



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 005 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 25 mars 2010

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 25 mars 2010

•(0905)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour, tout le monde, et bienvenue au comité de la santé.

Je suis très heureuse de rencontrer nos merveilleux invités aujourd'hui.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous allons reprendre notre étude sur les ressources humaines en santé.

Je veux souhaiter la bienvenue à tous nos invités aujourd'hui. Nous sommes très engagés dans notre étude sur les ressources humaines en santé. Vous recevoir est extrêmement utile pour le comité.

Chacun d'entre vous fera une déclaration de cinq minutes, puis nous aurons nos questions, parce que je pense qu'il est très utile pour le comité d'avoir l'occasion de procéder ainsi.

Nous allons commencer avec Rhonda Goodtrack, directrice de l'éducation et secrétaire-trésorière de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

Rhonda, pouvez-vous faire votre déclaration?

Mme Rhonda Goodtrack (directrice de l'éducation, secrétaire-trésorière, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada): Bonjour, et merci beaucoup de me donner l'occasion de prendre la parole.

Je vais parler du mémoire que nous avons distribué la semaine dernière. Je vais parler des trois premiers points, qui se trouvent à la page deux.

Le premier point est l'amélioration des compétences scientifiques, mathématiques et linguistiques. Souvent, les étudiants qui s'engagent dans notre programme de sciences infirmières présentent des lacunes dans ces domaines. Au niveau universitaire, nous avons des programmes de transition pour aider ces étudiants à avoir du succès dans leurs cours de mathématiques, de sciences et d'anglais. Les programmes de transition sont structurés ainsi: des classes plus petites et plus d'enseignement individuel. Les étudiants peuvent suivre les cours d'anglais pendant l'été, dans un cadre plus détendu, afin d'acquérir les compétences en lecture et en écriture qu'il leur faut avant le début des cours à l'université. Aussi, les étudiants commencent à s'adapter à la vie universitaire et à ses exigences. Nous devons maintenir le financement des programmes de transition et des autres programmes du genre.

Le deuxième point concerne l'incertitude financière et les autres contraintes. Un de nos étudiants est un infirmier auxiliaire autorisé. Il veut obtenir son diplôme en sciences infirmières pour devenir infirmier autorisé, parce qu'il sait qu'il y a plus d'occasions d'emploi pour ceux-ci. Il est venu à l'école sans pouvoir obtenir un prêt étudiant parce que sa femme et lui travaillent tous les deux. Il a pris un congé parental et a demandé une ligne de crédit. Il travaille en tant qu'infirmier auxiliaire autorisé et suit des cours en sciences

infirmières à plein temps. Vous vous doutez bien qu'il n'a pu consacrer autant de temps qu'il aurait souhaité aux cours en sciences infirmières.

Récemment, il a découvert que le financement qu'il cherchait à obtenir auprès d'une institution métisse en Saskatchewan ne lui serait pas accordé pour financer ses études en sciences infirmières. Il a abandonné ses études, et nous ne savons pas s'il va revenir pour obtenir son diplôme en sciences infirmières. C'est malheureux, parce qu'il est l'excellent exemple dont nos jeunes hommes ont beaucoup besoin.

La définition de ce qu'est un étudiant à plein temps est une autre des contraintes en matière de financement, comme en témoignent les différences qui existent entre les deux cas dont je vais vous parler. L'université définit un étudiant à plein temps comme quelqu'un qui est inscrit à trois cours, mais pour les politiques des réserves en matière d'éducation postsecondaire, c'est quatre cours qu'il faut. Il y a donc une différence. Pour obtenir l'allocation de subsistance de même que les allocations pour les frais de scolarité et les livres d'un étudiant à plein temps, ils doivent suivre quatre cours. Il ne fait pas de doute qu'en sciences infirmières, les cours sont très intensifs.

Le troisième point est l'aide récurrente aux établissements scolaires. Réserver des places aux Autochtones est très important, et quand c'est mis en application, vous pouvez voir la différence. Nous sommes passés de trois places réservées en Saskatchewan à 104 à Régina, Saskatoon et Prince Albert. En ce moment, en Saskatchewan, plus de 200 étudiants autochtones sont inscrits dans un programme de sciences infirmières, dans les programmes de premier cycle et les programmes d'études supérieures. En février 2009, la SRNA, notre organisme de réglementation professionnelle, a recensé 442 infirmiers autorisés autochtones déclarés. Il y en a plus, mais nous en avons au moins 442. Ce chiffre va changer en 2010.

Il est très important d'incorporer la culture autochtone dans notre programme de sciences infirmières. Nous desservons notre peuple de plus en plus. Notre population de base a augmenté. Il est très important d'incorporer des connaissances autochtones dans notre programme pour que nous puissions mieux desservir nos collectivités. Nous avons besoin de plus d'universitaires autochtones dans les établissements ordinaires. C'est sur ces établissements que reposera la majorité du travail de l'éducation de notre peuple. Nous avons besoin de bourses d'études consacrées aux étudiants autochtones. Nous avons besoin que des symboles soient visibles partout sur le campus, et non seulement dans le bureau de quelqu'un. Nous avons besoin d'un endroit où les Autochtones peuvent se rassembler. Cela crée un sentiment d'appartenance pour les personnes des régions éloignées. Cela leur permet aussi de se retrouver, de s'éloigner de la société en général.

À ces endroits, vous trouverez des conseillers pédagogiques autochtones. Ils peuvent aider les étudiants à s'adapter à la vie étudiante et à trouver les ressources qui vont les aider à réussir. On fait appel aux étudiants ambassadeurs pour les services d'approche communautaire. Ils sont nos modèles de rôle. Ils se rendent dans les collectivités, établissent des rapports avec les étudiants et partagent leur expérience.

À l'Université de la Saskatchewan, nous avons des camps préparatoires aux études en sciences infirmières. Nous accueillons 20 jeunes Autochtones de partout dans la province. Ils passent deux semaines sur le campus et font l'expérience de la vie étudiante. C'est une façon de démystifier la vie sur le campus universitaire. Cela leur permet de rencontrer le personnel et le corps professoral, ainsi que d'assister à des petits exposés, entre autres.

J'ai écouté mes cinq minutes. Merci, madame la présidente.

• (0910)

La présidente: En fait, je vous ai accordé un peu plus de cinq minutes.

Mme Rhonda Goodtrack: Probablement. J'ai pensé...

La présidente: Votre déclaration était tellement bonne.

Mme Rhonda Goodtrack: Merci beaucoup. C'est très apprécié.

La présidente: Nous poursuivons maintenant avec la Dre Marcia Anderson, ancienne présidente de l'Indigenous Physicians Association of Canada.

Dre Marcia Anderson (ancienne présidente, Indigenous Physicians Association of Canada): Merci de nous fournir l'occasion d'être ici aujourd'hui.

L'Indigenous Physicians Association of Canada est une association de médecins et d'étudiants en médecine des premières nations, inuits et métis bénévoles qui entretiennent une vision des peuples, des collectivités, des familles et des personnes autochtones comme étant en santé et dynamique. Ils sont appuyés par de nombreux médecins autochtones érudits qui bénéficient d'un grand appui et qui travaillent en partenariat avec d'autres personnes qui partagent cette vision avec nous.

Depuis 2004, notre organisme est l'un des chefs de file du développement de la main-d'œuvre médicale au Canada, grâce à la promotion du recrutement et du maintien en fonction des étudiants en médecine des premières nations, inuits et métis et de l'élaboration d'un programme éducatif visant à accroître la capacité de tous les médecins du Canada de fournir des soins de qualité supérieure respectant les valeurs culturelles pour les patients des premières nations, inuits et métis.

Jusqu'à maintenant, nous avons travaillé en collaboration avec d'autres organismes, tels que l'Association des facultés de médecine du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et des organismes autochtones nationaux. Je suis heureuse des progrès que nous avons accomplis au chapitre de l'élaboration d'excellent matériel didactique essentiel que les 17 facultés de médecine pourront utiliser pendant la mise en œuvre, sur le terrain, des politiques de recrutement et de maintien en fonction et des programmes éducatifs en santé pour les Autochtones. Cette information se trouve sur notre site Web, y compris *First Nations, Inuit, Métis Health Core Competencies: A Curriculum Framework for Undergraduate Medical Education; IPAC-AFMC Pre-Admissions Support Toolkit for First Nations, Inuit, Métis Students into Medicine*, et des modules éducatifs sur la médecine familiale, la santé mentale, l'obstétrique et la gynécologie destinés à être utilisés

dans les programmes d'études supérieures et de formation médicale continue.

Nous avons applaudi ces réalisations, mais il nous reste beaucoup de travail à accomplir. Nous devons garder à l'esprit qu'il faut au moins neuf années pour former un médecin et que le développement de la main-d'œuvre médicale autochtone requiert que nous augmentions le nombre d'étudiants qui complètent leurs études secondaires, qui terminent avec succès les cours universitaires de premier cycle requis, qui satisfont aux exigences d'admission à la faculté de médecine, qui terminent leurs études en médecine, qui s'inscrivent à un programme de résidence et qui complètent un programme de résidence. Bien que je sois reconnaissante que l'initiative sur les ressources humaines en santé autochtone soit reconduite pour une période de deux ans, je suis préoccupée par le fait que les changements qui sont toujours nécessaires à tous les niveaux d'enseignement, que je viens tout juste d'énumérer, ne sont pas réalisables au cours de cette période, et que l'étudiant qui a commencé sa formation médicale au début du programme IRHSA ne l'aura pas terminée avant la fin de la période de financement de deux ans. L'atteinte des objectifs importants en matière de ressources humaines en santé autochtone exige un engagement à long terme et des investissements continus.

De plus, en notre qualité d'organisme professionnel national, nous devons maintenir notre capacité d'être l'un des chefs de file du développement de la main-d'œuvre médicale au Canada. Nous occupons une place privilégiée en raison du fait que nous combinons formation médicale, savoir-faire en santé autochtone, relations avec les collectivités autochtones et connaissance des procédés approuvés, ce qui nous permettra de continuer à guider nos organismes partenaires et les facultés de médecine pendant que nous tentons de faire en sorte que les programmes éducatifs soient mis en œuvre dans les 17 écoles et à tous les niveaux d'enseignement. Nous voulons aussi aider davantage d'étudiants à s'inscrire et à faire avec succès des études en médecine.

L'IPAC continue à chercher des moyens pour favoriser et faciliter cette mise en œuvre. Grâce à un tel appui, nous pourrions encore une fois envoyer une délégation importante à la Conférence canadienne sur l'éducation médicale, la plus importante conférence nationale sur l'éducation médicale. C'est une occasion rêvée de rencontrer des doyens, des administrateurs et d'autres éducateurs autochtones en matière de santé. À la conférence de l'an dernier, le Dr Barry Lavallee, Charlene Hellson et moi avons organisé une assemblée plénière sur le respect des valeurs culturelles et sur la santé des Autochtones qui a tiré des larmes à une multitude de participants et nous a valu une ovation, ce qui n'était jamais arrivé auparavant à cette conférence.

J'en parle parce que le goût du changement et la réceptivité au changement concernant le développement de la main-d'œuvre médicale autochtone n'ont jamais été aussi apparents. Nous devons continuer à promouvoir cette idée en maintenant les groupes de travail d'éducateurs autochtones en matière de santé, en réévaluant les projets en cours et en nous appuyant sur les leçons que nous avons apprises. Nous devons aussi publier un livre sur les médecins et les étudiants en médecine autochtones qui sont de bons modèles afin d'inspirer nos jeunes, mettre sur pied des cours destinés à aider les étudiants des premières nations et les étudiants inuits et métis à se préparer aux entrevues d'admission à la faculté de médecine. De plus, nous voulons progresser dans la conception d'un manuel sur la santé autochtone que nous préparons en collaboration avec la Société de la médecine rurale du Canada. Pour ce faire, nous allons entretenir des liens étroits avec nos frères et soeurs autochtones à l'échelle internationale.

L'IPAC a le privilège d'être l'hôte du Pacific Region Indigenous Doctors Congress, qui aura lieu en août 2010 à Whistler, en Colombie-Britannique. La conférence réunira des représentants du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, des États-Unis, d'Hawaï, de Taïwan et du Territoire sous tutelle des îles du Pacifique. Je suis la présidente actuelle de la conférence.

Le PRIDoC va réunir au Canada des chercheurs, des cliniciens et des éducateurs du domaine de la santé reconnus à l'échelle internationale. Ce sera très bénéfique pour nos étudiants et nos médecins et, par conséquent, pour nos collègues et nos patients. La conférence est une excellente occasion de développer et d'entretenir des programmes de mentorat et des partenariats internationaux dans des domaines qui sont des priorités mutuelles, tels que le développement de la main-d'œuvre médicale, l'application des connaissances et le perfectionnement professionnel.

● (0915)

Je ne veux pas sous-estimer l'importance de l'appui des pairs pour les médecins autochtones, étant donné l'ampleur de la charge de travail, le niveau de stress élevé et le taux d'épuisement professionnel élevé qui en résulte. C'est un aspect essentiel du maintien en fonction que l'on oublie souvent.

Nous avons précédemment demandé, pour cette importante conférence, l'aide de Santé Canada en vertu du Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé, et nous travaillons avec la Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé et avec l'IRHSA pour obtenir l'appui de Santé Canada. En raison du lien direct de la conférence avec le développement des ressources humaines en santé autochtone, j'ai bon espoir que nous recevrons bientôt de bonnes nouvelles concernant l'appui de Santé Canada à cette conférence de haut niveau.

En terminant, j'aimerais remercier, au nom de l'IPAC, le personnel de l'IRHSA qui a travaillé avec nous et qui nous a appuyés dans notre rôle de chef de file du développement de la main-d'œuvre en santé au Canada.

