont présentées dans une série de rapports intitulée *Les dispensateurs de soins de santé au Canada*. Ces publications contiennent une foule de données supplémentaires sur la main-d'oeuvre et les diplômés de la santé afin de soutenir la gestion des services de santé et la recherche.

Nous avons également des analyses distinctes et détaillées portant sur les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les technologues en radiation médicale et les technologues de laboratoire médical. Tous nos rapports figurent sur notre site Web.

[Français]

Les mémoires que nous présentons au comité contiennent par ailleurs des renseignements supplémentaires, notamment d'intéressantes variations provinciales, des précisions sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers et une liste des groupes au sujet desquels nous recueillons des données.

Nous savons que le Canada n'a jamais disposé d'un aussi grand nombre de médecins et de pharmaciens et que le nombre d'infirmières devrait augmenter pour atteindre ce qu'il était avant les années 1990. Par contre, nous savons également que les chiffres à eux seuls ne disent pas tout.

[Traduction]

La demande de services de tous les professionnels de la santé dépend de plusieurs facteurs, notamment des besoins de la population en matière de soins de santé, des heures consacrées par les professionnels aux soins aux patients, du champ d'activités de chaque professionnel, des changements démographiques au sein des effectifs médicaux et de la santé, et de l'organisation des soins.

La question de la main-d'oeuvre chez les médecins et les professionnels de la santé est particulièrement complexe. Nous espérons que nos données sur les ressources humaines en santé contribueront à orienter les discussions sur le sujet.

Nous serons heureux de répondre à vos questions, et ce, dans la langue officielle de votre choix.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Bard, ferez-vous un exposé?

Mme Rachel Bard (directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Bonjour.

Au nom des quelque 250 000 infirmières autorisées du Canada, je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui des questions liées à la main-d'oeuvre dans le secteur de la santé.

Nous savons depuis longtemps qu'il existe une pénurie de personnel infirmier au Canada, notamment à cause des temps d'attente contrariants dans les cliniques et les hôpitaux et des résultats médiocres pour les patients. Les Canadiens sont confrontés jour après jour aux effets négatifs de la pénurie d'infirmières autorisées et d'autres professionnels de la santé.

● (1550)

Les recherches actuelles indiquent que le Canada connaît une pénurie d'environ 11 000 infirmières autorisées (équivalents temps plein). Si rien n'est fait, ce chiffre pourrait atteindre 60 000 en 2022, une réalité qui risque de nuire aux résultats futurs pour la santé. Le fait que leur nombre augmente, comme l'a dit mon collègue, est une bonne chose. Toutefois, il y a d'autres problèmes qui doivent être réglés.

Une pénurie de main-d'oeuvre signifie un déséquilibre tant dans l'offre que dans la demande. Une réflexion d'ensemble au sujet de l'offre d'infirmières autorisées nous permettra de mieux répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé. Nous ne devons pas penser strictement aux chiffres, mais penser à la participation des infirmières à la main-d'oeuvre en fonction du niveau d'activités — c'est-à-dire temps plein ou temps partiel —, des taux d'absentéisme et de la productivité de la main-d'oeuvre. Le nombre de services que peuvent offrir les infirmières autorisées en une journée dépend du modèle de prestation des soins en place, de la composition des équipes de santé et de l'efficacité de leur collaboration. Cela dépend également de la présence d'obstacles empêchant les professionnels de la santé d'offrir une gamme complète de soins pour lesquels ils sont qualifiés — c'est-à-dire d'utiliser l'ensemble de leur champ d'activités.

Des gains de productivité peuvent être réalisés grâce à la conception des installations, à l'utilisation de la technologie et aux innovations liées à la distribution des soins. Nous constatons des gains de productivité chez les infirmières praticiennes de Terre-Neuve-et-Labrador, qui sont appuyées par des équipes et la technologie de télésanté lorsqu'elles prodiguent des soins dans les collectivités rurales et éloignées. En faisant les choses différemment, nous pouvons mieux profiter du nombre actuel d'infirmières qui

travaillent déjà dans le réseau, tout en offrant des soins plus axés sur les patients. Comme vous pouvez le voir dans notre mémoire, la mise en place de mesure permettant d'augmenter la productivité des infirmières autorisées de 1 p. 100 par année aurait une incidence considérable et immédiate sur la pénurie.

Nous pouvons aussi améliorer notre utilisation de l'information sur le marché du travail que fournit l'Institut canadien d'information sur la santé. Un identifiant national unique devrait être utilisé pour que nous ayons de l'information exacte sur les lieux de travail des infirmières autorisées. Il s'agirait essentiellement d'un numéro attribué à chaque étudiant inscrit à un programme de sciences infirmières; ce numéro nous permettrait de savoir quand et où ces personnes entrent sur le marché du travail et de connaître les tendances de leur pratique. L'utilisation de cet identifiant améliorerait de façon importante notre capacité à surveiller la mobilité de notre main-d'oeuvre en soins infirmiers, tant au pays, entre les provinces et les territoires, qu'à l'étranger, comme lorsque les infirmières quittent le Canada pour aller travailler aux États-Unis ou dans d'autres pays.

Afin de mieux comprendre la capacité de l'effectif infirmier, on devrait mener à nouveau une étude nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier. Cette étude, menée par l'ICIS en 2006, a révélé que le taux d'absentéisme et de maladie des infirmières autorisées était deux fois plus élevé que la moyenne canadienne, qui est de sept jours. Les résultats de l'enquête de 2006 ont donné lieu à des innovations en matière de création de milieux de travail sains. En répétant l'enquête maintenant, nous aurions des données actuelles et précises et nous pourrions évaluer l'efficacité de ces innovations.

Une troisième recommandation porte sur la planification des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne et reprend l'une des principales recommandations formulées récemment par le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie, dans son examen de l'Accord de 2004 sur la santé. Le gouvernement fédéral devrait réaliser une étude de faisabilité afin d'évaluer l'avantage de créer un observatoire pancanadien en matière de ressources humaines en santé.

De tels observatoires ont été mis en oeuvre dans certains pays d'Europe et d'Amérique du Sud afin d'analyser les tendances et les besoins relatifs aux ressources humaines en santé et pour trouver des façons d'adopter des pratiques exemplaires, qui mèneraient à la longue à des effets positifs et à de meilleurs soins dans notre système de santé.

● (1555)

Il est possible d'intégrer cette innovation au sein des organismes fédéraux actuels afin que les planificateurs en ressources humaines en santé aient les ressources coordonnées et la meilleure information à leur disposition pour mieux relever les défis de planification dans le système de soins de santé pluri-gouvernemental du Canada.

Bien qu'il soit important que nous cherchions de nouvelles façons d'augmenter le nombre d'infirmières, il est aussi essentiel pour nous de saisir les occasions de réduire la demande de services de santé, grâce à la prévention des maladies, à la promotion de la santé et surtout, à la prévention des maladies chroniques comme les maladies du coeur, le diabète et le cancer.

Les Canadiens bénéficient de programmes fédéraux qui prônent l'abandon du tabac ou un mode de vie plus sain. L'AIIIC s'inquiète des coupes dans ces programmes; leurs résultats sont aussi menaçants pour le barème d'offres que la pénurie d'infirmières en chirurgie ou d'urgentologues.

L'offre stable et suffisante et le déploiement des professionnels de la santé au Canada reste l'un de nos plus grands défis en matière de soins de santé. L'examen de ces recommandations, de concert avec une volonté de réduire la demande grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, nous permettra de prendre des mesures afin de remédier à la pénurie de personnel infirmier et d'améliorer la santé des Canadiens.

Merci beaucoup.

Le président: Je vous remercie beaucoup de votre exposé. En général, il est bon de penser autrement; il est toujours conseillé d'être prêt à faire les choses différemment.

Nous allons entamer une série de questions de sept minutes par intervention. Essayons de limiter les questions des députés à environ sept minutes.

Nous allons commencer par Mme Charlton.

Allez-y.

Mme Chris Charlton (Hamilton Mountain, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie tous les trois de vos excellents exposés.

Chacun de nous posera des questions, alors je vais adresser les miennes surtout à Mme Bard et aborder en particulier la question de la pénurie d'infirmières et d'infirmiers.

Je sais que les deux principaux défis sont le maintien en poste et la nécessité d'attirer de nouveaux membres dans la profession, et je tiens à approfondir un peu ces sujets. Hier, un témoin a déclaré que nous devons changer les arguments que nous utilisons pour attirer les gens, et je pense que cette idée est aussi grandement valable dans le domaine de la santé.

Nous avons observé un léger accroissement des compétences requises, si l'on veut, en ce sens que les infirmières et infirmiers doivent avoir un niveau d'instruction de plus en plus élevé pour travailler dans le domaine. Et pourtant, en raison de la façon dont les salaires sont négociés dans ce secteur, ceux-ci ne progressent pas au même rythme que le coût de cette instruction. Il est difficile d'attirer les jeunes dans un champ d'études où les frais de scolarité sont incroyablement élevés.

Je me demande si vous pourriez nous dire si, selon vous, il serait logique d'envisager des façons de réduire les obstacles à l'éducation dans ce domaine, que ce soit au moyen de programmes d'encouragement ou peut-être de programmes d'exonération du remboursement des prêts — si les infirmières et les infirmiers acceptaient d'exercer leur métier dans des régions où ils font gravement défaut.

Si cela vous convient, je vais vous poser une foule de questions et vous céder la parole afin que vous répondiez à chacune d'entre elles.

