



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 150



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 4 juin 2019**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 4 juin 2019

• (1605)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** Bienvenue à tous à la 150<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé. Je suis désolé pour le retard. C'est un peu le chaos ces jours-ci. Nous allons faire le plus vite possible.

Nous commençons les témoignages sur la violence subie par les travailleurs de la santé. Nous accueillons aujourd'hui, de l'Association canadienne des soins de longue durée, Jennifer Lyle, agente de liaison pour la National Alliance for Safety and Health in Healthcare. Se joint également à nous Jenna Brookfield, représentante en matière de santé et de sécurité du Syndicat canadien de la fonction publique. Nous avons par téléconférence de Burnaby, en Colombie-Britannique, Georgina Hackett, directrice de la santé et de la sécurité au travail, et Alex Imperial, représentant de l'Hospital Employees' Union. Enfin, nous accueillons le directeur général de Liberty Defense Holdings Ltd, William Riker Jr.

Bienvenue à tous. Chacun de vous dispose de 10 minutes pour faire une déclaration préliminaire, après quoi nous passerons à la période de questions.

Nous allons commencer par l'Association canadienne des soins de longue durée. Vous avez 10 minutes.

**Mme Jennifer Lyle (agente de liaison, National Alliance for Safety and Health in Healthcare, Association canadienne des soins de longue durée):** Merci.

Je m'appelle Jennifer Lyle. Je suis la PDG de SafeCare BC et l'un des membres fondateurs de la NASHH, la National Alliance for Safety and Health in Healthcare. Je suis ici aujourd'hui au nom de l'Association canadienne des soins de longue durée en ma qualité d'agente de liaison avec la NASHH.

L'Association est un organisme national composé d'associations provinciales et de fournisseurs de soins de longue durée qui offrent des services de soins de santé publics aux personnes âgées partout au Canada. Elle représente également les fournisseurs de soins qui offrent des services de soutien à domicile et des soins aux jeunes adultes handicapés.

La National Alliance for Safety and Health in Healthcare, ou NASHH, est un regroupement national d'associations de santé et de sécurité au travail qui travaille avec des organismes de soins de santé et des travailleurs de partout au Canada pour promouvoir des milieux de travail plus sécuritaires et plus sains.

Monsieur le président, honorables députés, le secteur des soins continus est en crise. Nos fournisseurs de soins manquent de personnel, de ressources et subissent des pressions incroyables pour fournir des soins de qualité à une population de plus en plus complexe. Combinés, ces facteurs créent un mélange toxique qui

entraîne non seulement l'épuisement professionnel, mais aussi des blessures professionnelles.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. À l'échelle nationale, le nombre de réclamations pour des heures de travail perdues en raison de la violence dans les services de santé et les services sociaux a augmenté de plus de 65 % au cours des 10 dernières années. En Colombie-Britannique seulement, plus de 60 % de toutes les plaintes de violence en milieu de travail concernent les services de santé et les services sociaux parmi les principaux groupes industriels, selon WorkSafeBC, et pourtant, ce secteur ne représente que 11 % de l'effectif provincial total de ce groupe.

Dans l'ensemble, la violence est l'une des principales causes de blessures en milieu de travail dans le secteur des soins continus de la Colombie-Britannique, et la Colombie-Britannique ne constitue pas une exception. Partout au Canada, nous sommes tous confrontés au même défi: comment s'attaquer aux causes profondes de la violence en milieu de travail dans les soins de santé?

Pour s'attaquer à la cause profonde d'un problème, il faut d'abord le cerner et le comprendre, ce qui me ramène à ce que j'ai dit plus tôt au sujet du manque de personnel, du manque de ressources et des pressions.

Pour comprendre la pression que subissent les fournisseurs de soins, il faut comprendre comment la clientèle du secteur des soins continus a changé au cours de la dernière décennie et où nous allons. Aujourd'hui, 62 % des bénéficiaires de soins de longue durée et 28 % des bénéficiaires de soins à domicile souffrent d'une forme ou d'une autre de démence et ces pourcentages devraient continuer d'augmenter. D'ici 2031, plus de 937 000 Canadiens seront atteints de démence. C'est une augmentation de 66 % par rapport aux données actuelles.

En plus des tendances que nous observons en ce qui concerne la démence, nous constatons également une augmentation générale de la complexité des besoins des personnes soignées dans des structures de proximité, tandis que nous continuons de nous éloigner du modèle de soins en établissement. Parmi ces personnes, citons les personnes atteintes de troubles psychiatriques et de dépendances qui peuvent aussi souffrir de démence à mesure qu'elles vieillissent. Ce sont tous des facteurs de risque de violence.

La violence ne survient pas dans tous ces cas, mais, trop souvent, notre système met les fournisseurs de soins en danger en raison de la façon dont les soins sont prodigués. Ce qui m'amène à mon prochain point: le manque de personnel.