Nous sommes toujours engagés à améliorer la main d'œuvre médicale qui s'occupe des peuples des premières nations, des Inuits et des Métis en augmentant le nombre de médecins autochtones et en offrant une meilleure formation à tous les médecins, de manière à fournir des soins de qualité supérieure respectant les valeurs culturelles. Nous espérons que nous pouvons compter sur un engagement et un financement continu jusqu'à ce que nos objectifs communs soient atteints.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, docteure, pour vos remarques très judicieuses. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Nous poursuivons avec Isabelle Verret, agente de programme de l'Initiative relative aux ressources humaines en santé autochtone. J'ai cru comprendre, Isabelle, que vous souffrez quelque peu de laryngite, mais que vous allez persévérer et faire de votre mieux.

Merci.

[Français]

Mme Isabelle Verret (agente de programme, Initiative relative aux ressources humaines en santé autochtone, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador): *Koey*, bonjour.

Je suis Isabelle Verret, agente de programme pour l'Initiative relative aux ressources humaines en santé autochtone. Je suis accompagnée de mon collègue, Michel Deschênes, qui est analyste des politiques. Nous travaillons à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

Nous désirons remercier le Comité permanent de la santé de son invitation à venir présenter ce document dans le cadre des comparutions sur les ressources en santé chez les Premières nations. Nous espérons que votre gouvernement tiendra compte des réalités des Premières nations et que les éléments présentés dans le présent document serviront de base pour l'établissement d'un partenariat véritable dans le cadre duquel les représentants du gouvernement canadien traitent à égalité avec les représentants politiques des Premières nations, dans le but de développer des politiques et de mettre en place des mesures appropriées.

Créée en 1994, par l'Assemblée des Chefs des Premières Nations du Québec et du Labrador, la commission a pour but d'assister les communautés et les organismes des Premières nations dans la défense, le maintien et l'exercice des droits inhérents en matière de santé et de services sociaux, et les aide dans la réalisation et le développement de ces programmes.

Sous l'égide de la commission, les communautés des Premières nations du Québec se sont dotées du Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec couvrant la période de 2007 à 2017. Il s'agit d'un processus d'apprentissage important pour développer leurs capacités, dans le but d'exercer leurs droits à la gestion de leurs programmes et de leurs services.

Au Québec, 42 p. 100 de notre population est âgée de moins de 25 ans, et les Premières nations représentent près de 71 000 personnes. Il y a 10 nations réparties dans plus de 40 communautés. Il est à noter que près de 70 p. 100 de notre population réside dans les communautés.

Certaines communautés des Premières nations vivent dans des conditions qui s'apparentent à celles des pays du tiers monde: logements insalubres, surpopulation, problèmes d'eau, écoles désuètes, sous-emploi, pauvreté, etc. Le taux de dépendance à l'aide sociale peut atteindre, dans certaines communautés, plus de 50 p. 100. On peut facilement le percevoir, ce contexte difficile impose des contraintes particulières en matière d'éducation dans les communautés, notamment celle du décrochage scolaire.

Selon les données d'une enquête menée en 2002 dans les communautés du Québec, plus de la moitié des adultes ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires. Chez les jeunes, cette proportion semble difficile à renverser, puisque la moitié des adolescents ont déjà doublé une année scolaire.

En effet, il est évident que pour permettre le développement des ressources humaines en santé chez les Premières nations du Québec, il faut d'abord leur permettre un accès plus facile à l'éducation primaire et secondaire de façon à ce qu'elle soit comparable à ce dont bénéficie l'ensemble de la population.

Pour faciliter l'accès à l'éducation de base, il faut d'abord un financement adéquat des écoles et des communautés, afin qu'elles puissent se doter de personnel et d'infrastructures nécessaires pour donner des services appropriés.

De plus, un effort particulier devrait être fait pour adapter l'enseignement à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté. À cet égard, sensibiliser les professeurs autochtones à la culture et à la société des Premières nations pour mieux comprendre leurs élèves faciliterait leur apprentissage et rendrait ainsi le milieu scolaire plus stimulant.

Seulement 3 p. 100 des étudiants des Premières nations atteindraient les exigences d'accès à l'éducation postsecondaire. Pour ceux qui, malgré tout, franchissent ces obstacles, plusieurs autres facteurs rendent difficile la poursuite de leurs études. Parmi ceux-ci, mentionnons: l'éloignement des institutions de formation spécialisées en santé et services sociaux, qui impliquent de longues périodes d'étude loin de leur famille, leurs amis et de leur communauté; la faiblesse des mesures incitatives et de l'information sur les formations en santé qui sont offertes ou accessibles dans les institutions d'enseignement provinciales; la difficulté à maîtriser la langue d'enseignement; le racisme vécu par les Autochtones lorsqu'ils quittent leur communauté.

De plus, en raison du haut taux de décrochage scolaire, plusieurs étudiants sont devenus de jeunes adultes ayant déjà fondé leur famille, qui doivent composer avec les obligations qui en découlent. Or, non seulement ceux-ci ont besoin d'un financement additionnel, mais ils doivent aussi bénéficier d'un meilleur accès à des logements familiaux, à des garderies pour leurs enfants, et des efforts doivent être consacrés à la création d'activités parascolaires adaptées, afin de leur permettre de maintenir une vie sociale équilibrée malgré l'éloignement de leur famille et de leur communauté.

Le financement pour le recrutement et la rétention des professionnels de la santé est nettement inférieur à celui des établissements de santé du réseau québécois. Dans un tel contexte, l'attrait du réseau québécois est indéniable pour les diplômés des Premières nations. De plus, il y a peu de mesures de soutien et d'intégration des professionnels de la santé dans les communautés. Des mécanismes bien établis devraient être mis en place pour combler cette lacune.

Malgré les obstacles structurels rencontrés dans le développement des ressources en santé des Premières nations, nous tenons quand même, avant de conclure, à énumérer quelques exemples d'initiatives et pratiques exemplaires qui ont été réalisées au Québec en matière de recrutement et de rétention des intervenants et professionnels de la santé des Premières nations.

• (0920)

Il y a une formation intervention jeunesse à l'Université du Québec à Chicoutimi, l'UQAC, et un programme des facultés de médecine avec un contingent autochtone. Plusieurs communautés ont créé leurs propres initiatives de collaboration pour ce qui est des formations spécifiques offertes à leur population, par exemple, le Centre de développement et de formation de la main-d'œuvre à Wendake, le Job Education Training Association of Kanawake et plusieurs autres.

En terminant, le développement des ressources humaines en santé chez les Premières nations est un enjeu fort complexe qui requiert la participation d'un grand nombre de partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux impliqués tant dans le domaine de l'éducation que dans celui de la santé. On ne peut mettre en place des solutions uniformes pour l'ensemble du Canada puisque les besoins diffèrent selon les régions. Les solutions apportées doivent être adaptées en tenant compte du contexte particulier qui existe dans celles-ci. Cette différence se manifeste tout particulièrement au Québec.

Nous recommandons que le gouvernement fédéral encourage et soutienne financièrement les Premières nations pour qu'elles réalisent leur propre planification stratégique à l'échelle des régions en matière de développement des ressources humaines en santé; qu'en ce qui concerne le Québec, le gouvernement fédéral accepte d'orienter ses programmes et ses politiques conformément au cadre établi dans le plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec 2007-2017; que le gouvernement fédéral favorise le développement des institutions postsecondaires spécifiques aux Premières nations, en partenariat avec les collègues, les universités et les instances concernées des Premières nations; que le gouvernement fédéral soutienne financièrement les initiatives d'encadrement, de soutien et d'adaptation culturelle visant à prévenir le décrochage tout au long du cheminement académique des Premières nations; que le gouvernement fédéral accepte d'augmenter son financement de façon à permettre aux Premières nations de bénéficier de services d'éducation comparables à celui de l'ensemble de la population; que le programme nommé Initiative aux recherches humaines en santé autochtone soit prolongé et que ses modalités d'application soient plus claires et correspondent mieux aux besoins régionaux des Premières nations.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup. Je sais que vous avez essayé de passer au travers; je vous ai donc accordé un peu plus de temps.

Nous poursuivons avec Valorie Whetung, directrice du Centre des Premières nations.

Bienvenue.

Mme Valorie Whetung (directrice, Centre des Premières nations, Organisation nationale de la santé autochtone): Merci d'avoir invité l'Organisation nationale de la santé autochtone à prendre la parole ce matin. Je suis ici au nom de Paulette Tremblay, qui a été incapable de venir.

Je suis une Ojibway et je suis membre de la première nation de Curve Lake. En tant que directrice du Centre des Premières nations, je suis responsable de m'assurer que nous faisons de la recherche de haute qualité qui répond aux besoins des collectivités. En fait, demain, je vais participer à un salon de l'emploi dans le domaine de la santé dans les réserves pour parler à des étudiants afin de tenter de les encourager à poursuivre une carrière dans le domaine de la santé. C'est un problème pour nous.

Nous avons une population jeune. Comme vous le savez à partir des données statistiques, la moitié de la population inuite est âgée de 22 ans ou moins, la moitié de la population des premières nations est âgée de 25 ans ou moins et la moitié de la population métisse est âgée de 30 ans ou moins. Cela se compare à une population canadienne dont l'âge médian est de 40 ans.

Nous avons beaucoup d'enjeux en termes de ressources humaines en santé dont on doit s'occuper pour tenter de corriger les disparités qui existent entre les peuples autochtones au Canada et les autres Canadiens. Le manque de membres des premières nations travaillant dans le domaine des soins de santé est un enjeu. D'autres enjeux sont le recrutement et la rétention des professionnels des soins de santé chez les premières nations; le besoin d'autodétermination dans la gestion des ressources humaines en santé; la reconnaissance de la légitimité des ressources humaines en santé traditionnelles dans le système des soins de santé, comme les guérisseurs traditionnels, les sages-femmes et les aînés.

En 2007, l'ONSA a réalisé une enquête complète et détaillée dans le but de dresser un portrait des ressources humaines en santé autochtone au Canada. Selon cette enquête, il y aurait un manque général de données permettant d'identifier les membres des premières nations qui travaillent dans le domaine des soins de santé. Par exemple, en Saskatchewan, seulement 3,7 p. 100 des travailleurs de la santé se sont identifiés comme Autochtones, alors que cette population représentait 8,5 p. 100 de la population active selon Statistique Canada. Les données sont limitées, mais là où nous en avons, nous savons qu'il y a un nombre disproportionné de professionnels de la santé chez les premières nations.

Une solution possible consisterait à améliorer l'accès à la formation pour les membres des premières nations désirant exercer une profession dans le domaine de la santé. Cela peut sembler simple, mais il y a des obstacles à l'accès à la formation qui sont propres aux premières nations. Premièrement, les conditions d'admission peuvent être difficiles à satisfaire. Cela s'explique par le fait que le taux d'achèvement des études secondaires est beaucoup plus faible que chez les autres Canadiens. Parmi ceux qui terminent leurs études secondaires, très peu ont suivi des cours de sciences exactes. Ces matières sont nécessaires pour accéder à des professions dans le domaine de la santé. Il faut se concentrer davantage sur les mathématiques et sur les sciences à l'élémentaire.

Il est important de noter que le financement proportionnel au nombre d'étudiants des premières nations représente moins des deux tiers de celui des autres Canadiens. En 2008, Jean Charest a déclaré dans *Le Devoir* que les dépenses sur l'éducation des enfants des premières nations représentent moins de la moitié des montants dépensés sur l'éducation des enfants des communautés non autochtones.

Pour encourager les membres des premières nations à poursuivre une carrière dans le domaine de la santé, il est nécessaire d'investir dans l'éducation aux niveaux primaire et secondaire.

Parmi les étudiants qui entreprennent une formation médicale, il y a un taux d'abandon élevé. Même parmi ceux qui ont terminé leurs études, certains affirment avoir dû surmonter des obstacles pour terminer leur programme. Selon le recensement de 2006, seulement 240 personnes qui se sont identifiées comme membres des premières nations ont obtenu un diplôme en médecine, en médecine vétérinaire ou en dentisterie.

Les étapes d'admission à un programme de formation médicale peuvent être difficiles à franchir. Mais les frais qui sont associés à cette formation constituent un obstacle encore plus difficile. Étant donné que les étudiants des premières nations vivent souvent dans la pauvreté, le financement peut constituer un énorme obstacle, surtout que les membres des premières nations ont tendance à abandonner leurs études secondaires et à retourner aux études en tant qu'adultes ayant des enfants. Ils ne viennent pas de familles riches exerçant beaucoup d'influence, de familles de médecins praticiens qui

pourraient les aider. S'ils répondent aux conditions pour recevoir du financement de leur première nation, l'allocation est insuffisante et ils doivent trouver un emploi ou obtenir de l'aide de leur famille. L'accès à des prêts étudiants est limité pour ces personnes si elles reçoivent une aide à l'éducation de leur première nation.

Le besoin d'autodétermination dans la gestion des ressources humaines en santé est un élément essentiel à la lutte contre les injustices qui existent pour les peuples des premières nations. Il est clair qu'un effort concerté de la part des premières nations, des gouvernements et des groupes de professionnels de la santé améliorera les choses. La recherche a démontré que le contrôle est une condition préalable nécessaire à l'amélioration.

● (0925)

Enfin, il est important pour les premières nations que le système de soins de santé reconnaisse formellement la valeur et la légitimité des ressources humaines en soins de santé traditionnels. Les bienfaits du savoir et des praticiens traditionnels ont été sous-estimés et discrédités par la médecine occidentale. N'oublions pas que dans un passé relativement récent, certaines de ces pratiques étaient illégales.

La sécurité culturelle est une question qui se pose sans cesse et les professionnels de la santé dans la population dominante commencent peu à peu à reconnaître les contributions importantes apportées par les guérisseurs traditionnels, les sages-femmes et les aînés. Il serait souhaitable d'étendre l'initiative de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et des Instituts de recherche en santé du Canada pour examiner les bienfaits des médecines traditionnelles et des pratiques culturelles dans les soins de santé.

Le Centre des Premières nations aide les parents célibataires qui poursuivent une carrière en santé par le biais d'un programme de bourses. L'an dernier, il y a eu plus de 80 candidats, mais notre budget ne permettait d'accorder que cinq bourses. Le nombre de candidats souligne l'importance de soutenir les membres des premières nations qui veulent poursuivre une carrière dans le domaine de la santé.