Si nous décidons de changer nos arguments en faveur de la profession d'infirmière et d'infirmier, je sais que c'est l'une des professions qui a le plus haut taux d'accident du travail et qu'il est incroyablement difficile de maintenir les infirmières et infirmiers en poste dans un milieu où le nombre de congés de maladie que le personnel prend est souvent plus élevé que la moyenne nationale. Vous avez abordé en grande partie ces sujets.

Nous faisons maintenant face à une politique gouvernementale qui pourrait faire passer l'âge d'admissibilité aux prestations de la Sécurité de la vieillesse de 65 à 67 ans. La profession d'infirmière et d'infirmier est incroyablement exigeante sur le plan physique. Je me demande si vous pourriez nous dire si, à votre avis, les infirmières et infirmiers seraient en mesure de travailler jusqu'à 67 ans et de

s'acquitter des tâches qu'ils accomplissent aujourd'hui. J'aborde encore une fois la question du maintien en poste, mais peut-être sous un angle un peu différent.

Enfin, je viens de l'Ontario, et je me souviens des années où Mike Harris était au pouvoir. Le premier ministre, je crois, a bien à tort comparé les infirmières et les infirmiers à des hula-hoops, en ajoutant que leur temps était révolu. À l'époque, ils immigraient en grand nombre de l'Ontario aux États-Unis en particulier — en Floride et en Arizona —, ce qui a créé une pénurie au pays dont, selon moi, nous ne nous sommes jamais remis.

Si nous envisageons de maintenir les infirmières et les infirmiers en poste, il y a également des problèmes de moral à régler dans les milieux de travail. Je me demande si vous pourriez en parler et nous donner quelques conseils quant aux mesures que nous, les législateurs fédéraux, pouvons prendre pour améliorer les milieux de travail à ces trois égards.

Merci.

• (1600)

Mme Rachel Bard: Je vous remercie beaucoup de votre question.

Je vais vous renvoyer à notre rapport intitulé *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*, parce qu'il répond à certaines de vos questions.

Commençons par la persévérance scolaire. Nous savons qu'un pourcentage élevé d'étudiants quittent le programme pendant leur première année d'apprentissage, et il est clair que nous avons besoin d'élaborer des programmes qui contribueront à retenir les étudiants. Nous savons que, si nous arrivons à réduire même de 10 p. 100 le nombre d'étudiants qui abandonnent le programme d'études, cela aura une incidence sur le nombre d'infirmières et d'infirmiers qui obtiendront leur diplôme et qui intégreront la population active.

Donc, nous devons offrir un certain soutien. Certains de nos étudiants entreprennent une deuxième ou une troisième carrière. Ils ont une famille à nourrir et, par conséquent, ils ont besoin d'avoir accès à certains programmes sociaux qui les aideront assurément à subvenir à leurs besoins, sur le plan financier, ou même à s'adapter à leur programme d'études, etc.

Je crois donc que ce besoin a été signalé. Nous considérons qu'il s'agit là d'une orientation politique à rectifier.

En ce qui concerne l'absentéisme de la main-d'oeuvre et assurément la qualité de vie au travail des infirmières et des infirmiers, je pense encore une fois que notre rapport signale le taux élevé enregistré dans ce domaine. S'il est possible de modifier certaines politiques afin de maintenir en poste nos infirmières et infirmiers, d'améliorer leurs conditions de travail et leur qualité de vie au travail, de supprimer des obstacles afin qu'ils puissent développer pleinement leur champ d'activités et de leur apporter le soutien dont ils ont besoin, cela aura une incidence sur leur maintien en poste, et cela leur assurera un milieu de travail sain. Par conséquent, il est assurément nécessaire de régler certaines de ces questions.

De plus, en collaboration avec l'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario qui exerce ses activités dans l'une de nos provinces, l'AIIC a produit un rapport portant sur la fatigue des infirmières et infirmiers. Le rapport signale des faits auxquels nous devons prêter attention. Pour créer un milieu de travail sain et supprimer certains des obstacles liés à celui-ci, il faut que les employeurs, les infirmières et infirmiers, les organismes professionnels, comme notre association, et le gouvernement collaborent et adoptent une approche commune. Il est nécessaire de déployer des efforts collectifs. Il ne suffit plus qu'un seul camp intervienne; il faut que le gouvernement fédéral s'en mêle, de même que les gouvernements provinciaux.

Le maintien en poste des infirmières et infirmiers âgés de plus de 60 ans est une autre orientation politique décrite dans notre rapport sur les solutions éprouvées, dans lequel on retrouve des modèles pour atteindre cet objectif. Nous pouvons maintenir des infirmières et infirmiers dans leur poste après qu'ils ont atteint l'âge de 60 ans ou même de 65 ans, à condition de créer une ambiance qui leur permettra de concilier leur travail et leur vie personnelle. À l'heure actuelle, il existe des modèles qui ont été mis à l'épreuve et qui préconisent une formule 80-20. Ainsi, les infirmières et infirmiers qui sont plus âgés et qui ont plus d'ancienneté et d'expérience peuvent encadrer la jeune génération et offrir d'autres genres de services, au lieu de fournir constamment des soins directs. Encore une fois, on s'efforce de les conserver aussi longtemps que possible mais, pour réussir, il faut rajuster leurs conditions de travail.

Le président: Il vous reste à peu près 30 secondes. Je ne sais pas si vous voulez poser une question rapide.

Mme Chris Charlton: Je vais en poser une très brève, car il s'agit seulement d'une précision.

En ce qui concerne la réduction de l'immigration de l'étranger, il y a une note ici, qui indique ce qui suit:

Une réduction de l'immigration de l'étranger de 50 p. 100 accroîtrait la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés, mais l'effet de ce changement n'est pas du tout important (moins de 10 p. 100), même à long terme.

Je ne comprends pas ce point. J'ai simplement besoin que vous m'expliquiez ce que cette phrase signifie.

Mme Rachel Bard: Ce point nous indique que, si nous parvenons à mettre en oeuvre les quatre orientations politiques qui, à notre avis, nous permettront de maintenir nos infirmières et infirmiers en poste et d'améliorer leurs conditions de travail, nous n'avons pas nécessairement besoin de compter sur les programmes de recrutement international d'infirmières et infirmiers, parce que ces mesures ne sont pas celles qui auront l'incidence la plus importante. Elles ont un effet très minime sur l'atténuation de la pénurie, et c'est la raison pour laquelle nous soutenons qu'il ne faut pas consacrer toute notre énergie à cette entreprise.

•(1605)

Le président: Je vous remercie de votre intervention.

Madame Leitch, allez-y.

Mme Kellie Leitch (Simcoe—Grey, PCC): Merci beaucoup.

Je vous remercie tous de votre présence aujourd'hui. Je vous suis reconnaissante d'avoir pris le temps et d'avoir fait l'effort de comparaître devant nous. J'ai deux séries de questions à poser, et j'espère que nous pourrions demeurer brefs.

La première série concerne les données. Je voulais vous demander si vous avez des recommandations à formuler pour améliorer le Système de projection des professions au Canada. Si j'examine simplement nos notes, je trouve le fait que les médecins, les

vétérinaires et les dentistes soient tous classés dans la même catégorie intéressant. C'est bon de savoir qu'une pénurie sévit dans cette catégorie, mais manquons-nous d'effectifs dans trois, deux ou une seule de ces professions?

De plus, pouvez-vous désigner d'autres problèmes à surmonter dans le secteur médical qui ne sont pas représentés adéquatement dans les ensembles de données que vous utilisez — soit vous, soit M. Sweetman, en sa qualité de professeur, soit l'ICIS — ou dans d'autres ensembles de données auxquels vous pouvez avoir accès pour fournir des renseignements?

M. Arthur Sweetman: Permettez-moi de répondre, dans un certain sens, à votre question et de revenir brièvement sur la première question que vous avez posée.

Dans votre première question en particulier, vous sembliez supposer que le marché du travail pour les infirmières et infirmiers ressemble à un marché du travail du secteur privé. Je soutiens que ce n'est pas une façon pratique de l'envisager. Je pense que cette remarque s'applique également à la question que vous posez maintenant.

Un modèle fondé sur le SPPC ne fonctionne pas très bien pour les médecins et les infirmières et infirmiers, parce que 99 p. 100 d'entre eux dépendent d'un seul employeur, à savoir les gouvernements provinciaux, et parce que la demande pour ces professionnels peut changer en un clin d'oeil, en fonction d'un budget provincial ou d'une série de budgets provinciaux. Lorsqu'une province est déficitaire, le nombre d'infirmières et d'infirmiers qu'elle engage diminue radicalement, et il en va de même pour les médecins. Étant donné que les gouvernements provinciaux exercent un contrôle considérable sur le nombre d'étudiants qui sont admis dans les écoles de médecine, par exemple, ils sont en mesure de réduire énormément l'offre.

Même si, à l'heure actuelle, le public pense qu'il manque d'infirmières et d'infirmiers, un nombre important d'entre eux sont en fait au chômage.

Le problème, c'est qu'il ne s'agit pas d'un secteur privé où l'offre et la demande s'équilibrent, mais d'une situation où, dans chaque province, un syndicat négocie les salaires ou un ensemble d'honoraires pour les médecins avec le gouvernement provincial. Il ne s'agit pas d'un marché du secteur privé tel que vous pourriez le concevoir ou tel que votre première question le présentait. Les choses ne fonctionnent pas ainsi.

Je pense que c'est une situation où, à quelques exceptions près, les gouvernements provinciaux planifient et engagent la main-d'oeuvre. Ils sont à peu près les seuls employeurs qui embauchent. On pense qu'il y a des pénuries parce que les soins dispensés par les médecins et les infirmières et infirmiers sont, dans la plupart des cas, gratuits au Canada. Toutefois, le public pense également que les impôts qu'il verse sont trop élevés. Donc, nous ne voulons pas payer pour les soins prodigués par les médecins et les infirmières et infirmiers, lesquels sont trop peu nombreux, selon nous.