Maintenant, j'aimerais parler des questions qui ont été soulevées par les Inuits.

Les ressources humaines en santé constituent une question de haute priorité pour les Inuits. À l'heure actuelle, la majorité du personnel en soins de santé travaillant dans les communautés inuites...

● (0930)

La présidente: Excusez-moi, Valorie, en avez-vous encore pour longtemps? Je vous ai accordé pas mal de temps supplémentaire.

Mme Valorie Whetung: Vraiment?

La présidente: Oui, vraiment, mais vous savez, nous aurons des questions.

Mme Valorie Whetung: Est-ce que je peux présenter rapidement les quatre points soulevés par les Inuits?

La présidente: Oui, évidemment. Allez-y.

Mme Valorie Whetung: Les quatre points soulevés par les Inuits sont le manque de compréhension entre les fournisseurs de soins et les patients; le roulement de personnel élevé et le manque de continuité des soins; le manque de confiance et d'autres problèmes découlant des différences entre les langues et les cultures et une prestation de soins de santé coûteuse.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup. Vous aurez l'occasion de parler de certaines de ces choses en réponse aux questions.

Nous allons maintenant passer à notre premier tour, de sept minutes... Désolée, avons-nous une autre personne? Oui, veuillez m'excuser.

Nous accueillons Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire. Nous serons très heureux de vous entendre.

Mme Debbie Dedam-Montour (directrice exécutive, Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire): Très bien.

Notre organisme travaille au nom des représentants en santé communautaire, les RSC. Les RSC sont des fournisseurs auxiliaires de soins en santé de première ligne au service des collectivités des premières nations et inuites depuis près de 50 ans. Bon nombre de ces collectivités sont situées dans des régions éloignées ou isolées. Les tâches des RSC comprennent l'éducation en matière de santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies fondées sur un concept de bien-être dans lequel le corps, le cerveau, l'esprit et l'âme sont interreliés. Le continuum de la santé autochtone est perçu en termes de bien-être, et non de maladie.

En tant qu'organisme, nous faisons tout ce que nous pouvons pour fournir une séance de formation nationale annuelle faisant la promotion de la santé globale pour renforcer les capacités à l'égard des divers enjeux comme le diabète, l'abus des médicaments d'ordonnance, le renoncement au tabagisme, la mort subite du nourrisson, le VIH/sida et le maintien de l'activité chez les aînés autochtones.

Les besoins de santé et les besoins en matière de ressources humaines sont une question de justice et de droit, le droit de voir ses besoins de santé fondamentaux comblés et le droit à des protections fondamentales en matière de santé. C'est pour cette raison que je suis ici; pour présenter les besoins et les enjeux concernant les ressources humaines dans le domaine de la santé auxquels sont confrontés les RSC. Je vais parler de certaines questions connexes, comme les besoins de la communauté et les besoins en soins infirmiers.

Dès 1943, à l'époque où ce qui s'appelait alors le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social assumait la responsabilité pour les services de santé des Indiens, on a mis l'accent sur la création d'établissements de santé et sur les professionnels de la santé qui travaillent dans ces établissements dans les régions éloignées. En 1958, une approche différente a été adoptée qui a mené, en 1962, au lancement d'un programme de soins de santé primaires comportant 11 sites pilotes de RSC. L'élément fondamental du programme était la formation des Indiens et des Inuits en tant que travailleurs dans le domaine des soins de santé primaires pour leur permettre de jouer un rôle qui prolongeait le système de soins de santé. Au moment où l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire a été incorporée, en 1992, on estimait qu'il y avait 717 représentants indiens et inuits.

En ce qui concerne les besoins de santé et les ressources humaines, il n'est ni raisonnable ni juste que l'on s'attende que les premières nations assurent des niveaux accrus de soins de santé communautaires, d'une qualité supérieure, avec un financement qui ne tient pas compte de la croissance de la population survenue au cours des 20 dernières années ni des coûts actuels. De plus, le nombre de postes de RSC ou le financement associé est demeuré inchangé depuis 1990, année de l'introduction de la politique de transfert des services de santé aux premières nations et aux Inuits de la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits. Une stratégie de transformation des soins infirmiers a été mise en œuvre vers 2004 qui assurait un poste d'infirmière de plus dans les

postes de soins infirmiers éloignés seulement. Partout ailleurs, le nombre de postes d'infirmières est demeuré le même depuis le milieu des années 1990.

Lorsqu'on pense aux ressources humaines en santé du point de vue des premières nations et des Inuits, notre liste — et je devrais dire compte tenu de l'ONRIISC et de nombreuses collectivités —, compte des médecins, lorsqu'il y en a de disponibles, des infirmières lorsque c'est possible, mais plus important encore, nous pensons à la main-d'œuvre stable, les travailleurs qui viennent de ces collectivités et qui vivent dans ces dernières. Nous pensons aux représentants en santé communautaire, un auxiliaire, et comment ce rôle a facilité le développement communautaire par l'introduction de divers programmes de santé, comme le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les autochtones, le Programme canadien de nutrition prénatale et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones.

La variété des tâches des RSC est très étendue. Ils travaillent avec tous les membres de la collectivité à toutes les étapes de la vie, depuis la promotion d'une bonne santé avant la grossesse jusqu'au réconfort offert aux gens à la fin de leur vie. Ils sont des acteurs clés dans la prestation des services dans un contexte local, une bouée de sauvetage en santé communautaire. Et pourtant, de nombreux RSC manquent de soutien. Les RSC et les infirmières sont absolument nécessaires pour la prestation des services de santé de base axés sur la communauté, qui, au strict minimum, comprennent des activités de vaccination, de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les maladies transmissibles.

Au cours de la préparation de cet exposé, j'ai examiné l'étude d'évaluation de programme des RSC de 1983-1984. Les recommandations formulées à la suite de cette étude n'ont toujours pas été mises en application: financement de la formation des RSC, adoption d'une approche systématique pour la formation, recours à des RSC comme formateurs, méthode d'affectation des ressources des RSC, formation avancée et coordonnateurs des RSC.

Bien que cette étude d'évaluation date de plus de 25 ans, la situation est demeurée inchangée. Les besoins des RSC continuent d'être l'accès à la formation, des salaires concurrentiels et la définition de leur champ d'activité, étant donné qu'on constate une telle diversité dans ce rôle partout au pays.

● (0935)

La Commission royale sur les peuples autochtones a déclaré que le programme des RSC « est une des initiatives qui a le mieux contribué à la participation des Autochtones à la promotion de la santé des Autochtones ». Elle a ajouté que les RSC « peuvent notamment beaucoup aider les collectivités autochtones et les individus à assumer leurs responsabilités personnelles et collectives en matière de santé. » On pourrait croire que de telles affirmations ouvriraient la porte à un plus grand soutien aux RSC et à un renforcement de leur capacité.

Malheureusement, au lieu de constater un meilleur appui à ce programme et à ses importants fournisseurs auxiliaires de soins de santé de première ligne dans les collectivités des premières nations et inuites, nous avons été témoins du fait que le programme des RSC a été retiré du compendium des programmes à l'échelle fédérale. D'autres réductions des fonds de soutien à l'organisme national des RSC ont été effectuées en l'an 2000.

Grâce à notre initiative appelée *Road to Competency*, nous avons établi une liste de sept compétences essentielles des RSC et de 22 sous-compétences. Ces compétences serviront à faciliter l'élaboration des programmes de formation pour les RSC. Avec l'appui de l'Assemblée des Premières Nations, nous espérons amener cette question dans les régions pour des consultations qui mèneront à l'élaboration de programmes de formation pour les RSC dans chaque région du Canada.

Un fournisseur de soins de santé communautaire bien formé connaît sa collectivité et jouit de la confiance de la population; il peut travailler avec les gens sur les facteurs modifiables dans le but de prolonger l'espérance de vie, c'est-à-dire le mode de vie, l'alimentation, l'exercice, la conduite sécuritaire, la réduction de la consommation de tabac et la facilitation de l'accès aux soins de santé. Tous ces facteurs s'inscrivent dans les fonctions des RSC. Ces derniers peuvent avoir des effets positifs, mais, pour cela, ils ont besoin de formation, d'éducation permanente, de ressources suffisantes et appropriées sur le plan culturel, et d'équité salariale.

Certaines personnes affirment que le rôle des RSC a diminué et que les collectivités n'embauchent plus de ces personnes. L'ON-RIISC a constaté que l'on est en train de redéfinir le titre de RSC. Plutôt que de renforcer les capacités et d'accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé auxiliaires, on crée de nouveaux postes au sein du programme. Ces nouveaux travailleurs font le même travail que les RSC font depuis près de 50 ans.

Si l'on considère le manque de professionnels de la santé au pays, il est important plus que jamais de travailler à accroître le nombre de RSC et à renforcer leur capacité. Cela est particulièrement important pour les collectivités éloignées et isolées des premières nations et inuites, car ils vivent des périodes au cours desquelles aucune infirmière n'est disponible et où ils n'ont accès qu'à des médecins se déplaçant en avion. Le temps que ces professionnels de la santé passent dans les collectivités est limité et cela ne favorise pas la continuité ni l'établissement de relations de confiance, qui sont des éléments qui donnent de meilleurs résultats en matière de santé.

La principale question, c'est qu'il doit y avoir une politique ou une formule pour corriger le financement de base des ententes de transfert en santé. Ce financement était fondé sur les populations au moment du transfert des services de santé au début des années 1990.

Appuyez les collectivités des premières nations et inuites avec un financement approprié pour répondre aux besoins croissants d'une population croissante. Appuyez la formation des RSC de manière qu'ils puissent évoluer pour répondre aux besoins actuels et futurs des collectivités.

● (0940)

La présidente: Excusez-moi, Debbie. Avez-vous encore beaucoup de choses à dire? Je vous ai donné beaucoup de temps supplémentaire.

Mme Debbie Dedam-Montour: Il ne me reste que quelques lignes, si vous le permettez.

La présidente: Très bien.

Mme Debbie Dedam-Montour: Appuyez les RSC par une politique qui appuie la mise en œuvre des programmes par l'entremise de ces derniers, parce qu'ils sont les fournisseurs de soins de santé stables à qui on fait confiance.

Investissez dans l'avenir en augmentant le capital humain. Cela nous mènera à un capitale santé. Ainsi, accroître le nombre et la capacité des RSC mènera à de meilleurs résultats en matière de santé.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

J'ai laissé tout le monde dépasser le temps parce que les exposés étaient intéressants.

Debbie, la vôtre était très, très intéressant. Merci.

Nous allons maintenant débiter le premier tour; vous avez sept minutes pour les questions et réponses.

Nous allons commencer par Mme Bennett.

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

Merci à tous d'être venus. Vous représentez certains les organismes les plus importants au pays à l'heure actuelle. Il s'agit d'une responsabilité directe du gouvernement fédéral et vous vous occupez d'une population qui a les pires résultats au pays.

En essayant de combler l'écart embarrassant touchant l'état de santé de nos peuples autochtones, nous devons savoir ce que nous devons faire. Pour vous réchauffer, ma question sera: si vous deviez écrire les recommandations contenues dans notre rapport, quelle phrase voudriez-vous retrouver dans ce rapport pour pouvoir avoir ce dont vous avez besoin pour faire ce que vous faites?

Je veux également que vous nous aidiez à déterminer quel rôle de leadership vous joueriez pour nous aider à amener le pays, les non-Autochtones, à délaissier le modèle médical pour se tourner vers la roue médicinale, parce que nous savons que c'est vers votre approche en termes de santé holistique et de mieux-être que nous devons, en fait, orienter l'ensemble de notre santé et de nos systèmes de soins de santé. Nous voulons que vous puissiez avoir les ressources nécessaires pour prendre la tête dans ce domaine également.

J'ai été encouragée il y a deux semaines, comme je l'ai expliqué à la ministre, lorsque j'ai été invitée à une conférence de l'AFAC où on a tenté de persuader 100 jeunes filles intelligentes âgées de 17 ans de partout au pays à s'intéresser à une carrière dans le domaine de la santé. J'ai trouvé que c'était excellent, mais cela semble peu si on peut faire cela seulement à petites doses. Lorsque vous avez seulement cinq places pour 80 candidats dans différents programmes, et si les gens n'ont pas les moyens d'aller suivre la formation, nous devons avoir un plan à long terme.

Après l'accord de 2004 sur la santé, dans le budget de 2005, il y avait une somme de 100 millions de dollars réservée à cette fin. Nous ne savons pas très bien ce qui est arrivé de cet argent. Ce que vous nous dites tous, c'est que nous avons besoin d'un financement stable, prévisible à ce chapitre et que l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone est un point de départ raisonnable. Je suis très étonnée d'entendre que les représentants en santé communautaire ne font pas partie de cette stratégie et, pourtant, dans les collectivités éloignées et rurales, c'est quelque chose que vous avez tous. Cela ne semble pas correct.

La présidente: Madame Bennett, voulez-vous qu'il y ait du temps pour qu'elles puissent répondre? La moitié du temps est écoulée. Voulez-vous qu'elles répondent et ensuite, vous continuerez? Je veux simplement que vous ayez vos réponses.

L'hon. Carolyn Bennett: Eh bien, je suis heureuse qu'ils retirent le projet et qu'ils reviennent avec exactement la formulation qu'ils voudraient dans le rapport.

Le point, c'est que, en termes de devoir que nous voulons que vous fassiez, nous devons nous assurer que cela est aussi vaste que possible, également en ce qui concerne la sécurisation culturelle, en ce qui concerne les programmes d'études — pas seulement dans les facultés de médecine mais également dans les écoles de soins infirmiers.

Aux IRSC, je voulais savoir si l'Institut des services et des politiques de la santé traite de différentes façons d'assurer la prestation des soins, ou si cela est laissé à l'Institut de la santé des Autochtones, en ce qui concerne les questions liées à la fois au savoir traditionnel et à la sécurisation culturelle? Est-ce que ces questions chevauchent ces deux instituts, ou cela concerne-t-il uniquement l'institut autochtone, pour ce qui est des soins de santé?

Je suppose que j'aimerais savoir combien d'argent il vous faut, pendant combien de temps — un programme de 10 ans — et ce dont nous aurions besoin pour pouvoir aller de l'avant, de sorte que vous n'ayez pas à faire des pieds et des mains pour avoir des fonds, à vous inquiéter de savoir si l'argent sera au rendez-vous une année après l'autre?

• (0945)

La présidente: Qui aimerait répondre?

Peut-être que nous allons commencer par Mme Anderson

Dre Marcia Anderson: Je vais commencer.

Pour ce qui est de l'argent, notre proposition sera de 850 000 \$ pour cette année. Ce serait très utile. Ce n'est pas seulement auprès de l'IRHSA. Nous travaillons également avec la Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé, parce que cette question n'est pas uniquement la responsabilité de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Cela touche l'ensemble de nos médecins et de notre main-d'œuvre, et pas seulement les ressources humaines en santé autochtones. Ce qui serait vraiment utile, c'est le fait d'avoir des ententes de financement pluriannuelles également. Une partie du problème important avec l'IRHSA, c'est qu'il s'agit d'un projet, et à ce titre, il n'y a pas de fonds de soutien de base pour nos organismes, pour aucun d'entre nous. Ce n'est que l'année dernière que nous avons réussi à obtenir une entente de deux ans, ce qui signifie que tous les ans, en mars, avril et mai, nous asseyons de faire de la gestion de trésorerie pour maintenir nos programmes à flot jusqu'à ce que nous ayons un financement sûr et des liquidités, ce qui, souvent, n'arrive pas avant l'été. Il est très difficile de gérer un organisme national de cette façon, surtout lorsque vous avez des employés.

L'autre observation que je ferais à cet égard, c'est que ce serait très utile d'avoir un mécanisme et du financement permettant à nos organismes de travailler ensemble plus efficacement. Des nombreuses questions communes, une des principales, c'est qu'il faut que nos étudiants restent à l'école, qu'ils obtiennent un diplôme d'études secondaires, avec les compétences en sciences et en mathématique nécessaires pour continuer leur formation. Cela s'applique à n'importe quelle profession dans le domaine de la santé ou paraprofession. S'il y avait une manière plus efficace qui nous permettrait de travailler ensemble et qui permettrait aux facultés de médecine, aux écoles de soins infirmiers et aux établissements d'enseignement de premier cycle avec lesquels nous travaillons de comprendre que cela les concerne aussi, ce serait vraiment un élément clé pour faire avancer ce dossier.

L'hon. Carolyn Bennett: Est-ce que la stratégie comporte des cibles — quoi, quand et comment, et combien de médecins, d'infirmières, de professionnels paramédicaux autochtones? Avez-vous un plan sur 10 ans de sorte que nous puissions combler l'écart, y compris des spécialistes en santé publique qui pourraient, de toute évidence, mieux adapter une stratégie de lutte contre la tuberculose du bas vers le haut?

Dre Marcia Anderson: Non. Comme vous le savez, dans l'Accord de Kelowna, on a fixé comme cible de doubler sur une période de 10 ans, je crois. Il n'y a pas de cible actuellement, du

moins pas en ce qui a trait au nombre de médecins autochtones, qui est appuyée par le gouvernement fédéral.

Mme Audrey-Claire Lawrence (directrice exécutive, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada): Bonjour. Je m'appelle Audrey Lawrence. Je suis directrice exécutive de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

Merci beaucoup de nous accueillir et d'écouter aussi ouvertement nos observations.

J'aimerais me faire l'écho de tout ce que vous avez dit. J'aimerais simplement ajouter quelques autres points importants. Premièrement, il s'agit du 35^e anniversaire de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, qui a été créée pour améliorer la santé autochtone par l'amélioration des pratiques de soins infirmiers et par l'appui accordé aux infirmières et infirmiers autochtones.

Comme on l'a dit, compte tenu de la structure de financement incertaine, nous sommes passés d'une situation de financement opérationnel par Santé Canada, avec qui nous avons travaillé un partenariat par intermittence au cours de ces 35 années, à hauteur de 100 p. 100 jusqu'à seulement 10 p. 100, ce dernier financement étant lié à la présentation de projets. Nous devons remercier du personnel et ensuite, peut-être, être en mesure de le réembaucher...

La présidente: Je suis désolée, je vais devoir passer à la personne suivante. Nous avons largement dépassé le temps.

Monsieur Malo

Mme Audrey-Claire Lawrence: Très bien.

Je n'ai que deux points assez brefs. Le premier, c'est l'appui...

La présidente: Peut-être que M. Malo voudra continuer dans cette veine; je l'ignore.

C'est votre tour, monsieur Malo.

Nous avons dépassé le temps pour tout le monde.

[Français]

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

J'ai écouté les commentaires de Mme Verret et de Mme Whetung concernant le taux de réussite au secondaire. Ça me rappelle tellement nos audiences concernant les mesures de prévention relatives à la grippe H1N1. On essayait de régler un problème de santé publique alors que dans plusieurs communautés il n'y avait pas d'eau courante. La base n'était pas là.

On parle de ressources humaines en santé, mais la base n'est pas là. Mme Anderson l'a dit clairement: on ne peut pas former des gens qui veulent devenir médecin ou infirmière si, à la base, ils ne réussissent pas les cours de sciences naturelles, biologie, chimie, physique dont ils ont besoin pour poursuivre leurs études.

Avant que vous nous parliez de ce qu'il faut faire concernant les gens qui sont aptes à poursuivre des études, j'aimerais vous demander ce qui peut être fait, à la base, pour augmenter le taux de diplomation au secondaire. Je pense qu'il faut aborder cette question avant de passer à autre chose.

• (0950)

[Traduction]

La présidente: À qui s'adresse cette question?

Madame Verret.

[Français]

Mme Isabelle Verret: Le problème est que dans les écoles, les jeunes décrochent dès la deuxième année du secondaire. Dans certaines communautés, les écoles secondaires ne sont pas disponibles. Parfois, seul le premier cycle du secondaire est offert. Des jeunes n'ayant que 13 ou 14 ans doivent alors quitter leur communauté pour aller étudier dans une autre communauté ou dans un centre urbain. On voit le dépaysement, le stress que ça peut causer à ces étudiants qui sont parachutés dans une autre réalité. De plus, la promotion des carrières en santé est déficiente. Il n'y a pas de motivation. Les Premières nations voient ces carrières comme un but inaccessible. Il faut donc leur faire savoir que ce n'est pas le cas.

M. Luc Malo: Pourquoi voient-ils ces carrières comme étant inaccessibles?

Mme Isabelle Verret: Parce que l'enseignement en troisième, quatrième et cinquième années du secondaire est très déficient. Les élèves ne sont pas très intéressés à terminer leur secondaire. C'est plus laborieux, et le système d'éducation n'est pas nécessairement adapté à la façon dont les Premières nations assimilent la matière. C'est pourquoi le découragement et le décrochage surviennent très tôt. En outre, les conditions socioéconomiques n'aident pas à faire en sorte que ces élèves terminent leur secondaire.

Par ailleurs, les écoles sont sous-financées, mais les professeurs doivent aussi adopter une façon d'enseigner qui soit adaptée aux jeunes des Premières nations. Il faut les motiver davantage et orienter leur façon de travailler de sorte qu'elle soit plus pratique que théorique. En effet, chez les Premières nations, l'apprentissage se fait beaucoup plus par la pratique que par la théorie. Les enseignants doivent être sensibilisés à tous ces aspects qui caractérisent les communautés où ils enseignent, de façon à mieux les connaître. Malheureusement, la majorité des enseignants qui travaillent dans nos écoles sont allochtones. On doit les sensibiliser pour éviter qu'ils partent après deux mois parce qu'ils sont débordés ou que leurs méthodes d'enseignement ne conviennent pas.

[Traduction]

Dre Marcia Anderson: L'autre chose très importante que j'aimerais ajouter, c'est que la très grande majorité de nos étudiants et de nos médecins étaient les toutes premières personnes dans leur famille et, souvent, dans leur collectivité, à aller à l'université. Alors, nous devons déterminer ce qui fait qu'un enfant pense qu'une carrière en soins infirmiers ou dans toute profession dans le domaine de la santé, comme la médecine, est réaliste pour lui.

Nos cibles ne peuvent être uniquement les étudiants; nous devons également examiner leur milieu d'apprentissage, tant à la maison que dans les écoles, pour nous assurer que leurs rêves sont entretenus et qu'ils sont inspirés. Nous devons montrer à nos enfants à rêver grand et ensuite, leur donner les outils dont ils ont besoin pour les concrétiser.

Mme Audrey-Claire Lawrence: Puis-je ajouter quelque chose très rapidement? J'ai travaillé dans le domaine de l'éducation autochtone et je suis une enseignante.

Certains de ces enfants viennent d'endroits où l'on n'a jamais vu un immeuble de trois étages. Comme vous dites, ils arrivent dans une école secondaire qui peut compter 2 000 élèves. Les points liés à la transition ont une importance capitale: un meilleur soutien pour les élèves dans les écoles secondaires au moyen de conseillers autochtones et cette année de transition dont Rhonda a parlé.

Lorsque les étudiants arrivent à l'université, s'il y a des fonds pour assurer cette année de transition, ils s'habituent au campus,

renforcent leurs connaissances en sciences et travaillent dans des laboratoires appropriés. Ensuite, ils peuvent débiter la formation. De nombreuses universités ont constaté qu'elles étaient vraiment en mesure d'augmenter le nombre de médecins et d'infirmières autochtones lorsque les étudiants bénéficient d'un appui. Mais lorsqu'ils ne sont financés que pendant quatre ans et qu'ils ont une année de transition, les fonds sont épuisés après la troisième année du programme universitaire et ils abandonnent. Nous venons juste de perdre un autre étudiant à l'Université d'Ottawa pour cette raison — le financement. Vous entendez sans cesse ce genre d'histoire et c'est très frustrant.

Ils ont besoin d'avoir accès à un financement pluriannuel. Tant et aussi longtemps qu'ils sont dans le programme et qu'ils ont de bons résultats, ils devraient continuer d'avoir accès au financement. Ce ne devrait pas être arbitraire, à savoir qu'ils ont un financement de trois ans après quoi ils partent. L'étudiant dont Rhonda a parlé s'est vu offrir une subvention de 500 \$. Comment pouvez-vous faire une année complète de formation en soins infirmiers et acheter les manuels avec cette somme; à eux seuls, les manuels coûtent 500 \$.

• (0955)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant céder la parole à Mme Hughes.

[Français]

Mme Carol Hughes (Algoma—Manitoulin—Kapusking, NPD): Bonjour. Je vous remercie d'avoir pris le temps de venir nous voir pour discuter des enjeux auxquels font face les Premières nations.

[Traduction]

J'aimerais examiner cette question parce que dans ma région uniquement, on compte 17 premières nations et je sais que le Nord de l'Ontario compte beaucoup de collectivités des premières nations. En particulier, le United Chiefs and Councils of Manitoulin regroupe six premières nations sur l'île Manitoulin.

J'ai entendu aujourd'hui qu'il y avait des problèmes de financement. L'éducation est nécessaire; elle doit commencer essentiellement en très bas âge. Il y a beaucoup d'iniquités également. J'ai une note d'information qui a été préparée en mars 2008. Je sais que les préoccupations ont certainement augmenté.

Le Centre de santé Noojmowin Teg a signalé qu'il a des problèmes de recrutement et de rétention du personnel parce qu'il est incapable d'offrir le salaire du marché. Encore une fois, non seulement il n'est pas financé de la même manière que les centres d'éducation non autochtones, mais il y a également une incapacité de payer ces professionnels et de les retenir. Il dit également que le personnel quitte en raison de l'incapacité de fournir des normes de financement qui sont comparables à celles des hôpitaux, des équipes de santé familiales et des centres de santé communautaire non autochtones.

Madame Dedam-Montour, je vous ai également entendu parler du fait que le financement a été réduit. Le Centre de santé Noojmowin Teg attendait un financement de 2 millions de dollars et les augmentations appropriées. Il parlait des augmentations d'environ 6 p. 100 rétroactives à 1997 qui ont été accordées aux centres de santé communautaire non autochtones. Nous savons que cela s'est fait sous le gouvernement précédent, le gouvernement libéral, et maintenant c'est le gouvernement conservateur.

Il y a des iniquités. Je dirais presque que c'est de la discrimination d'un certain type. Pourriez-vous nous parler un peu plus de certaines de ces questions qui concernent ce genre de financement ou le manque de financement?

La présidente: Valorie, voulez-vous commencer?

Mme Valorie Whetung: Oui.

Un des problèmes concernant le financement est le problème de compétence entre la province, le gouvernement fédéral et les autorités régionales de la santé. Cela a des répercussions extrêmement sérieuses sur la capacité des groupes des premières nations, d'Inuits et de Métis d'offrir des soins de santé concurrentiels.

Vous ne voulez pas que je vous donne tous les exemples. Il y en a partout. Il y a des exemples d'enfants qui meurent dans les hôpitaux parce qu'on se dispute pour savoir qui s'occupera d'eux une fois qu'ils quittent l'hôpital, qui est responsable de payer les coûts des soins et qui les prodiguera.

Il y a un exemple ici même à Ottawa. Le Centre Wabano fonctionne avec une fraction de l'argent que la province donne au Centre de santé communautaire Côte-de-Sable et offre plus de services à plus de personnes. Les iniquités sont énormes. C'est un grave problème.

Mme Carol Hughes: Audrey, vous aviez commencé à parler un peu plus tôt, lorsque Mme Bennett vous avez posé des questions. Voulez-vous finir d'exprimer vos pensées sur cette question? Je veux vous en donner l'occasion.