Fondamentalement, notre régime d'assurance-maladie prête un caractère politique à ce problème, en ce sens que tout un chacun souhaite bénéficier de soins de santé gratuits, mais ne veut pas verser les impôts nécessaires pour financer la gratuité de notre régime d'assurance-maladie.

Je ne pense pas qu'il y ait de moyen facile de résoudre ce problème, et je ne crois pas que les modèles du secteur privé conviennent. Je pense qu'avant tout, il faut que la planification provinciale soit excellente. Après tout, cette responsabilité relève des gouvernements provinciaux. Toutefois, le gouvernement fédéral peut faciliter le processus en les aidant à planifier leurs ressources et en leur fournissant des renseignements, des données et des choses de ce genre.

Bien que l'ICIS dispose d'excellentes données dans certains domaines, elle n'en a pas encore dans tous les domaines, et ces données ne sont pas aussi détaillées que celles dont les provinces ont besoin pour leur planification.

Je pense que ce type d'information serait très utile aux provinces et appuierait le genre de capacité dont RHDCC dispose pour planifier. Si on les aidait à conduire ce genre de planification détaillée, bon nombre de provinces pourraient en bénéficier.

Mme Kellie Leitch: Monsieur Berthelot.

M. Jean-Marie Berthelot: En ce qui concerne les projections des professions, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je citerai Yogi Berra, qui a déclaré ce qui suit: « Il est difficile de faire des prédictions, surtout quand il s'agit de l'avenir ».

Le problème qui nous occupe en ce moment correspond exactement à ce que vous avez mentionné. On exerce un contrôle sur le nombre d'étudiants admis dans les facultés de médecine, sur le nombre d'emplois offerts et, à certains égards, sur l'immigration.

Il est possible de prévoir combien de médecins le Canada aura dans cinq ans, mais il est très difficile de faire des prévisions à long terme.

Il en va de même pour les infirmières et infirmiers. Cela dépend du nombre d'étudiants qui seront admis dans ce programme. À mon avis, les gens qui demandent à être admis dans des programmes de soins infirmiers et de médecine ne manquent pas. Cependant, le nombre de places disponibles dans ces programmes est problématique.

En ce qui concerne les données, l'ICIS dispose de données relatives à l'offre. Les provinces s'emploient... et chacune d'elles possède son propre modèle pour planifier ses ressources humaines en santé. Elles s'efforcent de mettre l'accent sur les besoins, mais c'est une tâche très difficile à accomplir. Il est nécessaire de planifier ces ressources, car leur champ d'activités peut varier en fonction des besoins de la population.

La migration interprovinciale joue également un rôle dans ce processus. Au cours des 30 dernières années, nous avons remarqué que les endroits au Canada qui connaissent une croissance économique rapide voient effectivement leur population et le nombre de leurs professionnels de la santé augmenter, même s'ils n'ont pas formé plus d'étudiants que par le passé.

En ce qui a trait à l'information, je pense que l'ICIS pourrait probablement faire quelque chose à propos des projections des ressources humaines en santé, mais il faut tenir compte du fait que nous ne pouvons réaliser que des projections à court terme, si l'on souhaite qu'elles soient relativement fiables, parce qu'elles dépendent davantage des politiques que du marché ou d'un phénomène naturel.

• (1610)

Mme Kellie Leitch: Vous avez mentionné tous les deux que les facteurs qui influent sur les chiffres relèvent vraiment des gouvernements provinciaux, et je vous en remercie. Je suis moi-

même médecin et chirurgienne orthopédiste, et, oui, l'avenir de mon bloc opératoire était déterminé par un budget provincial.

Ma deuxième série de questions met l'accent sur un sujet différent.

Le président: Vous avez... [Note de la rédaction: inaudible].

Mme Kellie Leitch: J'ai compris, monsieur le président, et vous venez d'utiliser 15 de mes dernières secondes.

Le président: Eh bien, nous ne vous en tiendrons pas rigueur.

Des voix: Oh, oh!

Mme Kellie Leitch: Vous ne m'en tiendrez pas rigueur.

Madame Bard, j'ai aimé vos observations concernant les conditions de travail — qui, encore une fois, relèvent des provinces. Ma question est la suivante: comment pouvons-nous encourager les jeunes hommes à exercer la profession d'infirmier? Nous mentionnons toujours que les femmes s'abstiennent de se spécialiser dans certains sous-domaines, mais je crois comprendre que 80 à 85 p. 100 du personnel infirmier sont des femmes. Comment pouvons-nous inciter les 49 p. 100 d'hommes qui cherchent encore une profession à envisager les sciences infirmières?

Mme Rachel Bard: Votre question est intéressante parce qu'en fait, nous y parvenons. Les chiffres commencent à augmenter.

Je pense qu'il y a des mesures à prendre au sein du système d'éducation afin que, dans le cadre des services d'orientation professionnelle, la profession d'infirmier soit présentée comme attrayante et que les hommes soient aiguillés dans cette direction. Nous en avons eu un exemple récemment, lorsqu'un infirmier a déclaré qu'à l'époque, les conseillers en orientation professionnelle ne l'avaient pas orienté vers cette carrière.

Il y a donc certains mythes à dissiper, à savoir que cette carrière convient uniquement aux femmes. Mais il est sûr que les chiffres commencent à augmenter.

Le président: Merci, madame Bard.

Nous allons passer au prochain intervenant.

Je dois dire que je vous ai entendu déclarer qu'il ne manquait pas de gens qui souhaitaient être admis dans ces programmes, mais plutôt de places disponibles dans ceux-ci. Ce nombre de places est directement lié aux mesures budgétaires provinciales. C'est donc un facteur qui entre en jeu.

Monsieur Cleary, allez-y.

M. Ryan Cleary (St. John's-Sud—Mount Pearl, NPD): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins.

Premièrement, monsieur Sweetman, pour en revenir à votre déclaration liminaire, ai-je bien compris que vous avez dit que l'immigration des professionnels de la santé devrait être retirée de la responsabilité fédérale pour être placée sous la responsabilité provinciale? Dites-vous que l'immigration dans le domaine de la santé devrait être confiée aux provinces individuelles, qui connaissent bien les pénuries sur leur territoire et les faiblesses de leur système de soins de santé, et qui sont mieux en mesure de combler ces pénuries et de corriger ces faiblesses?

Est-ce bien ce que vous dites?

M. Arthur Sweetman: Oui, c'est exactement ce que je dis. Je pense que particulièrement dans le cas de la LIPR, le système de points actuel est particulièrement mal adapté pour les professions médicales, où les provinces constituent les principaux payeurs. Pour des choses relevant du secteur privé, la LIPR fonctionne très bien. À de nombreux égards, elle est supérieure à ce qui l'a précédée, mais pour les professions médicales réglementées, je dirais qu'elle est pire que la législation précédente.

En vertu du système de points qui prévalait auparavant, il y avait des points pour la profession. Il était virtuellement impossible pour les médecins d'immigrer dans la catégorie de l'immigration économique. Ils pouvaient venir dans la catégorie du regroupement familial, ou à titre de réfugiés, à titre de conjoints, mais c'était très, très difficile. C'était à l'époque où nous pensions avoir un surplus, mais il y avait un soi-disant surplus perçu de médecins.

En vertu de la LIPR, du moins avant les plus récentes instructions ministérielles, il n'y avait pas de catégories professionnelles. Alors, les médecins sont devenus des candidats idéaux pour le système de points et un très grand nombre d'entre eux sont arrivés au Canada et les provinces ne voulaient pas les embaucher. Il y avait un énorme surplus de diplômés des écoles de médecine à l'échelle internationale et un grand nombre de personnes se plaignaient de ne pas pouvoir trouver de travail. Ils avaient été admis en vertu du système de points, mais ce dernier n'était pas du tout coordonné avec les besoins des provinces.

Le point que je veux défendre, c'est de retirer les professionnels de la santé réglementés, qui sont payés principalement par les gouvernements provinciaux, du système de points fédéral — parce que le problème de coordination entre les provinces et le gouvernement fédéral est très, très difficile à régler — pour les placer plutôt dans le Programme des candidats des provinces.

Je ne dis pas de le retirer complètement du système. Nous avons un volet qui fonctionne très efficacement. Bien qu'il y ait certaines difficultés touchant le Programme des candidats des provinces, il fonctionne assez bien. Mais il faudrait placer les professionnels de la santé réglementés, qui sont payés principalement par les provinces, dans ce volet.

Les provinces réglementent les organismes de réglementation professionnelle qui sont chargés de la reconnaissance des titres de compétences. Ce sont elles qui font la planification des ressources humaines en santé. Elles connaissent leurs besoins. Elles connaissent les titres de compétences. Laissons-les gérer cette question. Elles sont proches du terrain; elles peuvent faire un meilleur travail.

•(1615)

M. Ryan Cleary: Est-ce que les provinces, ou est-ce que des provinces individuelles, ont manifesté un certain intérêt pour faire cela?

M. Arthur Sweetman: Voulez-vous dire à part le Québec?

M. Ryan Cleary: À part le Québec.

M. Arthur Sweetman: Le Québec est très certainement partant pour le faire.

M. Ryan Cleary: Évidemment.

M. Arthur Sweetman: J'ignore si cette question a été posée à des politiciens élus, mais d'après ce que je sais de manière informelle, à partir des murmures de mécontentement dont j'ai eu connaissance dans deux ou trois provinces, c'est qu'elles seraient très heureuses de s'en occuper.

M. Ryan Cleary: Pouvez-vous nommer ces provinces?

M. Arthur Sweetman: Eh bien, j'occupe la Chaire de recherche de l'Ontario sur les ressources humaines en santé, alors, je suis un peu au courant de la situation en Ontario. Je pense que l'Ontario serait très heureuse de s'occuper de cette question.

Je pense que certaines des provinces de plus petite taille pourraient faire face à un défi plus grand. Encore une fois, c'est pour elles que serait utile le soutien de l'ICIS pour aider à la planification.

Je pourrais me tromper, mais je soupçonne que les provinces de plus grande taille seraient très intéressées à relever ce défi, parce qu'elles ont les leviers de politique nécessaires pour faire un bon travail.

M. Ryan Cleary: Ma prochaine question s'adresse à Mme Bar et elle porte sur la question des pénuries de professionnels de la santé.

Dans votre déclaration liminaire, vous avez parlé d'identificateurs uniques pour les diplômés en soins infirmiers, de manière à pouvoir connaître les endroits où ils ont travaillé ou des choses du genre. Y a-t-il eu un projet pilote sur cette question quelque part?

Mme Rachel Bard: Il s'agit certainement de quelque chose que nous avons recommandé fortement. Certainement, il y a eu du travail qui a été fait pour commencer à étudier la question. Nous avons recommandé cette mesure. En fait, je sais qu'au niveau postsecondaire, on l'a également examinée. Elle aide vraiment à faire la planification en termes d'offre et de dispersion des diplômés, de sorte que vous pouvez commencer à élaborer une approche pancanadienne à la coordination des ressources humaines et à faire face à certaines des lacunes. C'est pourquoi nous croyons qu'une approche pancanadienne est celle qu'il nous faut pour nous efforcer de garder nos gens ici au Canada.

Mme Lisa Little (consultante, Ressources humaines en santé, Association des infirmières et infirmiers du Canada): J'ajouterais simplement que l'ICIS a réalisé une étude de faisabilité, en collaboration avec les provinces et les territoires, sur l'identificateur national unique pour neuf professions. Cela a permis de déterminer le coût de démarrage et le coût d'exploitation continue. Je pense que le projet a été mis sur la glace à cause des coûts. J'ignore si l'ICIS désire parler davantage de cette question, mais il est certain qu'une étude de faisabilité a été réalisée.

M. Ryan Cleary: Avant de répondre à cette question, quel était le coût et a-t-on exprimé des inquiétudes en matière de protection de la vie privée?

Mme Lisa Little: Le coût de démarrage était de 17,27 millions de dollars sur trois ans et le coût d'exploitation annuel subséquent était d'environ 5 millions de dollars.

Cela a déjà été fait. Dans certains cas, la communauté des médecins possède déjà, essentiellement, un identificateur national. Ils ont également réalisé à un certain moment donné une étude pilote sur les infirmières praticiennes autorisées. Alors, je pense qu'ils ont trouvé une façon de contourner les problèmes liés à la protection de la vie privée et qu'ils ont utilisé les numéros provinciaux existants déjà attribués, etc., pour créer le numéro national, sans qu'il y ait une intrusion importante dans la vie privée des gens. Mais je crois comprendre qu'en fin de compte, c'est le coût qui s'est révélé l'obstacle.

M. Jean-Marie Berthelot: Si vous avez un identificateur national unique et que vous l'associez à une personne lorsqu'elle commence ses études universitaires, je suppose qu'il s'agit de l'école postsecondaire, cela vous permettra également de savoir ce qui se passe dans l'université ou le collège. Vous pourriez connaître les taux de décrochage, et il s'agit d'une valeur ajoutée.

Le coût était un problème. Mais il y a également des difficultés concernant le rôle des organismes de réglementation au niveau provincial. Il y a eu une discussion au sujet de la gouvernance, au sujet de l'institut qui s'occuperait de la gestion de l'identificateur national unique. Alors, ce que l'ICIS a fait était principalement une étude de faisabilité, et elle a permis de déterminer le coût. Il n'était pas clair que l'ICIS serait l'organisme qui dirigerait le programme d'identificateur national unique.

En termes de protection de la vie privée, nous parlons de professionnels. Ils ont certaines obligations. Je ne pense pas que la vie privée soit un obstacle. Les choses doivent se faire d'une manière qui respecte la vie privée, mais il ne s'agit pas là d'un obstacle à la création d'un identificateur national unique.

• (1620)

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Cleary. Merci.

Nous sommes reconnaissants des observations concernant le Programme des candidats des provinces. Mais la participation a varié d'une province à l'autre. Certaines l'ont fait avec enthousiasme, alors que d'autres ne l'ont pas fait. Personnellement, je sais que le Manitoba l'a fait, et l'Alberta et la Saskatchewan. L'Ontario ne l'a pas fait dans la même mesure. C'est un domaine que le comité devrait peut-être examiner dans son rapport également. Alors, je vous remercie de ces informations.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Mayes.

Allez-y.

M. Colin Mayes (Okanagan—Shuswap, PCC): Merci, monsieur le président. Et merci aux témoins de leur présence ici aujourd'hui.

Une de mes préoccupations à long terme, que l'on a également observée dans le secteur de l'éducation, est la suivante. Nous avons embauché un grand nombre d'enseignants, construit un grand nombre d'écoles neuves et, tout à coup, il y a eu moins d'enfants. Les gens ont moins d'enfants. Alors, nous fermons maintenant des écoles et tous ces enseignants cherchent un autre emploi. Ce que nous vivons maintenant, c'est une vague liée aux baby-boomers. Une fois que cette vague de baby-boomers sera passée, nous pourrions nous retrouver avec un grand nombre de chambres d'hôpital vides et d'infirmières qui n'ont pas de travail parce qu'elles sont trop nombreuses.

Monsieur Sweetman, ou l'un ou l'autre d'entre vous, messieurs, avez-vous examiné des projections dans votre étude en ce qui a trait à ce que nous allons faire dans 20 ou 25 ans? Pensez-vous que nous allons voir cette vague passer et que certains des besoins actuels deviendront redondants? Ou est-ce que nous constatons que le besoin augmentera continuellement?

M. Arthur Sweetman: Les baby-boomers sont encore en assez bonne santé. En fait, c'est maintenant l'âge d'or. Si vous regardez les baby-boomers, ils sont encore assez vieux pour payer des impôts. Les plus vieux baby-boomers sont âgés de 65 ans. Les coûts médicaux importants ne commenceront pas à se faire sentir avant 5 ou 10 ans.

Alors, en fait, la population vieillissante n'a pas encore commencé à exercer une pression sur le régime public d'assurance-maladie. Lorsque cet effet débute, la plupart des estimations prévoient que nous allons parler d'une augmentation du nombre de médecins et des services de médecins de l'ordre d'environ 0,6 p. 100, ce qui n'est pas énorme.

Oui, il sera nécessaire, à un moment donné dans l'avenir, de réduire le nombre de médecins. On parle d'une période de temps qui dépasse la durée de la carrière des diplômés typiques d'aujourd'hui.

Il y a un problème plus important encore. À certains égards, vous vous inquiétez des pénuries, mais dans la plupart des ministères provinciaux, qui sont plus près du terrain, la préoccupation, ce sont les surplus et non les pénuries.

Selon que vous êtes omnipraticien ou spécialiste, il y a une période de formation variant de 6 à 10 ans pour les médecins. Si vous remontez à il y a exactement 10 ans, il y a eu une augmentation de 73 p. 100 des inscriptions dans les écoles de médecine, ce qui est de loin beaucoup plus élevé que la croissance de la population, qui s'élevait aux environs de 11 p. 100 au cours de la même période. Nous allons devoir réduire les inscriptions dans les écoles de médecine dans un avenir rapproché, sinon nous allons nous retrouver avec un surplus gigantesque.

La question du vieillissement n'est pas, en fait, une question de nombre de médecins; c'est une question de composition des spécialités. Nous n'avons pas encore vraiment commencé à faire face à cette question en tant que société. Ce sont les mauvaises spécialités qui sortent des écoles de médecine. Lorsque vous pensez que quelqu'un pratiquera pendant 30 ans, vous devez réfléchir aux spécialités dont nous aurons besoin au cours des 30 prochaines années. Nous produisons beaucoup de pédiatres et moins de gériatres. Nous devons réfléchir à ces questions.

M. Colin Mayes: Je vais vous interrompre pour entendre les observations de Mme Bard.

Mme Rachel Bard: Merci.

J'aimerais ajouter qu'en ce moment, en soins infirmiers, nous avons trois demandes pour une admission dans une place disponible. Notre rapport intitulé *Solutions éprouvées* laisse entendre que nous devrions augmenter de 1 000 le nombre de places pendant trois ans, de l'année 2009 lorsque l'étude a été lancée jusqu'en 2011. L'effet serait tel qu'il faudrait 15 ans pour réduire effectivement notre pénurie projetée de 60 000 à 45 000 ETP.

Comme vous pouvez le voir, nous devons continuer de produire des étudiants, parce que nous avons également des retraites qui s'en viennent. Nous avons des réalités démographiques. Réduire les places ne sera pas une solution; cela ne fera qu'aggraver le problème.

M. Colin Mayes: J'aime votre approche holistique, concernant le mode de vie sain et le fait de nous prendre en main pour faire face à la situation. Nous avons dit que ce n'était pas nécessairement au sujet du nombre d'infirmières. Vous avez parlé d'un plus grande productivité et d'une meilleure gestion des ressources.

Nous venons tout juste de construire un nouvel hôpital dans ma circonscription, à Vernon. Il possède un équipement dernier cri. Les infirmières n'ont plus à forcer pour soulever une personne lourde dans un lit ou autre choses du genre. Tout cela est maintenant automatisé.