Mme Audrey-Claire Lawrence: En plus des observations qui ont déjà été faites au sujet d'un financement continu et de la mise en place d'une structure pour financer ainsi le travail des organismes sans but lucratif, plutôt que sur la base de projets tout le temps, une des questions que nous avons, c'est que nous ne savons pas vraiment combien il y a d'infirmières et des infirmiers autochtones au pays, et quelles sont les répercussions des programmes et des mesures d'aide, parce qu'il n'y a pas de mécanisme cohérent de collecte de données dans l'ensemble du pays.

J'ai communiqué avec tous les organismes de réglementation au Canada pour savoir s'ils ont l'intention de faire quelque chose pour qu'il y ait davantage d'auto-identification dans les registres. Étant donné qu'un bon nombre sont maintenant en ligne, certains peuvent le faire. Ils disent que la réglementation vient du gouvernement ou des IRSC.

Ce pourrait être une bonne idée pour les IRSC que de commencer à examiner la faisabilité de la collecte de données cohérentes dans l'ensemble du pays en ce qui concerne les initiatives et d'autres choses. Ce n'est pas pour comparer une province à une autre. C'est pour déterminer les répercussions globales ou pour déterminer à quel endroit une aide est nécessaire. On ne peut constater d'amélioration si on ne connaît pas les chiffres.

En Saskatchewan, par exemple, parce que là-bas il est possible de s'auto-identifier et de voir les chiffres, on est au moins en mesure de voir quels programmes fonctionnent véritablement et on est en mesure d'accorder plus de financement et d'aide dans ces secteurs.

Merci.

• (1000)

La présidente: Merci beaucoup.

Il vous reste deux minutes, madame Hughes.

Mme Carol Hughes: Je veux également donner une occasion à Mme Anderson, parce que je suis certaine qu'en cinq minutes — je pense que c'était cinq minutes — vous n'avez pas eu la chance de donner autant d'informations que vous l'auriez souhaité. Alors, vous avez l'occasion maintenant d'ajouter quelque chose sur ce qui doit être fait ou sur ce qui doit être pris en considération.

Dre Marcia Anderson: Merci de cette occasion.

Maintenant, vous me mettez sur la sellette. Évidemment, mon esprit s'est vidé complètement.

Je pense que je profiterais simplement de cette occasion pour dire à quel point nos organismes ont eu du succès, même en ces temps difficiles. Une inquiétude que je soulèverais de nouveau et dont je n'ai pas beaucoup parlé, c'est la question de la rétention des médecins et de l'appui donné aux médecins. Nous nous concentrons principalement et souvent sur le recrutement et la rétention des étudiants. Nous ne nous sommes pas concentrés autant sur la rétention des médecins, et je veux dire la rétention des médecins dans des collectivités autochtones éloignées, rurales et urbaines où il manque de services.

Vous avez parlé de l'incapacité de payer les salaires du marché. Nos étudiants qui obtiennent leur diplôme figurent parmi ceux qui ont la dette la plus élevée à cause de notre forte probabilité de vivre dans la pauvreté. C'est un mythe absolu que de croire que nous avons tous accès à des fonds de la bande, surtout pour la durée de la formation en médecine. Nous avons de nouveaux médecins qui ont la dette la plus élevée et, généralement, des responsabilités familiales plus lourdes; alors, leur demander d'aller travailler à un salaire moindre alors qu'ils subissent de telles pressions financières n'est pas réaliste. Je pense que c'est une des principales raisons qui pourrait expliquer pourquoi il est possible que nous ne réalisons pas un de nos objectifs, à savoir augmenter le nombre de médecins autochtones travaillant dans les régions où il y a une forte proportion de patients autochtones.

De plus, bien que nous n'ayons pas d'études précises, je peux vous dire empiriquement à partir de mes relations personnelles dans l'ensemble du pays et de mon mandat à titre de présidente, que nous avons un taux très élevé d'épuisement professionnel parmi nos médecins. Je pense que c'est à cause de la nature très stressante et émotive du travail que nous faisons. Nous travaillons dans des rôles de défenseurs des droits, en plus de fournir des soins de santé directs, faisant du travail de promotion non seulement pour nos collectivités, mais souvent, pour les membres de nos familles, dans un système qui est extrêmement inamical pour nous.

Nous devons en faire davantage pour appuyer nos médecins

La présidente: Merci, madame Anderson.

C'est maintenant au tour de Mme McLeod.

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

J'aimerais remercier tous les témoins qui sont ici aujourd'hui. Les discussions et les déclarations de ce matin sont très importantes.

Comme ma collègue l'a dit au début de son intervention, les inégalités en matière de santé sont tout à fait inacceptables. J'aimerais aussi louer les RSC pour le travail qu'ils accomplissent partout au pays. Je pense qu'ils font partie de nos groupes paraprofessionnels les moins connus, non seulement sur le plan des services qu'ils fournissent dans les collectivités rurales et éloignées, mais aussi de leur appui des médecins et des infirmières non autochtones nouvellement arrivés dans ces collectivités en vue de favoriser leur réussite. Leur travail est certainement important.

J'aimerais vous poser une question à titre de clarification. Disons qu'il y a un poste de représentant en santé communautaire à pourvoir dans une collectivité. Peut-on embaucher n'importe qui, puis soumettre la personne choisie à des cours afin qu'elle acquière les compétences requises pour le poste tout en travaillant? Travaille-t-on à faire en sorte de pouvoir échelonner les cours sur le plan des crédits? Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur le processus actuel?

Mme Debbie Dedam-Montour: Le processus de formation des RSC n'est pas uniformisé. Si, demain, vous décidiez de devenir RSC, on vous embaucherait probablement. Vous n'avez pas été formée, vous n'avez jamais donné de présentations, vous ne possédez peut-être pas d'ordinateur — tout ce que vous avez, c'est un téléphone et un télécopieur, et vous êtes censée offrir des services à la collectivité. C'est la réalité qu'affronte un grand nombre de nouveaux RSC.

Dans le passé, avant les transferts en matière de santé, la formation des RSC relevait de la Direction générale des services médicaux, ou de Santé Canada, ou de cet organisme sous tous les noms qu'il a portés. À la suite des transferts, beaucoup de choses ont été décentralisées, ce qui veut dire qu'on offre peut-être de la formation dans une région donnée, mais pas dans une autre. Malheureusement, c'est ce qui se passe actuellement.

L'an dernier, je parlais à une RSC. Elle était jeune, elle devait avoir environ 25 ans, et cela faisait 2 ans qu'elle occupait son poste. Je lui ai demandé: « Comment as-tu été formée? » Elle a répondu: « Eh bien, je l'ai suivie un peu partout. » Elle a suivi l'autre RSC; la formation se fait donc essentiellement sur le tas. Les gens prennent bien quelques cours dans le cadre desquels ils acquièrent certaines compétences, mais ces cours ne mènent pas nécessairement à un agrément, à de l'échelonnement, etc. Nous avons concentré certains de nos efforts visant la qualification des RSC sur ce point. Au départ, nous voulions inclure tout le personnel paraprofessionnel de la collectivité, mais nous ne réussissons pas à faire avancer le dossier suffisamment; nous avons donc dû centrer nos efforts sur les RSC. Il s'agit là d'un de nos objectifs: que de la formation agréée soit offerte dans toutes les régions. Nous voulons que les RSC fournissent le soutien adéquat pour être en mesure de mieux accomplir leur travail, car ils jouent un rôle de taille au sein de la collectivité, non seulement pour ses membres, mais aussi, comme vous l'avez dit, pour les professionnels de la santé.

• (1005)

Mme Cathy McLeod: Merci.

J'aimerais m'adresser maintenant à Mlle Goodtrack. Je me suis toujours demandée si le fait que les associations d'infirmières ou les collèges sont passés de programmes de deux ans à des programmes de quatre ans avait eu un effet important relativement aux Autochtones qui embrassent la profession infirmière ou au soutien qu'ils reçoivent. La modification a-t-elle entraîné des changements?

Mme Rhonda Goodtrack: Merci beaucoup.

On pourrait dire que les programmes de deux ans sont destinés aux infirmières diplômées et que ceux de quatre ans servent de préparation au grade. Lorsque nous donnons des présentations dans les écoles au sujet des carrières dans le domaine de la santé et que nous parlons du nombre d'années qu'il faut pour devenir IA ou médecin ou quelque chose du genre, les élèves sont toujours étonnés. Les fonds ainsi que le temps passé loin de la collectivité et de la famille entrent en ligne de compte quand vient le temps pour une personne de décider si elle veut s'aventurer dans une carrière dans le domaine de la santé et relever le défi; ce sont donc certainement des facteurs. Quand je parle aux élèves et je constate leur étonnement, je

leur dis de penser à ce qu'ils veulent faire, car s'ils travaillent fort dès le départ, ils seront récompensés lorsqu'ils commenceront leur carrière. Pour ce qui est de la durée des études, je leur dis d'investir dans leur éducation, car cela aura une grande incidence sur leur vie, ainsi que sur l'avenir de leur famille et de leur collectivité.

Toutefois, il faut travailler au financement et au soutien social pour ces personnes. Sur le plan du recrutement et du maintien en poste dans les collectivités rurales et éloignées, on constatera un meilleur maintien si les membres sont éduquées. Ces personnes sont investies dans ces collectivités. Elles ont des liens là-bas avec la communauté et leurs parents. L'éducation est importante.

Ma collègue a raison: le secondaire est de première importance. Les personnes qui nous arrivent ne sont pas suffisamment préparées en sciences et en mathématiques, et c'est dans ces domaines qu'elles éprouvent de la difficulté et qu'elles échouent. Elles prennent et reprennent ces cours, puis elles finissent par abandonner. Celles qui veulent réussir persistent, mais des mécanismes de soutien doivent être mis en place, et l'éducation secondaire est cruciale.

Mme Cathy McLeod: Nous avons beaucoup entendu parler du succès de la Saskatchewan...

Mme Rhonda Goodtrack: Désolée; vous m'en excuserez.

Mme Cathy McLeod: Non, non. Selon moi, c'est très important que nous entendions parler du succès, car nous avons des choses à apprendre partout au pays. Connaissez-vous d'autres exemples d'endroits au pays où l'on semble réaliser des progrès considérables?

• (1010)

Mme Rhonda Goodtrack: Lundi, j'ai pu assister, dans le cadre d'un sommet sur l'éducation postsecondaire des Autochtones en Saskatchewan organisé par le Forum des politiques publiques, à une présentation au sujet des meilleures pratiques du Manitoba et de l'Alberta. Au Manitoba, les établissements postsecondaires réussissent très bien à recruter des Autochtones, et ce, en raison de l'appui qu'ils leur offrent. Notamment, il y a, comme je l'ai déjà dit, des conseillers pédagogiques, grâce auxquels les étudiants ont un endroit où aller pour sentir qu'ils appartiennent à une communauté et pour établir des rapports avec quelqu'un qui connaît les mêmes difficultés qu'eux. De nombreux thèmes sont ressortis du sommet, mais celui-là était présent partout au pays.

Les autres provinces incluent certainement le Manitoba et l'Alberta. Il n'y a pas d'établissements en Colombie-Britannique. Je suis désolée; excusez-moi.

La présidente: Merci beaucoup.

Voulez-vous ajouter un bref commentaire?

Mme Audrey-Claire Lawrence: Je voulais aborder la question des programmes de deux et de quatre ans. Étant donné la complexité des soins que les infirmières doivent prodiguer, en particulier celles des régions rurales et éloignées, il faut vraiment le programme de quatre ans. Tout comme l'association des médecins, nous avons établi récemment les compétences culturelles, et il est beaucoup plus facile d'intégrer cet aspect dans le programme de quatre ans que dans celui de deux ans. Les gens peuvent les modifier et améliorer leur compréhension de leur relation et du travail qu'ils font avec leurs clients.

Pour ce qui est de toute la question du champ d'activité des RSC, comme Debbie l'a souligné, le manque d'uniformité sur ce plan a pour résultat que les infirmières ne peuvent pas se fier au champ d'activité du RSC de la collectivité dans laquelle elles travaillent. La situation est la même; les demandes auxquelles les infirmières des régions rurales et éloignées et des centres urbains doivent répondre sont telles qu'il faut vraiment que le tout soit géré par des IA.

En outre, dans certaines collectivités, les infirmières ne sont pas assez surveillées. Nous travaillons de pair avec Santé Canada pour tenter de régler ce problème.

Merci de votre question.

La présidente: Et merci de vos commentaires.

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions, une série de cinq minutes.

Je dois vous aviser que Mme Murray prendra place au fauteuil autour de 10 h 30; j'ai un autre engagement.

Nous poursuivons avec la prochaine série de questions. Madame Murray, s'il vous plaît.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci de vos déclarations.

Je viens d'avoir le privilège de rester à Vancouver et à Whistler pour la durée des Jeux olympiques et paralympiques de 2010. J'ai assisté à nombre de réceptions organisées par les quatre premières nations hôtes. De ce que j'ai pu constater en tant qu'observatrice et participante, et comme l'ont dit les Autochtones qui étaient présents, l'autonomisation des peuples autochtones qui a résulté de cette initiative était incroyable. J'ai trouvé inspirant de voir que l'égalité, l'élévation et la participation complète à la direction du projet doivent faire partie des initiatives pour les premières nations dans tous les domaines importants, puisque cela a tellement bien fonctionné dans le cadre des Jeux de 2010.

La vision de possibilités qui a émané de Vancouver et de Whistler me pousse à me questionner au sujet de deux choses que j'ai entendues aujourd'hui. Au risque de trop simplifier, il me semble, en gros, que tout ce dont nous parlons aujourd'hui se résume à « attirer, former et maintenir », et ce, dans tous les domaines. La Dre Anderson a mentionné que nous devons apprendre à nos enfants à nourrir de grands rêves; ce point tombe dans la catégorie « attirer ». J'ai vu cet objectif se réaliser dans le cadre des Jeux de 2010: les enfants autochtones se sont mis à rêver de pratiquer des sports, de monter sur le podium et de gagner des médailles d'or.

Premièrement, j'aimerais savoir ce qui serait l'équivalent d'attirer, de nourrir de grands rêves, dans le domaine des ressources humaines en santé.