J'ai remarqué dans certaines des notes ici que 40 p. 100 des infirmières sont âgées de plus de 50 ans. Je ne veux pas dire que 50 ans, c'est vieux, mais il y a certains défis, en ce sens qu'il y a un stress physique. Dans un hôpital de plus petite taille de ma région, il en coûte 500 000 \$ par année pour payer les congés liés au stress des infirmières. Ces coûts nuisent à la prestation des services.

Pensez-vous que plus de technologie, dans les domaines de l'aide aux soins et d'une meilleure gestion des ressources, aidera à soulager la situation, qu'il ne s'agit pas uniquement d'une pénurie de main-d'œuvre, mais également d'une meilleure organisation et d'une meilleure utilisation des installations?

• (1625)

Mme Rachel Bard: Absolument. Lorsque nous parlons d'améliorer la productivité, nous ne voulons pas dire d'en faire plus avec moins. Nous disons, en fait, que nous devrions examiner nos modèles de soins. Cherchons à voir comment nous pourrions utiliser le mieux la technologie. Comment nous pourrions éliminer les obstacles afin de permettre aux infirmières de pratiquer dans leur pleine mesure?

Il y a certains bons programmes. Par exemple, la méthodologie allégée, qui a été utilisée en Saskatchewan pour dégager du temps de soins, a vraiment éliminé des obstacles et a fait augmenter le nombre d'heures que les infirmières pouvaient passer près des malades. Évidemment, cela améliore également la qualité de vie au travail.

Nous savons également que nous devons nous assurer de stabiliser notre main-d'œuvre pour avoir des postes à temps plein. À l'heure actuelle, environ 58 p. 100 des postes sont des postes à temps plein. Nous disons que notre norme devrait être d'environ 70 p. 100 de façon à pouvoir maximiser les résultats et nous assurer que le malade reçoit le bon niveau de soins.

M. Colin Mayes: Mais, est-ce l'association qui dit cela? Je pose la question parce que dans un hôpital que je connais bien, les infirmières disent qu'à cause de l'ancienneté, elles ont constaté que lorsqu'on appelle une infirmière, la personne refuse. Il faut passer à travers une liste et tout à coup, quelqu'un doit faire un deuxième quart de travail parce qu'on n'arrive pas à trouver un remplaçant. Pour moi, il s'agit beaucoup plus d'un problème de gestion ou d'organisation qui doit être corrigé que d'un problème de manque de ressources.

Il y a beaucoup de personnes dans les professions qui ne veulent pas travailler à temps plein; elles veulent travailler à temps partiel. C'est un choix de carrière. Je pense que certains des défis que nous avons dans le domaine des soins de santé ont beaucoup à voir avec la gestion des ressources et avec la technologie dans la boutique.

Combien me reste-t-il de temps, monsieur le président?

Le président: Vous êtes à sept minutes pile, alors, c'est un bon moment pour arrêter.

Nous allons suspendre nos travaux pendant 5 ou 10 minutes et reprendre avec M. Cuzner.

Merci. Nous suspendons nos travaux.

• (1625)

(Pause)

• (1640)

Le président: Je demanderais aux membres du comité et aux témoins de reprendre leur place. Nous apprécions certainement la discussion durant la pause. Je suis certain qu'il s'est posé beaucoup d'excellentes questions et qu'il s'est donné beaucoup de réponses.

Une voix: De meilleures réponses.

Le président: Peut-être qu'il y a eu de meilleures questions, mais il y a toujours de bonnes réponses.

Ceci dit, plus formellement, nous allons demander à M. Cuzner de commencer son tour.

M. Rodger Cuzner (Cape Breton—Canso, Lib.): Parlant de meilleures questions...

Des voix: Oh, oh!

Le président: ... avec certaines meilleures réponses.

Allez-y.

M. Rodger Cuzner: ... j'en ai trois que j'aimerais poser, mais premièrement, monsieur Sweetman, vous êtes économiste.

M. Arthur Sweetman: C'est exact.

M. Rodger Cuzner: Je vais vous demander, à vous et aux autres, de commenter quelque chose que nous avons entendu du secteur des entreprises. Je suis heureux de vos observations sur le parrainage provincial, c'est absolument vrai, mais ce que j'ai entendu de la part de quelques entreprises ici, c'est qu'elles continuent de croire qu'il y a un rôle fédéral. Je pense que votre allusion au rôle fédéral se fait tout en douceur, et je l'apprécie.

Une chose qu'elles ont laissé entendre, c'est qu'il y a quelque chose qui fonctionne vraiment bien en Ontario à l'heure actuelle, un crédit d'impôt pour les occasions de cours co-op ou de mentorat, et tout le reste. Voyez-vous cela comme un avantage venant du gouvernement fédéral également, pour ce qui est de combler l'écart de compétence au niveau national, avec nos gens formés ici même dans nos établissements canadiens?

M. Arthur Sweetman: Alors, faites-vous explicitement allusion à la jeunesse...

M. Rodger Cuzner: Oui, exactement.

M. Arthur Sweetman: ... ou parlez-vous de façon générale?

Dans un certain sens, le gouvernement fédéral a déjà mis en oeuvre un programme comme celui-là. En vertu de l'AE...

M. Rodger Cuzner: Un crédit d'impôt?

M. Arthur Sweetman: Oui. Les petites entreprises se font rembourser les cotisations d'assurance-emploi pour l'embauche de nouveaux travailleurs. À mon avis, ce serait merveilleux si on étendait cette mesure à toutes les entreprises, peu importe leur taille. L'appliquer uniquement aux jeunes risque, selon moi, de poser problème.

Si on remonte dans le temps, on se rappellera qu'il y avait auparavant une mesure axée sur les jeunes. En 1998 et en 1999, les cotisations d'assurance-emploi étaient remboursées pour l'embauche de jeunes travailleurs âgés de 18 à 24 ans. D'après les recherches — auxquelles certains de mes étudiants de doctorat et moi-même avons contribué —, il se crée un effet de distorsion sur le marché lorsque les entreprises embauchent de préférence des travailleurs âgés de 18 à 24 ans, au lieu de les embaucher à 25 ou 26 ans. Alors, je pense que l'âge...

• (1645)

M. Rodger Cuzner: Oui, mais ce serait pour les possibilités de formation plutôt que seulement l'embauche de nouveaux travailleurs.

M. Arthur Sweetman: Je comprends, mais au bout du compte, on ne veut pas former des gens pour ensuite les perdre. Cela ne servirait à rien. Je pense que les preuves ne manquent pas quand on considère les programmes d'embauche de nouveaux travailleurs qui ont été évalués par RHDCC. Ils ont été mis à l'épreuve et ils ont donné des résultats mitigés.

Selon moi, ce que vous faites actuellement fonctionne assez bien. On pourrait un peu renforcer le tout si on accordait une remise de cotisations d'assurance-emploi — et on peut rajuster le montant — non seulement aux petites entreprises, mais à toutes les entreprises. Une telle mesure serait très utile pour stimuler l'emploi, sans qu'on ait à payer des gens qui vont finir par être embauchés de toute façon.

M. Rodger Cuzner: Au lieu d'un simple crédit d'impôt...?

M. Arthur Sweetman: C'est, en réalité, un crédit d'impôt.

M. Rodger Cuzner: Oui, en effet.

M. Arthur Sweetman: On peut l'accorder sous forme de remise de cotisations d'assurance emploi ou de crédit d'impôt.

M. Rodger Cuzner: Oui.

M. Arthur Sweetman: C'est blanc bonnet, bonnet blanc; alors, peu m'importe la façon dont c'est structuré.

M. Rodger Cuzner: D'accord. Je vous remercie.

J'aimerais maintenant poser une question à Mme Bard concernant le personnel infirmier formé au Canada.

Je n'ai pas de chiffres — mais je suis sûr que vous en avez — sur le nombre d'infirmières que nous perdons, surtout au profit des États-Unis. Je parle d'infirmières qui sont formées ici et qui quittent le pays. Avons-nous la moindre idée du nombre annuel de tels cas?

Mme Rachel Bard: Je n'ai pas les chiffres précis, mais nous savons que si nous avons un identificateur unique, nous pourrions commencer à en faire le suivi. Selon notre hypothèse, nous savions qu'elles...

M. Rodger Cuzner: Cette information existe-t-elle? Ne l'avons-nous pas?

Mme Rachel Bard: Je ne l'ai pas sous la main en ce moment, mais nous savons que nous devons mieux retracer ces cas. Évidemment, en voyant certains des changements qui se produisent aux États-Unis, nous sommes très inquiets et nous ne voulons pas perdre d'autres ressources. Quoi qu'il en soit, il nous faut une stratégie pour conserver au pays le personnel infirmier canadien.

M. Rodger Cuzner: Avons-nous une idée de la raison pour laquelle nous perdons des infirmières formées au Canada?

Mme Rachel Bard: Eh bien, là encore, examinons les années 1990. À la suite des compressions, nous avons perdu un pourcentage élevé de notre main-d'œuvre à cette époque. Nous voulons éviter qu'une telle situation se répète. Voilà pourquoi nous préconisons une approche pancanadienne destinée à coordonner nos ressources humaines pour nous assurer de rectifier le tir là où il existe des pénuries. Nous voulons également des programmes qui appuient mieux le mouvement et la mobilité du personnel infirmier pour faire en sorte que nous utilisions toutes nos ressources, à plein régime. Ainsi, elles n'auraient plus besoin de chercher des perspectives d'emploi à temps plein de l'autre côté de la frontière.