La présidente: Qui voudrait répondre? Mademoiselle Goodtrack ou madame Lawrence?

Mme Audrey-Claire Lawrence: Je pense que nous avons mentionné à quelques reprises que c'est quand on donne aux élèves un aperçu de ce dont il est vraiment question qu'ils se rendent compte qu'ils sont capables de le faire, eux aussi. C'est à ce moment-là que le soutien pour des camps, dans le cadre desquels ils visitent des universités et établissent des liens, ou ils ont l'occasion de rencontrer des professeurs qui se déplacent pour les voir, ou ils assistent à des conférences de télésanté dans des régions éloignées du Nord, ce qui leur permet de voir l'aspect scientifique... C'est excitant. Les provinces tentent d'appuyer l'éducation, mais les élèves doivent étudier les sciences plus tôt; pour qu'ils comprennent qu'ils ont ce qu'il faut pour occuper ces postes, ils doivent prendre goût à la

science et obtenir une meilleure formation et davantage de possibilités relativement aux sciences et aux mathématiques.

En particulier, nous tentons vraiment de mettre l'accent sur le fait non seulement que 75 p. 100 des élèves autochtones abandonnent le secondaire, mais surtout que 80 p. 100 des décrocheurs sont des garçons. Nous nous efforçons de recruter davantage d'hommes autochtones au sein de la profession d'infirmier, car en adoptant cette carrière, les hommes peuvent jouer un rôle au sein de leur collectivité et être bien rémunérés. Nous voulons leur donner la confiance nécessaire pour qu'ils se voient dans ce rôle, ainsi que dans d'autres emplois liés aux sciences de la santé. Les efforts en valent le coup à long terme.

Ensuite, il y a aussi la capacité des organisations d'entretenir une relation avec les élèves. Vous rencontrez un enfant en huitième année et vous lui envoyez un courriel chaque année. Vous lui parlez et vous lui demandez s'il persévère, s'il réussit bien en mathématiques, s'il a besoin d'un tuteur, des trucs du genre. Nous étudions la possibilité de faire davantage de cybermentorat avec nos étudiants de partout aux pays tout simplement pour qu'ils aient quelqu'un à qui s'adresser et qu'ils n'abandonnent pas parce qu'ils pensent qu'ils ne pourront pas y arriver.

• (1015)

Mme Joyce Murray: C'est donc une question d'alimenter leurs rêves. J'aimerais poser ma deuxième question, mais je m'intéresse aussi à ce que vous avez à dire, Rhonda.

Mme Rhonda Goodtrack: Il existe aussi un programme axé sur les professions de la santé, le Pre-Health Professions Club. Le programme lie des élèves du secondaire qui ont montré de l'intérêt pour une carrière dans le domaine de la santé à un mentor qui travaille en médecine, en soins infirmiers ou en pharmacie pour l'instant; nous étudierons la possibilité d'inclure également d'autres domaines. Les élèves ont ainsi l'occasion d'observer le professionnel dans son milieu de travail pendant huit heures.

Il s'agit d'une très bonne expérience, car elle permet aux élèves de voir si la carrière leur conviendrait. En plus, les professionnels restent en contact avec eux.

Mme Joyce Murray: Cette question portait sur « attirer ». La prochaine porte sur « former ».

Le manque généralisé de financement stable est très inquiétant et inacceptable, surtout puisque j'entends parler d'organisations semblables non autochtones qui reçoivent ce genre de fonds. Des problèmes liés aux compétences mènent à cette situation.

Encore une fois, je fonde ma comparaison sur les Jeux de 2010. Dès le départ — en 1998, 1999, 2000 —, la direction a établi la vision selon laquelle les premières nations seraient des hôtes, des dirigeants et des moteurs à parts tout à fait égales.

Il doit se produire quelque chose de semblable dans le cas présent sur le plan de la formation et du succès de vos organisations et de vos premières nations.

À qui incombe-t-il d'intervenir? Revient-il au gouvernement fédéral de faire en sorte que ce genre de prise de bec entre les compétences ne mène pas à un manque de soins ou de soutien?

Dre Marcia Anderson: Je pense que nous devons reconnaître qu'il incombe à chacun de nous d'intervenir. La moitié de notre population vit en ville; la situation ne relève donc pas uniquement du gouvernement fédéral. Nous devons tous assumer nos fonctions.

Lorsque j'étais à St. Theresa Point il y a environ un mois, nous avons organisé un forum sur la santé publique et sur l'amélioration du système de santé publique. Nous avons parlé entre autres des ressources humaines en santé publique. Un des membres de la collectivité a demandé pourquoi le milieu de la santé ne collaborait pas avec celui de l'éducation pour créer un genre de système d'éducation nourricier. Nous avons des écoles spécialisées qui disent vouloir former davantage d'ingénieurs ou qui ont un excellent programme de basket-ball autour duquel tout le programme éducatif gravite. Pourquoi ne faisons-nous pas de même avec nos systèmes d'éducation, que ce soit dans une école autochtone dirigée par une première nation, dans des collectivités inuites ou dans des écoles urbaines qui comptent un grand nombre d'élèves autochtones? Pourquoi ne travaillons-nous pas de pair avec nos collègues du milieu de l'éducation?

Je trouve que les quatre premières nations hôtes fournissent un excellent exemple. Elles ont déterminé qui étaient les intervenants concernés — les quatre premières nations mêmes — et quel était leur objectif commun, soit amener leurs collectivités à s'assumer pour faire en sorte qu'elles récoltent une partie des profits découlant de l'accueil et que chaque personne présente joue un rôle important et apprenne quelque chose.

Pourquoi ne pouvons-nous pas collaborer avec tous les partenaires intéressés, y compris ceux qui sont ici aujourd'hui — nos organisations — et les systèmes d'éducation provinciaux, le gouvernement fédéral et les responsables de l'éducation des premières nations, pour réaliser notre vision d'une manière généralisée et durable?

La présidente: Merci, docteure Anderson.

Je suis désolée, madame Murray, nous devons passer à Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Je vous remercie, madame la présidente.

Merci beaucoup à chacun et à chacune d'entre vous d'être des nôtres aujourd'hui. Certains de vos témoignages étaient manifestement très intéressants. Je vous félicite pour les rôles que vous jouez au sein de vos organisations pour faire avancer les choses comme vous l'avez fait.

Ma première question s'adressera à Mme Goodtrack et portera sur le témoignage que vous nous avez donné tout à l'heure. Je vais vous poser deux ou trois questions à ce sujet, après quoi vous pourrez continuer.

Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur le programme de transition dont vous parliez

Vous avez également abordé la question de l'écart par rapport à la définition d'un étudiant à temps plein. Selon moi, cette question est simple à régler. Comment vous y prenez-vous? Bien souvent, les affaires qui devraient être les plus simples sont les plus préoccupantes à résoudre.

Enfin, vous nous avez touché quelques mots d'un local réservé aux étudiants autochtones.

Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ces trois points, s'il vous plaît?

• (1020)

Mme Rhonda Goodtrack: Merci beaucoup.

En ce qui concerne les programmes de transition, l'Université de la Saskatchewan offre le Aboriginal first year experience program ainsi que le Mathematics and Science enrichment program. Les deux

programmes visent à offrir aux étudiants les cours de base en arts et en sciences. Ce sont des cours qu'ils devraient suivre dans tous les collèges, quelle que soit leur discipline.

Les groupes sont beaucoup plus petits. Les étudiants développent ainsi un sentiment d'appartenance à la communauté étudiante, car ils sont habitués à une salle de classe plus petite. À l'école secondaire, ils ont eu de petites salles de classe, qu'ils soient issus de leur collectivité ou d'un milieu rural. Ils n'ont pas à connaître la confusion d'un cours de biologie auquel assistent de 120 à 200 étudiants. En outre, il est plus facile de poser des questions. S'ils ne savent rien, tout le monde est dans la même situation. Ainsi, ils comprennent le contenu du cours.

Les étudiants ont accès à des tutoriels supplémentaires qui les aident à approfondir la matière. En plus de ces tutoriels, des fonds sont prévus dans notre programmation pour des séances de tutorat, au cas où les étudiants ne pourraient pas les faire pour une raison ou une autre.

Un cours d'anglais est offert pendant l'été. Les étudiants n'ont qu'à s'inscrire au cours pour y assister. Ils travaillent leurs aptitudes à la lecture et leurs compétences rédactionnelles qui leur sont essentielles pour leurs autres travaux. Le rythme d'apprentissage est plus lent et plus détendu. Ce cours d'été leur permet également de rencontrer d'autres personnes qui vont suivre des cours universitaires. Ainsi, ils sont déjà en train de développer un sentiment d'appartenance à cette communauté avant le début des cours universitaires en septembre.

Vous vouliez en savoir plus à propos de la différence entre les définitions de ce qu'est un « étudiant à temps plein ». Je crois que cet écart existe parce que c'est maintenant devenu une course au financement. Quand je suis allée aux études, il n'y avait que moi. J'étais la seule en soins infirmiers. J'étais la seule autochtone inscrite dans ce programme. Actuellement, il y en a 32 à Saskatoon, 32 à Regina et 40 à Prince Albert. C'est beaucoup. Ce contexte crée beaucoup de compétition pour obtenir ces fonds, et j'estime que c'est une partie de la raison. Beaucoup de gens sont laissés pour compte. Cela ne fait aucun doute.

Pour ce qui est des locaux, nous avons des salons étudiants réservés à nos étudiants autochtones en soins infirmiers. Cela leur donne tout simplement l'occasion de se relaxer et de se rassembler.

Étant donné qu'il s'agit d'un groupe intensif, les étudiants sont répartis en petits groupes et ils ne sont pas tous ensemble. Les groupes restreints, c'est bien, mais il n'y a parfois qu'un seul autochtone dans un petit groupe. Le salon leur donne l'occasion de se rassembler, d'échanger et de faire le point. Ils peuvent définir les problèmes qu'ils ont en commun ou, mieux encore, s'entraider. Ils peuvent s'échanger des notes de cours et des travaux. De plus, lorsque nous ne sommes pas là, les étudiants de deuxième année sont là pour aider les étudiants de première année à s'y retrouver. Ainsi, les étudiants développent un sentiment d'appartenance. Ils fondent une belle communauté qui les aide à surmonter leurs quatre années d'études.

Récemment, j'ai rencontré une étudiante qui m'a appris qu'une étudiante-infirmière non autochtone lui avait parlé d'une controverse au sujet des étudiants autochtones. Elle a dit qu'il y avait des oui-dire selon lesquels les étudiants autochtones avaient leur propre local et qu'aucun des autres étudiants n'était autorisé à y entrer. J'ignore comment cette rumeur a circulé. On avait aussi entendu dire que les étudiants autochtones tenaient des déjeuners particuliers et qu'ils n'étaient pas autorisés à partager les renseignements reçus avec les autres étudiants. C'est tout à fait faux. Lors de ces déjeuners, nous recevons seulement un étudiant de troisième année qui vient expliquer aux étudiants de deuxième année comment faciliter leur transition vers la troisième année.

Actuellement, en Saskatchewan, les étudiants suivent leurs cours dans un campus pendant les deux premières années, puis dans un autre pendant les deux dernières années. Il y a donc une division. Cet étudiant a dit qu'il s'agissait du meilleur moyen pour se préparer à la transition vers la troisième année. Les étudiants qui sont passés par là peuvent expliquer aux étudiants de deuxième année que, lorsque les professeurs leur demandent de lire leurs notes de cardiologie et de neurologie avant la rentrée de septembre, il faut qu'ils le fassent, car les professeurs s'attendent à ce qu'ils en aient pris connaissance avant le mois de septembre. Ce sont des connaissances communes.

• (1025)

La présidente: Merci beaucoup pour vos observations très judicieuses. Elles seront très utiles à notre comité.

Je cède maintenant la parole à M. Dufour.

[Français]

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

J'aimerais remercier les témoins d'être présents aujourd'hui. J'aimerais également faire écho à ce que mon collègue M. Malo disait tout à l'heure, comme quoi un des problèmes structurants est le manque de financement pour les communautés autochtones. Comme en ce qui concerne la problématique relative à la préparation pour la grippe H1N1, si on n'a pas les éléments de base, par exemple l'eau potable, cela devient complexe de se développer et de permettre aux étudiants d'avoir des rêves et une volonté de pousser à l'avenir.

Quelque chose me fascine: plutôt que de vous affaiblir et d'être négatifs, vous êtes extrêmement optimistes et vous continuez à vous battre, jour après jour, pour être en mesure de donner le goût à ces jeunes de poursuivre des carrières extrêmement intéressantes en médecine. À mon sens, cela vous honore, et je tiens donc à vous féliciter.

Cela dit, j'aimerais parler des initiatives. Depuis tout à l'heure, on a des exemples concrets d'initiatives qui ont fonctionné dans les communautés pour intéresser les jeunes et aller les chercher.

Dans un premier temps, j'aimerais que chacun des témoins puisse nous donner un exemple concret d'une initiative, qui a réussi au niveau local, pour encourager ces jeunes et aller les chercher. Par la même occasion, j'aimerais savoir si vous avez des moyens d'échanger de l'information, entre communautés — je sais qu'il peut y avoir des différences sur le plan culturel — au sujet d'initiatives qui fonctionnent de manière à réussir à propager celles qui sont fructueuses.

M. Michel Deschênes (analyste des politiques, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador): Je pourrais peut-être parler pour la région du Québec. Au Québec, en ce qui concerne la formation des médecins, par exemple, on a mis en place l'an dernier un programme conjoint

avec quatre universités qui abritent une faculté de médecine. Ce programme vise à permettre aux Autochtones les plus performants — ceux qui ont réussi à franchir tous les obstacles, mais dans le curriculum ou l'évaluation desquels il manque encore quelques points afin d'atteindre les échelons nécessaires pour accéder à l'université — d'accéder à l'université dans un programme réservé aux Autochtones.