M. Rodger Cuzner: Oui, et cela revient à ce que M. Sweetman disait tout à l'heure, c'est-à-dire que les provinces peuvent rectifier le tir un peu plus.

Quel est l'âge moyen de la retraite pour le personnel infirmier au Canada?

Mme Rachel Bard: C'est 57 ans. Voilà d'ailleurs pourquoi nous recommandons de trouver des façons de prolonger la carrière de nos infirmières. Elles possèdent un imposant bagage de connaissances et d'expériences, et nous devons examiner des moyens pour essayer de les maintenir en poste beaucoup plus longtemps.

M. Rodger Cuzner: Comme M. Mayes l'a dit, le métier d'infirmière est une vocation, mais c'est aussi un travail stressant et physiquement exigeant. À force de transporter des patients et de bouger ici et là, on finit par montrer des signes d'usure. Serait-ce là un facteur qui explique la retraite anticipée?

Mme Rachel Bard: Tout à fait.

M. Rodger Cuzner: Ou est-ce parce qu'elles finissent par être si riches qu'elles n'ont plus besoin de travailler?

Des voix: Oh, oh!

Mme Rachel Bard: Il y a des infirmières qui veulent travailler à temps plein beaucoup plus longtemps, mais parfois les conditions de travail ne les encouragent pas nécessairement à rester dans la population active. L'amélioration des conditions de travail est certainement une solution à envisager.

M. Jean-Marie Berthelot: La nature exigeante du travail ne fait aucun doute; c'est un fait. Toutefois, il faut aussi reconnaître que la plupart des infirmières au pays sont syndiquées. Dans la cohorte actuelle d'infirmières qui prendront leur retraite, la plupart ont des diplômes. Comme elles ont commencé à travailler à un âge relativement jeune, elles ont probablement acquis 35 ans d'expérience, ce qui leur donne droit à une pension. Un autre phénomène social qu'on observe, c'est que leurs conjoints sont un peu plus âgés. De tels facteurs sociaux jouent un rôle important dans l'âge de la retraite des infirmières. La plupart des provinces, sauf le Québec, si je ne me trompe pas, exigent maintenant un baccalauréat pour exercer cette profession. On peut donc s'attendre à ce que, dans l'avenir, les infirmières prennent leur retraite un peu plus tard. Mais après 35 ans de service et une pleine pension, pourquoi continueraient-elles de travailler?

• (1650)

M. Rodger Cuzner: Il me reste encore un peu de temps.

Le président: Votre temps est écoulé.

M. Rodger Cuzner: J'avais gardé le meilleur pour la fin.

Le président: On reviendra à vous une fois qu'on aura fait le tour de la question.

Monsieur Shory, allez-y.

M. Devinder Shory (Calgary-Nord-Est, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui.

Monsieur Sweetman, nous savons tous que l'éducation relève des provinces. Vous avez parlé de l'immigration. Pensez-vous que la reconnaissance des titres de compétence acquis à l'étranger peut aider à régler le problème des pénuries? Après tout, beaucoup de professionnels de la santé ont acquis leurs titres de compétence dans d'autres pays.

M. Arthur Sweetman: Si je comprends bien, vous voulez savoir si la reconnaissance des titres de compétence pose problème. Est-ce bien ce que vous cherchez à savoir?

M. Devinder Shory: C'est ça.

M. Arthur Sweetman: Il y a une foule de questions qui entrent en jeu. De façon générale, le nombre d'immigrants ayant des titres de compétence dans la plupart des professions de la santé dépasse le nombre de postes disponibles dans les professions financées à l'échelle provinciale. Dans le cas de professions comme la dentisterie, où les emplois se trouvent surtout dans le secteur privé, la question est légèrement différente.

La reconnaissance des titres de compétence est un enjeu. C'est un problème qui peut se gérer à long terme, mais la situation est nettement plus compliquée que cela. N'oublions pas que dans presque chaque profession de la santé — les soins infirmiers étant une exception notable —, le pourcentage d'immigrants qui travaillent est supérieur au pourcentage d'immigrants dans la population adulte.

Au Canada, environ 23 ou 24 p. 100 des immigrants font partie du groupe d'âge le plus actif, soit les 25 à 64 ans; par ailleurs, 33 p. 100 des médecins et 29 p. 100 des pharmaciens sont des immigrants. Je me trompe peut-être de, plus ou moins, 1 p. 100. On observe une situation semblable du côté des optométristes. Cela s'applique à tous les groupes, sauf le personnel infirmier, qui compte un pourcentage d'immigrants près de la moyenne nationale. Bref, dans presque chaque profession de la santé réglementée, le pourcentage d'immigrants dépasse de loin la moyenne nationale.

La reconnaissance des titres de compétence pose problème pour certaines personnes, mais cela n'a pas empêché un très grand nombre d'immigrants d'accéder à des professions de la santé réglementées.

M. Devinder Shory: Merci pour vos observations.

Quand je parlais de la reconnaissance des titres de compétences acquis à l'étranger, je ne faisais pas seulement allusion aux immigrants, mais aussi à tous ceux qui sont diplômés à l'étranger, qu'il s'agisse de Canadiens ou de nouveaux immigrants.

Madame Bard, j'ai une question pour vous. Vous avez dit qu'il y a une pénurie de 11 000 infirmières, équivalents temps plein, et que ce chiffre pourrait atteindre 60 000 en 2022.

Je lisais le rapport concernant l'impact des six politiques destinées à réduire les pénuries actuelles et prévues. Pourriez-vous nous dire quelles mesures seront les plus efficaces, d'après vous, pour régler la question des pénuries dans l'immédiat ou dans l'avenir.

Mme Rachel Bard: Parmi les six scénarios stratégiques que nous avons étudiés, nous voulons investir notre énergie aux cinq premiers. Évidemment, nous savons qu'en augmentant la productivité, en éliminant certains des obstacles et en assurant le plein exercice de la profession, nous pouvons réduire la pénurie. Une augmentation d'aussi peu que 1 p. 00 permettrait de réduire la pénurie de près de la moitié par rapport à la prévision actuelle. Par ailleurs, si on réduit de moitié l'absentéisme, qui atteint actuellement 14 jours, on pourra commencer à voir l'arrivée de quelque 7 000 ETP. Alors, chacune de ces mesures fournit des preuves irréfutables. Les cinq premiers scénarios stratégiques constituent vraiment le meilleur investissement.

•(1655)

M. Devinder Shory: Les prévisions relatives aux pénuries seront-elles mises à jour après la publication du rapport?

Mme Rachel Bard: Oui, nous continuerons de les surveiller et, bien entendu, l'information produite par l'ICIS nous aide à tâter le pouls de la situation. Nous essayons de faire le bilan tous les quatre ans pour tenter de comprendre où et comment se manifestent certains des changements.

M. Devinder Shory: Autre question: le Canada compte une très importante population autochtone, dont une grande partie se trouve à un âge où elle peut constituer une excellente source de main-d'oeuvre. Par quels moyens peut-on encourager les jeunes Autochtones à entreprendre des études en sciences infirmières, et quels sont les plus gros obstacles? Votre organisation a-t-elle pris des mesures pour encourager ce groupe?

Mme Rachel Bard: L'Association des infirmières et infirmiers du Canada collabore avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada pour essayer de voir comment nous pouvons traiter cette question. Dans certains programmes, un certain nombre de places sont réservées pour les étudiants autochtones parce que nous croyons également qu'il faut encourager et former des infirmières autochtones qui peuvent aller travailler au sein de collectivités des Premières nations. Il y a donc des places réservées et

un meilleur soutien, et nous avons même élaboré des lignes directrices sur la diversité culturelle pour mieux préparer les infirmières, même au début des programmes de sciences infirmières, pour qu'elles puissent travailler auprès des Autochtones et des Premières nations parce que nous préconisons, bien entendu, les deux. Nous voulons former non seulement des infirmières autochtones, mais aussi des infirmières canadiennes aptes à travailler au sein de collectivités autochtones.

M. Devinder Shory: Est-ce qu'il me reste un peu de temps?

Le président: Vous avez environ 30 secondes.

M. Devinder Shory: Quelqu'un peut-il me dire rapidement quelles mesures vous recommanderiez au gouvernement fédéral pour pallier aux pénuries futures de ces compétences? Nous savons tous qu'il s'agit d'un problème auquel nous sommes confrontés et auquel nous serons confrontés. Y a-t-il des mesures que le gouvernement fédéral devrait prendre?

M. Arthur Sweetman: Si vous me permettez, j'aimerais revenir sur la question des Autochtones, qui représenteront une demande massive dans l'avenir. Je pense à des exemples à l'échelle locale, comme l'Institut de technologie des Premières nations. Voilà le type de partenariat que les écoles traditionnelles de médecine et de soins infirmiers doivent utiliser pour attirer des gens. On parle d'établissements d'enseignement des Premières nations qui s'associent avec des établissements d'enseignement ordinaires.

Pourtant, il y a à peine trois ans, le gouvernement fédéral a réduit le financement accordé à tous ces établissements. En Ontario, le gouvernement provincial est intervenu pour remplacer une partie de ces fonds. Mais voici le vrai problème: si nous tenons à ce que les Premières nations exercent ce genre de professions, nous devons financer leur éducation. En fait, nous faisons marche arrière depuis quelques années. Alors, je pense que c'est un problème réel dont il faut s'occuper.

À mon avis, cette question est d'une importance cruciale. Par exemple, à la faculté de médecine de l'Université Queen's, quatre places sont réservées pour les étudiants des Premières nations; or, elles ne sont presque jamais occupées. Elles sont presque toujours vides. Alors, le problème n'est pas l'absence de places; il faut des gens qui sont préparés et qui possèdent les connaissances nécessaires pour accéder à ces postes.

Le président: Merci, monsieur Sweetman.

Votre temps est écoulé, monsieur Shory.

Quelqu'un d'autre veut-il ajouter des observations?

Allez-y, madame Bard.

Mme Rachel Bard: Selon moi, il est également essentiel d'investir dans des programmes de promotion et de prévention. Nous devons réduire la demande. Pour ce faire, il faut aider les collectivités des Premières nations, d'une part, à améliorer leurs conditions de vie et, d'autre part, à adopter un mode de vie plus sain. Cet objectif s'applique à tous les Canadiens, mais nous devons certainement accorder une attention particulière aux Autochtones parce qu'il y a encore des cas de collectivités des Premières nations qui n'ont pas accès à l'eau potable. Les déterminants sociaux de la santé sont essentiels.

Nous devons donc mettre en place des programmes qui permettront de mieux appuyer les jeunes pour les aider à entreprendre des études postsecondaires, notamment en sciences infirmières.

Le président: Monsieur Berthelot, vouliez-vous faire une observation?

M. Jean-Marie Berthelot: En ce qui concerne les médecins, les gens ont l'impression qu'il y a une pénurie. Pourtant, d'après ce qu'on lit dans les médias, on fera bientôt face, semble-t-il, à un surplus de médecins. Nous observons déjà un surplus de chirurgiens cardiologues et d'autres spécialistes. Alors, je pense que nous ne devons pas perdre de vue cet aspect.

Quant aux dépenses en matière de santé, parmi les trois catégories de dépenses les plus importantes, les dépenses en soins médicaux ont connu la croissance la plus rapide au cours des six dernières années. Voilà de quoi inquiéter les gouvernements provinciaux.

Parlons maintenant des mesures à long terme. Comparer le vieillissement de la population à un tsunami n'est pas valable, parce qu'un tsunami ravage tout sur son passage en un rien de temps. On devrait plutôt comparer ce phénomène social à un glacier. Qu'est-ce qui caractérise un glacier? On sait qu'il se trouve sur notre chemin, mais on a le temps de le contourner. Nous devons donc songer à revoir la façon dont les soins de santé sont offerts à une population canadienne vieillissante qui a besoin de beaucoup plus de soins primaires et de soins à domicile, d'où la possibilité de devoir recourir à un groupe différent de professionnels. Si on se concentre uniquement sur le bassin actuel de professionnels qui offrent des services, on risque de manquer le coche, du moins en partie, pour ce qui est de répondre aux besoins d'une population vieillissante. Nous avons beaucoup de temps pour réagir parce que les plus âgés de la génération du baby-boom ont 65 ans; ce n'est qu'à l'âge de 80 ou 85 ans que ces derniers commenceront vraiment à faire peser un fardeau sur le système des soins de santé. Nous avons donc amplement le temps de nous adapter.

• (1700)

Le président: Merci.

Monsieur Lapointe, vous avez la parole. Allez-y.

[Français]

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

[Traduction]

Monsieur Sweetman, je ne sais pas si votre français est bon, mais je vais vous le dire en français.

[Français]

En tant que personne élue au Québec, on marche toujours un peu sur des oeufs lorsqu'il s'agit de questions relatives aux soins de santé parce que, au Québec, c'est clairement une compétence totalement provinciale.

Je voudrais quand même profiter de votre expérience, car vous êtes des témoins fort intéressants. J'aimerais me servir de vos compétences pour savoir si certaines solutions administratives ou certaines façons de faire pourraient nous aider. On parle du manque de ressources humaines. Parfois, la solution, c'est d'en avoir plus, mais il peut aussi s'agir de faire les choses plus efficacement. J'aimerais donc faire appel à votre expérience pancanadienne à ce sujet.

Je suis issu d'une région rurale où il n'y a aucun grand centre et aucune ville de plus de 30 000 habitants. Il y a beaucoup de petits villages de 500 ou 600 habitants et il y a un besoin crucial de médecins qui veulent rester en région. Je pense que le même problème existe à Saint-Pamphile et à Moose Jaw. Je ne pense pas que ce soit spécifique à l'Est du Québec.

Une des solutions que l'on a récemment vue consistait à donner des incitatifs pour que des médecins formés aillent vivre en région. Je sais qu'en Australie le problème a été abordé de façon inverse. C'est-à-dire que les Australiens choisissent des étudiants performants dans les régions et les incitent à devenir médecin. Ainsi, le jour où ils sont médecins, le fait retourner vivre à la montagne, près du fleuve ou de l'océan dans une petite communauté correspond à un désir de leur part. On n'a pas à leur offrir des primes pour retrouver un mode de vie qui leur fait plaisir. Les Australiens ont obtenu d'excellents résultats avec cette mesure.

Cette solution serait-elle plausible au Canada pour aider les régions à enfin avoir des médecins? Qu'en pensez-vous, monsieur Berthelot?

M. Jean-Marie Berthelot: Il me semble qu'il y a une université dans le nord de l'Ontario où l'objectif est effectivement de former des médecins qui vont aller en région.

L'allocation des ressources humaines en santé est quelque chose de très complexe. Cela varie beaucoup d'une province à l'autre et dépend de l'organisation du système de soins de santé.

Je pense que comparativement à plusieurs autres provinces, le Québec a relativement une bonne répartition de médecins en région.

M. François Lapointe: Depuis deux ans, dans ma région, on ferme les urgences.

M. Jean-Marie Berthelot: On en ferme aussi de temps à autre en région urbaine de l'autre côté de la rivière.

Il y a clairement un enjeu relativement à l'allocation des ressources. Si on prend l'exemple du Québec, c'est la province qui a le plus de médecins par habitant au Canada. Étant donné la façon dont le système des soins de santé est organisé, les gens utilisent davantage les services des CLSC ainsi que des cliniques sans rendez-vous. En conséquence, c'est la population qui a le plus faible pourcentage de gens indiquant avoir un médecin de famille.

L'enjeu est toujours de s'assurer d'avoir des professionnels de la santé dans les régions. Il y a des expériences comme en Australie et en Ontario qui, à mon avis, ne résolvent pas tout le problème, mais qui peuvent faire partie de la solution.

M. François Lapointe: Selon vous, pourrait-on s'en inspirer dans plusieurs territoires canadiens?

M. Jean-Marie Berthelot: Je pense que oui.

[Traduction]

M. Arthur Sweetman: Merci. C'est une très bonne question.

Je suis en fait d'accord. Le Québec est probablement la meilleure des provinces canadiennes à cet égard. Donc, même si la situation vous semble sombre, c'est pire dans les autres provinces. De plus, c'est certainement une compétence provinciale et aucunement une compétence fédérale.

Je crois qu'une grande partie des propositions stratégiques, du moins quelques-unes, pourraient être mises de l'avant, mais il faudrait du cran pour les mener à bien. On pourrait prendre ce que le Québec fait et pousser la donne encore plus loin. Je crois que les autorités provinciales devraient laisser les autorités régionales de la santé s'occuper de l'embauche des médecins et des praticiens de premier recours, et ce, non seulement en médecine, mais aussi en général dans les autres secteurs. Bref, s'il y a des besoins dans un certain domaine, les autorités engagent des gens. S'il n'y a aucun besoin sur l'île de Montréal, les autorités n'engagent personne. Cette pratique permettrait la distribution des ressources humaines.

On pourrait également modifier le recrutement dans les écoles de médecine. C'est exactement ce que vous dites. Par contre, on pourrait lui donner plus de mordant. Dans le processus d'admission, les candidats pourraient s'engager à pratiquer dans une région précise, et les comités d'admission pourraient en tenir compte dans leur décision. Si les comités d'admission ont deux candidats semblables, dont l'un veut pratiquer dans le Nord québécois et l'autre, à Montréal, comment le comité en arrive-t-il à une décision si les deux candidats sont autrement comparables?

Selon moi, il y a de nombreuses politiques que nous pourrions mettre de l'avant.

• (1705)

M. François Lapointe: Voilà des solutions intéressantes.

M. Arthur Sweetman: Il s'agit de solutions. Par contre, il faudrait faire preuve de cran.

M. François Lapointe: Me reste-t-il encore quelques minutes?

[Français]

Comme il me reste encore un peu de temps, je voudrais mentionner que d'autres initiatives sont fort intéressantes. En Hollande, par exemple, la proportion entre les soins de longue durée offerts à la maison et ceux dispensés dans des établissements de santé est carrément l'inverse de celle qui prévaut ici. Dans ce pays, elle est de 80 p. 100 par rapport à 20 p. 100, alors qu'ici, elle est de 20 p. 100 par rapport à 80 p. 100. Dès que les soins de longue durée peuvent être offerts à la maison, les Hollandais engagent du personnel au lieu de dépenser des milliards de dollars en infrastructures.

Est-ce que nous pourrions envisager cela comme une vraie solution à long terme?

Mme Rachel Bard: Il est certain que l'association met en avant des modèles comme les soins de santé primaires et les services à domicile pour que les gens puissent être maintenus dans leur résidence. C'est très bien. Je pense qu'il faudrait aussi considérer d'offrir des incitatifs afin d'encourager les professionnels à aller travailler dans les milieux ruraux ou à y demeurer. En ce moment, environ 10 p. 100 des infirmières travaillent en milieu rural alors que 30 p. 100 de la population y vivent.

L'Organisation mondiale de la Santé a avancé des recommandations qui touchaient quatre grands secteurs. Dans le domaine de l'éducation, on parle de programmes incitatifs relatifs aux études visant à encourager les gens qui habitent en milieu rural et qui risquent davantage d'y retourner. On parle aussi d'améliorer les conditions de travail et d'enlever des obstacles, entre autres de faire en sorte que les infirmières puissent travailler dans toute la sphère de leur pratique.