C'est donc un moyen qui abaisse légèrement les conditions d'accès pour permettre à ces étudiants d'accéder à l'université. Par la suite, il y a un mentorat qui s'installe pour les appuyer tout au long de leurs études car, à la fin, il est clair qu'ils auront à faire face aux mêmes exigences d'accréditation et de certification que les autres médecins. C'est une initiative qui a été élaborée au Québec et qui est en vigueur depuis un an et demi.

Associé à cela, il y a un agent ici, à la commission, qui a pour fonction de faire le tour des communautés et d'expliquer aux jeunes de quelles façons il est possible d'accéder à une formation en médecine au Québec. Il leur explique les conditions préalables, les étapes à franchir et les amène — à partir du niveau secondaire — à l'université pour rencontrer des gens sur place qui vont leur expliquer en quoi consistent les études universitaires et comment pourrait se présenter l'avenir.

Je crois que c'est un exemple d'initiative qu'il est possible d'élaborer. Encore une fois, c'est à partir d'initiatives faites par les partenaires autochtones, qui, eux, ont décidé que c'était une façon d'intéresser les jeunes, que cela a pu être rendu possible, et avec évidemment l'appui financier du gouvernement fédéral et la collaboration des universités. C'est donc un genre de partenariat possible et le genre de moyen qu'on peut utiliser pour donner un rêve — comme disait madame, plus tôt — aux jeunes Autochtones.

Imaginez l'impact que cela peut avoir. On a un jeune Autochtone qui suit ce profil, qui réussit à devenir médecin et qui retourne ensuite dans sa communauté pour démontrer que c'est possible d'avoir un rêve et de le réaliser au Québec — ou partout au Canada, d'ailleurs. C'est un incitatif qui est très fort. On peut aussi faire la même chose dans d'autres domaines.

• (1030)

[Traduction]

Dre Marcia Anderson: Si vous me le permettez, j'aimerais vous remercier de l'observation que M. Malo et vous avez faite au sujet du H1N1 et des déterminants sociaux sous-jacents de la santé. D'ailleurs, je crois en avoir parlé quand je suis venue témoigner lors de votre séance sur le H1N1.

À mon avis, ce doit être très clair: les déterminants sociaux sous-jacents de la santé sont aussi les déterminants sociaux sous-jacents de la réussite scolaire. Si nous voulons faire de très grands pas, nous devons comprendre également que, dans la société au sens large, l'éducation, la santé et au sein du gouvernement... Si nous voulons avancer à cet égard, il faut que de nombreuses décisions de financement et décisions politiques soient prises à ce niveau.

La vice-présidente (Mme Joyce Murray): Je vous remercie.

C'est maintenant au tour de M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, madame la vice-présidente.

Je tiens à remercier tous les témoins d'être des nôtres aujourd'hui.

Le plus gros problème que je vais avoir, c'est que je ne sais pas par où commencer. Dans une situation comme celle-ci, nous n'avons pas vraiment beaucoup de temps, mais j'aimerais mettre l'accent sur les solutions. Si vous n'avez pas la chance de parler, pourriez-vous nous répondre par écrit? Nous comptons sur votre leadership.

En ce qui concerne les solutions, je trouve que Mme Dedam-Montour a fait une excellente observation quant aux soins en fonction du bien-être au lieu de la maladie. Si nous pouvions mettre en œuvre cette conception dans l'ensemble du système de soins de santé, comment devrions-nous nous y prendre?

La Dre Anderson a parlé de soins de qualité supérieure respectant les valeurs culturelles. Ma collègue a déclaré que la situation semble simple à corriger, mais si c'était si simple, je crois que le problème serait déjà résolu. En tant qu'observateur, j'examine moi-même les défis, et ils me semblent quasi insurmontables. Il y a de la bureaucratie au gouvernement fédéral, dans le gouvernement des provinces, dans l'administration des municipalités et dans les politiques des premières nations. Enfin, les organisations professionnelles ont également leur propre bureaucratie. Je ne connais aucune solution simple, mais j'aimerais avoir votre avis, surtout puisque nous étudions les ressources humaines en santé.

Le gouvernement fédéral a des fonds disponibles. Or, Valorie, vous avez mentionné le problème des ressources nécessaires pour terminer les programmes dans les écoles. Appuie-t-on des initiatives telles que les systèmes de coupons, grâce auxquels l'argent du gouvernement va directement aux étudiants, de sorte que l'on contourne une grande partie de cette hydre bureaucratique où les étudiants doivent s'y retrouver? Vous avez parlé de programmes. On devrait permettre aux étudiants de les terminer. S'il s'agit d'un programme de trois ans et qu'ils n'ont pas le financement nécessaire à son achèvement, que ferez-vous? Quelles sont les solutions?

J'ai entendu dire que le programme de mentorat pour les étudiants autochtones en soins infirmiers a donné quelques bons résultats. Je me demandais si vous pouviez nous en toucher un mot, et même nous parler de l'utilisation du forum de mentorat en ligne, la technologie qui est disponible aujourd'hui.

Sur ce, je vais me taire et j'espère que nous pourrions vous donner au moins un peu de temps pour en parler, car j'ai hâte de connaître votre opinion. Voilà.

Par où commencer?

Mme Audrey-Claire Lawrence: Comme tout le monde l'a souligné, il n'existe pas de solution simple, et les solutions simples ne seront pas utiles. Cependant, il y a des mesures qui peuvent être prises, et nous devrions aller de l'avant, soutenir toutes ces initiatives et les envisager — nous devons appuyer les petites initiatives tout en gardant à l'esprit le portrait d'ensemble.

Parmi les grandes initiatives qui ont vu le jour, nous retrouvons le travail de sécurisation culturelle qu'ont réalisé l'association des médecins et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones. C'est un avantage non seulement sur le plan du recrutement et du soutien des infirmiers autochtones, mais aussi sur le plan de la sensibilisation des non-Autochtones quant aux questions relatives à la santé des Autochtones et aux Autochtones comme tels. Le respect mutuel et la compréhension font partie de ces solutions. Le travail en cours et la mise en œuvre de ce programme éducatif sur la sécurisation culturelle vont être très importants à l'avenir.

Le travail ne fait que commencer à cet égard. Les cours de pharmacologie vont aborder les questions des médecines traditionnelles. Il s'agit d'un avantage non seulement pour les peuples

autochtones, mais aussi pour les personnes d'ethnies chinoises, entre autres.

Tout le travail qui se fait concernant l'aspect de la sécurisation culturelle profite principalement aux peuples autochtones en raison de la reconnaissance constitutionnelle, mais cet aspect avantage également les autres ethnies du Canada. Il faut poursuivre ce travail, et toutes les écoles doivent l'appuyer. Je crois que le travail des écoles sur le plan de l'éducation va être primordial, comme de favoriser le travail en équipes interdisciplinaires et en partenariats pour pouvoir examiner et cerner ce qui permettra de continuer à aller de l'avant.

Vous nous avez demandé un exemple tout à l'heure. L'Université du Manitoba a notamment promis aux étudiants de l'année de transition qu'ils seraient admis sans devoir s'inscrire de nouveau s'ils réussissaient à obtenir certaines notes. C'était très motivant et c'est l'une des raisons de leur réussite. Qui plus est, il y avait du soutien. Voilà le genre de petites solutions à exploiter, pendant que d'autres initiatives sont entreprises.

● (1035)

La vice-présidente (Mme Joyce Murray): Je vous remercie.

Madame Whetung.

Mme Valorie Whetung: Je crois que nous devons toujours garder à l'esprit l'autodétermination. Les problèmes ne seront pas résolus tant que les décisions sur l'éducation, la santé et l'admissibilité sont prises par des non-Autochtones sans la participation des personnes qui connaissent le mieux le moyen de les résoudre.

Si vous me permettez de vous donner un conseil, c'est que nous avons besoin d'être plus à même d'influencer la mise en œuvre des mesures et la prise des décisions de financement. Il est question d'autodétermination et il s'agit de nous laisser décider. Cette semaine, j'ai assisté à une réunion sur la sécurité alimentaire. Il y avait une quarantaine de personnes dans la salle. Il était question de la sécurité alimentaire pour les Autochtones, mais il y avait deux représentants autochtones, dont moi, dans la salle. Comment ces décisions peuvent-elles être pertinentes si nous ne sommes pas les intervenants clés dans la manière de procéder?

Vous avez parlé des compétences. Il s'agit d'un énorme problème. Il faut trouver un moyen de régler cette question, et ce pourrait être en transférant certains pouvoirs décisionnels aux Autochtones, qui ont des solutions. Nous avons des solutions, mais nous devons être en mesure de prendre les décisions.

La vice-présidente (Mme Joyce Murray): Merci. Il faut passer à la prochaine question.

Madame Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Je vous remercie, madame la vice-présidente.

Merci à tous d'être venus.

Les liens que vous avez établis entre l'éducation et la santé m'ont frappée. Nous avons parlé des difficultés en mathématiques et en sciences que peuvent éprouver les élèves au secondaire, et il faut probablement remonter plus loin pour en comprendre la raison. J'adorerais explorer cette avenue, mais je vais commencer par les universités et les collèges.

Avons-nous des données quant à la proportion d'Autochtones parmi les étudiants au niveau universitaire et collégial?

Dre Marcia Anderson: Non.

Mme Kirsty Duncan: Aucune.

Dre Marcia Anderson: Très peu. Tout d'abord, il faut comprendre que la plupart des universités ne recueillent aucun renseignement sur les Autochtones qui s'identifient comme tels. Quand elles le font, elles sont très réticentes à divulguer cette information à l'externe, et nous n'avons donc pas accès à ces données.

Pour pallier ce manque, nous avons commencé à interroger les médecins autochtones et les étudiants en médecine directement pour estimer leur nombre actuel, mais comme Audrey l'a mentionné précédemment, il n'y a rien de systématique pour ce faire actuellement.

Mme Kirsty Duncan: C'est ce que je voulais savoir. D'accord.

Combien y a-t-il de places pour les étudiants autochtones dans les universités et les collèges? À quel montant se chiffre le financement pour ces étudiants?

Dre Marcia Anderson: Encore une fois, le nombre de places varie selon l'université, la province et le programme. Il est important de comprendre qu'un étudiant autochtone peut s'inscrire à un programme général de n'importe quelle université et y être admis, mais je crois que vous faites probablement allusion au nombre de sièges désignés spécifiquement pour les programmes autochtones. En médecine, le nombre varie de zéro dans certaines des écoles jusqu'à... C'est probablement en Colombie-Britannique où le nombre est le plus élevé, et il y en a maintenant plus de dix par promotion.

Mme Kirsty Duncan: De zéro à dix.

Dre Marcia Anderson: Plus que dix. Je ne me souviens pas du nombre exact.

Mme Kirsty Duncan: Quelle est la structure de financement? Des étudiants en médecine se sont présentés à mon bureau et ont raconté que la situation était très difficile. De nos jours, il est coûteux d'étudier en médecine, et ces étudiants ont dit qu'à Toronto, il s'agissait d'un défi, à moins de venir de Rosedale. Quel est le financement disponible?

Dre Marcia Anderson: C'est variable. Les étudiants inscrits comme Indiens peuvent avoir accès à du financement de leur bande, selon qu'elle a des règles sur le nombre maximal d'années admissibles à un financement ou sur le nombre maximum de diplômes, puisque tout le monde doit avoir un diplôme préalable. Ensuite, des programmes de bourses sont disponibles au fédéral par l'intermédiaire de la Fondation nationale des réalisations autochtones, dans les provinces, au sein de la collectivité ou directement à l'université. C'est extrêmement variable d'un bout à l'autre du pays.

Enfin, il y a bien sûr les prêts étudiants. Or, nous savons que les étudiants autochtones sont moins susceptibles de vouloir contracter un prêt étudiant que les autres étudiants. Ce n'est donc pas toujours considéré comme la même option.

• (1040)

Mme Kirsty Duncan: Quel est le niveau d'endettement moyen d'un étudiant en médecine ou en soins infirmiers à la fin de ses études? En comparaison, quel est celui des étudiants non autochtones?

Dre Marcia Anderson: Nous n'avons pas de chiffres fondés sur des données probantes à cet égard. C'est anecdotique. De manière générale, nous savons qu'il en coûte maintenant plus de 100 000 \$ à un étudiant en médecine. Pour ce qui est de l'anecdote, j'ai été en mesure de voir des demandes de bourse, notamment, et nous voyons souvent des chiffres plus élevés que cela, mais je ne peux pas vous donner une réponse ferme.

Mme Kirsty Duncan: D'accord.

Madame Lawrence, vous aviez commencé à parler du financement disponible. Vous disiez qu'initialement, il était à 100 p. 100 et il se situe maintenant à 10 p. 100. Pourriez-vous nous en toucher un mot, s'il vous plaît?

Mme Audrey-Claire Lawrence: Comme l'ONRIISC et l'IPAC, on nous accorde désormais un financement axé sur les projets. Lorsqu'il n'y a pas de financement de base, il est très difficile d'entreprendre des projets et d'avoir du personnel permanent. Certes, nous ne sommes pas nécessairement à la recherche d'un financement total — qui serait bien sûr l'idéal —, mais nous avons tout de même besoin d'une certaine capacité fondamentale pour conserver un personnel de base capable de continuer et de chercher des fonds supplémentaires pour des projets particuliers et des activités...

L'une de nos préoccupations, c'est que nous ne sommes pas un organisme d'accréditation. Nos infirmières et nos médecins doivent obtenir leur accréditation et leur permis auprès d'autres collèges de réglementation et d'associations d'infirmiers.

Étant donné que nous sommes un groupe d'intérêt, si nous demandons même un montant supplémentaire de 50 ou 60 \$ à nos membres — nous venons de majorer notre taux parce que nous avons besoin de fonds —, nous allons seulement repousser le nombre d'infirmiers qui en feront partie, parce qu'il s'agit d'un troisième palier. Certains d'entre eux paient déjà des frais de plus de 900 \$ pour leur association de réglementation et leur adhésion de soins infirmiers, de sorte que ce montant supplémentaire serait beaucoup trop cher, surtout s'ils sont chefs de famille monoparentale. Nous ne pouvons donc pas vraiment continuer à soutenir ce rythme.