On pourrait avoir recours à des infirmières praticiennes pour répondre à des pénuries au sein de l'équipe professionnelle. On pourrait aussi considérer des incitatifs destinés à mieux soutenir les personnes qui veulent étudier en science de la santé en tant qu'infirmière et mieux les soutenir une fois qu'elles sont sur le marché du travail. Des incitatifs pourraient leur être offerts pour les aider à rembourser leurs frais d'études, etc. On pourrait aussi envisager d'appuyer et d'encadrer les professionnels qui travaillent en milieu rural.

M. François Lapointe: Le grand chantier, qui demanderait peut-être qu'on aille jusqu'à inverser cette proportion, qu'on change la définition des tâches des infirmières, qu'on discute avec l'ensemble des syndicats et qu'on revoie les façons de faire de toutes les provinces, est-il réalisable ou même souhaitable?

S'il était réalisable, combien de temps est-ce que cela demanderait? Parle-t-on de cinq ans, de dix ans? Est-ce que la majorité des provinces ont la volonté de le faire? Comprenez-vous la question que je soulève?

Mme Rachel Bard: Oui.

[Traduction]

Le président: Si c'est possible, soyez très brève.

[Français]

Mme Rachel Bard: Si on tenait vraiment à mettre en oeuvre les soins de santé primaires, il faudrait à la base agir sur le plan de la prévention et de la promotion. Il faudrait aussi considérer l'ensemble du continuum de soins à l'intérieur d'une pratique interprofessionnelle pour pouvoir maximiser la capacité de tous les professionnels, et ce, afin d'éviter des pénuries énormes dans un secteur. Il faut vraiment voir à cela.

[Traduction]

Le président: Monsieur Berthelot, si c'est possible, donnez une réponse succincte.

[Français]

M. Jean-Marie Berthelot: Chacun des gouvernements provinciaux a la volonté de réformer son système de soins de santé pour être en mesure de répondre aux besoins d'une population vieillissante. On regarde ce qui se passe au Danemark, aux Pays-Bas et ailleurs.

Pour ce qui est de l'idée de mettre sur pied un système pancanadien auquel tout le monde devrait se conformer, je pense qu'elle est irréaliste et qu'elle n'est pas nécessairement souhaitable. Dans la diversité, on peut apprendre de l'expérience des autres, de leurs succès et de leurs échecs. Quoi qu'il en soit, il est clair que les gouvernements provinciaux veulent réformer leur système de soins de santé. Ils y travaillent activement, mais changer l'ensemble des services offerts prend du temps.

[Traduction]

Le président: Merci. Le temps est écoulé.

Nous terminerons avec vous, madame Leitch.

Mme Kellie Leitch: Merci beaucoup.

J'aimerais revenir un peu sur les lacunes de compétences. Je sais que nous avons dit que l'âge moyen de la retraite pour une infirmière est de 57 ans, mais je crois que l'âge moyen des infirmières dans la population active est plus élevé. L'âge moyen d'un médecin, du moins en Ontario, est de 53 ans.

Il y a des défis considérables. Avec le vieillissement des professionnels de la santé au pays, je me demande comment vous nous proposez d'augmenter le taux de participation des groupes qui n'occupent traditionnellement pas de tels emplois. Je pense aux femmes autochtones — et M. Sweetman a parlé de postes vacants pour eux à l'Université Queen's — et aux personnes handicapées. Dans le cas de ce dernier groupe, il y a peut-être des choses que nous devrions faire pour leur permettre d'occuper ces emplois, même s'il s'agit de postes assez physiques. Il se peut aussi que des travailleurs plus âgés souhaitent changer de voix et devenir des professionnels de la santé.

Selon vous, comment pouvons-nous combler les lacunes de compétences en mettant l'accent sur ces trois groupes, soit les Autochtones canadiens, les personnes handicapées et les travailleurs plus âgés qui changent de voix pour combler cette lacune?

•(1710)

Mme Rachel Bard: Je dirais certainement que s'il y avait des programmes qui pousseraient en fait davantage les étudiants à entrer... Par exemple, pendant les études universitaires, si un étudiant plus vieux a des enfants, il faut des programmes qui lui permettraient d'arrêter de s'inquiéter durant cette période. Il se pourrait aussi qu'un étudiant ait un parent vieillissant.

Encore une fois, si vous voulez vraiment attirer de nouveau des gens dans ces professions, il faut commencer à regarder les programmes. Nous devons examiner les programmes sociaux. Il faut également évaluer la façon d'offrir des mesures incitatives aux nouveaux diplômés pour les aider à soulager le fardeau qu'est leur dette d'études et rendre plus attrayante, par exemple, la pratique dans une collectivité rurale.

Mme Kellie Leitch: En ce qui concerne la dette d'études, à titre indicatif, notre gouvernement s'est engagé auprès des médecins, des infirmières et des infirmières praticiennes à réduire la dette d'études des nouveaux diplômés qui vont pratiquer dans une région rurale ou éloignée.

Y a-t-il d'autres commentaires à ce sujet?

M. Jean-Marie Berthelot: Lorsqu'il est question de groupes précis, je crois qu'il faut aborder leur culture. Je crois que les membres de ces groupes sont les mieux placés pour répondre à vos questions.

M. Arthur Sweetman: En ce qui a trait aux Autochtones, il y a évidemment beaucoup de travail qui pourrait être fait de ce côté. Comme je l'ai dit plus tôt, je crois que nous devrions mettre en place une fondation solide en finançant les organismes autochtones pour les soutenir et en commençant l'éducation à un plus jeune âge, soit généralement de la maternelle à la 12^e année. Je vous le mentionne, parce que cette fondation est le problème; ce n'est pas l'accès à l'éducation postsecondaire. Du point de vue des établissements, le principal problème est la préparation à l'éducation postsecondaire.

Pour ce qui est de la question de la retraite, il y a des différences marquées d'une profession à l'autre. Comme vous le savez, les médecins ne prennent jamais leur retraite. Le nombre de médecins âgés de plus de 80 ans qui pratiquent encore est très élevé. Les infirmières prennent leur retraite beaucoup plus tôt. Il n'existe pas une solution unique; il y a de nombreuses questions propres aux différentes professions qui doivent être abordées.

En ce qui concerne les gens handicapés, je connais moins bien leur situation, mais mon impression générale est que leur handicap est de moins en moins une barrière dans bon nombre de professions dans le domaine de la santé.

Mme Kellie Leitch: Merci beaucoup.

Me reste-t-il du temps?

Le président: Oui. Il vous en reste, si vous voulez l'utiliser.

Mme Kellie Leitch: Il me reste du temps. Je suis comblée.

Je vais poser une dernière question. En ce qui a trait aux programmes fédéraux actuels, que croyez-vous que le gouvernement

fédéral peut faire pour aborder la grosseur du bassin de travailleurs et répondre aux demandes futures? Nous avons actuellement une gamme de programmes. Parmi ceux qui fonctionnent selon vous, sur lesquels devrions-nous mettre l'accent?

Si vous avez des idées, je vous en serais très reconnaissante. Nous pourrions ainsi savoir ce que vos collègues en disent. Vous avez parlé des prêts étudiants. Y a-t-il autre chose?

Mme Rachel Bard: Nous espérons que le gouvernement fédéral envisage une approche pancanadienne. Il y a un comité sur les ressources humaines, le CCARH, mais ce conseil pourrait faire plus en créant un observatoire pour que nous puissions vraiment commencer à examiner certaines tendances et certaines demandes, les besoins de la population, ainsi que la façon dont nous déployons nos ressources. À mon avis, il y a de bons programmes en place. Il faut essayer d'en tirer le maximum.

L'ICIS est un autre bon programme, mais nous avons recommandé qu'il y ait un identificateur unique pour être en mesure de mieux suivre nos ressources, de connaître leur mobilité et de savoir où elles se déplacent. Je crois que c'est un bon début. Il faut continuer de l'améliorer en vue de pouvoir prendre des décisions fondées sur des preuves.

Une voix: [Note de la rédaction : inaudible]

•(1715)

Mme Kellie Leitch: Vous n'êtes pas obligé de faire de commentaires. C'est correct. Vous avez le droit de passer votre tour.

Le président: Est-ce qu'un autre témoin aimerait faire un commentaire?

M. Arthur Sweetman: Selon moi, le programme canadien de prêts aux étudiants fonctionne raisonnablement bien. Je crois qu'à certains égards nous devrions en être assez fiers.

Pour ce qui est de la formation, les programmes d'information de RHDCC sont bons. Ils ne sont peut-être pas encore excellents, mais je sais qu'il y a actuellement beaucoup de travail en vue d'offrir des renseignements sur le marché du travail et je crois qu'on fait de vrais changements. Selon moi, les changements qui ont été faits et qui sont en train de se faire du côté de l'immigration sont très positifs. Je crois qu'il existe des solutions réelles à de véritables problèmes.

Bref, je crois que beaucoup de bonnes choses sont en train de se faire ou ont déjà été faites.

Mme Kellie Leitch: Merci.

Le président: Merci beaucoup d'avoir pris le temps de témoigner devant notre comité et de nous avoir fait part de vos observations et de vos suggestions concernant le sujet de notre étude. Soyez certains que nous vous en sommes reconnaissants. Merci d'être venus.

Nous allons suspendre les travaux quelques instants. Nous avons des travaux du comité à examiner. Je demande donc aux membres du comité de bien vouloir encore patienter deux ou trois minutes.

Merci.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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>