Nous travaillons dans un partenariat très efficace et rentable qui amorce les discussions nécessaires pour entraîner des solutions, comme le disait Valorie. Ainsi, il y a une certaine responsabilité pour soutenir les associations qui peuvent aider à étudier les questions suivantes: quels sont les domaines prioritaires, comment pouvons-nous connaître quelques réussites et comment aborder ces questions à long terme pour apporter des changements efficaces?

Mme Kirsty Duncan: Je vous remercie, madame Lawrence.

La vice-présidente (Mme Joyce Murray): Merci.

Monsieur Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Je vous remercie, madame la vice-présidente.

J'aimerais savoir quelles répercussions ont eu les modifications apportées récemment aux capacités de recrutement et de rétention de l'Ontario sur collectivités autochtones de la province. Je viens de la circonscription de Barrie, où nous avons d'énormes pénuries de médecins. Il y a deux semaines, on a apporté des changements selon lesquels les étudiants qui ne satisfont plus l'indice rural ne recevront plus de remboursements des frais de scolarité ou de subventions d'encouragement. Dans ma collectivité, il s'agit d'une compression de 55 000 \$, ce qui touche 17 médecins de ma circonscription.

Est-ce que des régions où habitent des Autochtones sont touchées, et est-ce une mesure que vous pouviez auparavant utiliser comme incitatif? La province n'avait-elle pas mis cette mesure à votre disposition?

Dre Marcia Anderson: Comme c'est la première fois que j'en entends parler, je ne vais pas prétendre que cette réponse a été bien réfléchi et approfondie. Cette modification pourrait assurément avoir des répercussions sur nos collectivités. Je viens du Manitoba; les politiques de l'Ontario me sont donc moins familières, et je m'en remets à quelqu'un d'autre qui est originaire de cette province. Tout le monde semble hocher la tête.

Je crois que cela renvoie à la question précédente sur la parité de financement et la capacité à offrir des forfaits compétitifs. Je ne suis pas certaine de savoir comment est calculé votre indice rural, mais selon la taille de la collectivité, beaucoup de petites collectivités éloignées ne peuvent souvent pas soutenir un médecin à temps plein de toute façon. Tout ce qui peut compliquer la situation et les rendre plus susceptibles de choisir un endroit où ils sont admissibles à ce bonus pourrait être un pas en arrière. Je peux voir en quoi cette modification pourrait être dommageable.

M. Patrick Brown: C'était la mesure incitative la plus efficace que nous avons pu offrir. Ainsi, je présume que si on l'enlève également aux collectivités autochtones de l'Ontario, ce serait particulièrement difficile.

À quels types d'efforts de recrutement avez-vous recours? Quels outils avez-vous à votre disposition et lesquels aimeriez-vous avoir pour inciter les médecins à pratiquer dans les régions autochtones?

• (1045)

Dre Marcia Anderson: Bien sûr, le salaire est l'un de ces outils. Dans les petites collectivités, nos médecins doivent surmonter des défis réels tels que la grande difficulté de gagner un salaire concurrentiel lorsqu'ils doivent maintenir le paiement à l'acte. Il est donc préférable pour eux de conserver des postes salariés, même si le système de soins de santé tente de se détourner d'eux. Ainsi, le maintien des postes salariés est un vrai facteur clé.

Au Manitoba, il y a également des primes de recrutement dans le Nord. Il importe de comprendre que, du moins au Manitoba, c'est la province qui paie tous les services médicaux. C'est la responsabilité de la province de recruter les médecins et de les maintenir en poste, ainsi que de déterminer les primes. Nous devons donc continuer à soutenir nos provinces à cet égard.

La troisième chose que je vais mentionner, c'est l'appui nécessaire pour tout professionnel pratiquant seul dans une petite collectivité, qu'il s'agisse d'un infirmier, d'un médecin ou d'un représentant en santé communautaire. Nous avons tous besoin d'avoir ce genre de soutien professionnel et personnel, et j'estime que ce domaine est vraiment négligé. Nos organisations doivent avoir les moyens de payer la cybertechnologie continue, que ce soit pour des séminaires Web, des forums de mentorat en ligne, etc. Il faut faire un meilleur travail de soutien de notre personnel dans des régions rurales éloignées.

M. Patrick Brown: En Ontario et au Québec, on a commencé à investir dans les infirmières praticiennes comme moyen d'atténuer certaines pénuries. En Ontario, nous avons le ratio d'une infirmière praticienne pour quatre médecins, si ceux-ci peuvent en trouver une. Dans ma circonscription, une infirmière praticienne peut enlever 800 patients de la liste d'attente. Or, ce qui pose problème, c'est que la plupart des médecins ne veulent pas d'une infirmière praticienne ou n'ont pas pu en trouver une, car nous en sommes encore au stade élémentaire de l'éducation et de la formation d'assez d'infirmières praticiennes en Ontario.

Avez-vous l'impression que c'est un défi semblable? Y a-t-il suffisamment d'infirmières praticiennes dans les collectivités autochtones?

Mme Audrey-Claire Lawrence: En ce qui concerne ce qu'a souligné Rhonda, c'est qu'il y a beaucoup de financement à la base pour inciter les gens à s'inscrire, et nous ne voulons pas le réduire, car il est déjà insuffisant. Cependant, quand on essaie de combler ou de renforcer les programmes pour que les infirmières auxiliaires deviennent des infirmières autorisées et que les infirmières autorisées deviennent des infirmières praticiennes, il se peut que les fonds ne soient pas disponibles ou qu'ils soient insuffisants.

Il y a aussi la question d'être capable de réserver un poste pendant que quelqu'un prend une année sabbatique pour terminer un programme d'études ou obtenir les références nécessaires pour devenir une infirmière praticienne. Il n'y a rien de mal à inclure une condition d'emploi selon laquelle un employé doit occuper son poste pendant deux ans après que l'employeur lui a payé la formation. Cette manière de procéder est convenable, mais les gens ont besoin de financement à ce moment-là. Comme on l'a mentionné, la plupart des gens qui deviennent des infirmiers et des médecins sont habituellement des étudiants plus âgés. Ils ont des familles et des enfants. La question du financement de la garderie se pose alors. Il faut également tenir compte d'autres dépenses connexes. Il faudrait explorer cette avenue.

La vice-présidente (Mme Joyce Murray): Merci.

Madame Hughes.

Mme Carol Hughes: Je vous remercie.

J'ai une question à propos de l'Université des Premières Nations du Canada en Saskatchewan. Je présume qu'on y offre des cours sur la santé. Étant donné que le gouvernement a retiré le financement de cette université, je me demande quel sera l'impact sur les premières nations qui y suivent des cours, s'il y en a.

Mme Rhonda Goodtrack: Merci beaucoup.

Actuellement, des étudiants sont inscrits au programme de sciences infirmières à l'Université des Premières Nations. Comme je l'ai dit, il s'agit d'un partenariat entre Saskatoon, Regina et Prince Albert, et il y a des étudiants sur tous les campus. Tous les étudiants qui sont actuellement inscrits seront en mesure d'achever leur programme. Je crois que c'est l'Université de Regina qui va orchestrer ce volet-là.

Pour ce qui est des étudiants futurs ou potentiels, ils veulent fréquenter des institutions dirigées par des Autochtones comme l'Université des Premières Nations en raison du volet autochtone qui s'y trouve. Ils veulent cette composante. Si l'Université des Premières Nations n'est pas autorisée à poursuivre ses activités, les étudiants vont passer à côté, tout à fait.

À ce stade-ci, je ne peux pas faire de remarques sur l'administration, mais le volet des connaissances autochtones est crucial pour les soins de santé des Autochtones.

• (1050)

Mme Carol Hughes: Pour continuer là-dessus, compte tenu de la lacune sur le plan culturel dans l'enseignement général aux professionnels de la santé, à quel point est-ce important d'inclure cette composante dans tous les programmes de soins de santé?

Mme Rhonda Goodtrack: Il est impérieux que les connaissances autochtones soient intégrées à toutes les disciplines de la santé. Nous avons travaillé avec l'Association des médecins autochtones du Canada. Nous avons un cadre de compétences culturelles dont il est question dans le mémoire que vous avez reçu. On peut également le télécharger sur notre site Web. Il est très important que cette pièce y soit intégrée pour aider à améliorer les soins fournis par le praticien au patient, le client.

Mme Carol Hughes: J'aimerais parler des silos qui sont actuellement là-bas. Je vais laisser cette question ouverte.

L'espérance de vie des Indiens inscrits est de 6,6 ans de moins que celle de la population canadienne — ces données datent de 2001. De plus, d'après le rapport de la vérificatrice générale de 2008, les taux de mortalité infantile, l'incidence de la tuberculose et les taux de diabète sont tous plus élevés. Nous ne parlons donc pas seulement de médecins et d'infirmiers; il y a de nombreux autres besoins en matière de soins de santé. Je peux vous dire que la première nation de Wikwemikong aimerait avoir un appareil de dialyse et que des Manitobains cherchaient une machine à rayons X.

À quel point est-il impératif que nous satisfassions le besoin d'autres professionnels de la santé? Avez-vous des propositions quant à la manière de résoudre cet enjeu?

Dre Marcia Anderson: C'est un excellent point. Vous parlez de l'éventail des professions de la santé que l'on doit examiner. L'une des raisons pour lesquelles nous pouvons être ici aujourd'hui en tant qu'organisations, c'est que nous avons atteint une masse critique dans notre profession. Nous en sommes très reconnaissants. Si nous ne voyons pas d'organisations de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de pharmaciens ou de techniciens en radiologie, c'est parce qu'ils n'ont pas encore atteint cette masse critique. Nous devons procéder avec grande précaution afin de veiller à nos propres intérêts en tant que professionnels de la médecine — infirmiers, RSC, etc. — au lieu de conscientiser nos étudiants à l'éventail d'options qui s'offrent à eux.

Si vous parlez à un étudiant d'une collectivité rurale éloignée, il n'aura jamais vu un ergothérapeute ou il n'aura même pas la moindre idée de ce que le terme signifie ou de ce que fait cette personne. Cependant, je sais que c'est probablement le cas pour la majeure partie de la population générale: l'ergothérapie est une discipline complexe.

Cela rejoint l'un des points que j'ai soulevés tout à l'heure: il faut travailler avec les élèves, les familles et les enseignants beaucoup plus tôt. Ainsi, lorsque les étudiants sont à un âge où ils commencent à comprendre ce qu'est la gamme des différentes professions de la santé, ils sont prêts à en choisir une. Ils peuvent choisir de devenir un RSC qui travaille dans la promotion de la santé dans leur collectivité, un technicien en radiologie, un physiothérapeute, etc. C'est sur le point de départ commun que nous devons mettre davantage l'accent.

La vice-présidente (Mme Joyce Murray): Je vous remercie, docteur Anderson.

C'est au tour de Mme Block.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Merci beaucoup, madame la vice-présidente.

Quelle bonne conversation à laquelle prendre part! Je ne suis pas une membre régulière du Comité de la santé. Avant d'être élue députée, j'ai été la présidente d'un conseil de santé de district dans le troisième plus petit district de santé en importance de la Saskatchewan ainsi qu'une membre de la plus grande région de santé, Saskatoon. Il me semble que nous discutons exactement de ces mêmes questions en 1993, 1994 et 1995. Certains progrès ont été réalisés. C'est ce que je vous ai entendu dire. Je me souviens d'avoir été présidente en 1997 du groupe de travail sur l'entente du SIMAS. Rhonda, j'ignore si le Saskatchewan Indian and Métis Affairs Secretariat vous est familier, mais nous tentions de trouver des moyens d'encourager les jeunes autochtones à aller vers des professions des soins de santé.

Je crois que nous avons fait des progrès concernant les diplômés autochtones de l'enseignement postsecondaire. Nous parlions de recrutement et de rétention, ainsi que du recrutement des professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées. Avez-vous des données quant au nombre d'entre eux qui reviennent dans leurs collectivités d'origine pour fournir leurs services?

• (1055)

Mme Rhonda Goodtrack: Il n'y a rien actuellement pour recueillir ces données. Nous savons que certains retournent chez eux. Nous parlions de l'expérience d'une étudiante dans le programme de soins infirmiers. Elle vient d'Onion Lake, à la frontière de l'Alberta et de la Saskatchewan. Je lui ai demandé si elle entendait revenir dans la région à la fin de ses études à l'école de sciences infirmières. Elle a répondu qu'idéalement, elle aimerait cela, mais qu'elle va rester dans un centre urbain jusqu'à ce que ses enfants aient terminé l'école, car elle ne veut pas qu'ils aient autant de difficultés qu'elle en mathématiques et en sciences.

Dre Marcia Anderson: Nous essayons de recueillir ces données grâce au sondage dont j'ai parlé tout à l'heure. Nous ne les avons pas encore. Je dis souvent de garder à l'esprit ce que signifie de travailler en santé pour les Autochtones et de servir la communauté autochtone du Canada. Bien sûr, on peut s'y prendre de diverses façons: en travaillant dans les collectivités rurales et éloignées des Autochtones, des Inuits et des Métis; en enseignant la santé autochtone dans les facultés de médecine; en travaillant dans les centres urbains, puisque 50 p. 100 de notre population est urbaine et que tous les soins tertiaires sont fournis dans les zones urbaines; en travaillant dans la politique de santé; et en travaillant dans la recherche en santé autochtone. J'encourage passivement nos membres à travailler dans n'importe lequel de ces domaines et pas seulement dans les collectivités rurales et éloignées.

La vice-présidente (Mme Joyce Murray): Voilà qui met fin à notre séance. Je tiens à vous remercier de nous avoir consacré du temps dans vos horaires qui sont évidemment très occupés et des questions difficiles que vous vous efforcez de résoudre au nom des Canadiens. Nous vous sommes donc reconnaissants d'être venus pour nous aider à mieux comprendre ces questions.

Je tiens à informer les membres du comité que le Sous-comité sur les maladies neurologiques se réunit tout de suite après.

La séance est levée.

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>