Dans un récent sondage mené par SafeCare BC sur le secteur des soins continus, 95 % des répondants ont indiqué que leur organisme manquait de personnel. Vous vous demandez peut-être ce que la pénurie de personnel a à voir avec la violence. Nous avons posé la question dans le sondage. Nous avons demandé quelles sont les répercussions de la pénurie de personnel sur la sécurité des fournisseurs de soins de santé. Les répondants nous ont dit qu'en raison de la pénurie de personnel, ils font les choses à la hâte, ils sont fatigués, et ils ont l'impression qu'ils n'ont pas le temps de demander de l'aide. Toutes ces choses mettent en danger les fournisseurs de soins.

De plus, lorsque l'on travaille avec des populations vulnérables — par exemple, les personnes âgées atteintes de démence —, il est essentiel d'avoir le temps de comprendre leurs besoins et leurs déclencheurs; du temps dont on ne dispose pas en raison du manque criant de fournisseurs de soins entraîné par les pénuries chroniques de personnel.

Par ailleurs, tout comme les pénuries de personnel entraînent des blessures en milieu de travail, les blessures en milieu de travail entraînent des pénuries de personnel. Prenons l'exemple de la Colombie-Britannique. En 2018, l'équivalent de près de 650 postes à temps plein ont été perdus en raison d'une blessure au travail. Imaginez qu'un organisme — ou plusieurs organismes — perde ce nombre d'employés à temps plein. Imaginez les conséquences. C'est le prix à payer pour les blessures en milieu de travail.

Or, au-delà des chiffres, il y a aussi le coût humain. Certains aides médicaux se font agresser sexuellement par les clients atteints de démence qui reçoivent des soins à domicile. Des infirmières se font frapper à la mâchoire par des personnes âgées en état confusionnel aigu. Des préposés aux services de soutien à la personne ne savent pas comment ils vont faire pour revenir au travail. Enfin, des personnes âgées voient des répercussions sur leurs soins, parce que la personne sur laquelle elles comptent, la personne avec laquelle elles ont créé des liens, n'est plus disponible en raison d'une blessure au travail.

Que peut-on faire? Une option consiste à renouveler la stratégie nationale en matière de ressources humaines en santé avec une stratégie qui tient compte à la fois des soins aux personnes âgées et de la sécurité en milieu de travail, qui tient compte de l'évolution démographique de notre société et du virage vers les soins dans des structures de proximité, et qui place au centre le bien-être physique et psychologique des fournisseurs de soins, parce qu'au bout du compte, nous parlons de gens, de gens qui essaient de faire de leur mieux avec ce qu'ils ont.

Ce qui m'amène à mon dernier point: le manque de ressources. Il s'agit d'un vaste sujet, alors, par souci de concision, je vais me concentrer sur trois aspects clés: l'infrastructure, l'éducation et les données.

Du point de vue de l'infrastructure, la recherche a prouvé toute l'importance de l'aménagement, en particulier d'un aménagement convivial pour les personnes atteintes de démence. Un environnement adapté aux personnes souffrant de démence permet de réduire au minimum le risque de comportements agressifs. En termes simples, un environnement adapté aux personnes atteintes de démence entraîne non seulement de meilleurs soins, mais il est aussi plus sûr pour les fournisseurs de soins.

Cependant, nous faisons face à des défis importants partout au pays. Le CALTC estime que 40 % des foyers de soins ont besoin de travaux de rénovation majeurs. En Colombie-Britannique, l'âge moyen d'un foyer de soins est de 30 ans. Beaucoup de choses ont

changé en 30 ans. Nous comprenons beaucoup mieux la démence et l'importance d'un aménagement intelligent. Toutefois, les personnes âgées qui arrivent dans les foyers de soins ont changé. L'époque où une personne âgée prenait sa voiture pour se rendre au foyer de soins et y défaisait seule ses bagages est révolue. Les foyers de soins dans lesquels vivent ces personnes âgées ne répondent plus à leurs besoins. Ces lacunes sur le plan de l'aménagement se répercutent à la fois sur leur qualité de vie et sur la sécurité des fournisseurs de soins qui les aident.

Le gouvernement fédéral a l'occasion d'agir dans ce domaine. Il pourrait notamment prendre appui sur l'investissement en santé communautaire de 6 milliards de dollars inscrit dans le Plan investir dans le Canada et inclure des investissements dans l'infrastructure des foyers de soins, parce que, ne vous méprenez pas, ces foyers ne sont pas des établissements de soins ni des hôpitaux: ils sont des maisons privées. Ces investissements pourraient servir à intégrer la recherche et les connaissances accumulées au cours des trois dernières décennies dans les travaux de rénovation et les nouvelles constructions pour que les soins soient plus sûrs.

Nos fournisseurs de soins manquent également de ressources éducatives. À l'heure actuelle, aucune norme nationale sur les compétences de base en matière de sécurité au travail ne s'applique aux travailleurs de la santé. Il y a aussi d'importants écarts entre les professions de la santé quant aux compétences de base requises.

Une partie de notre travail à SafeCare BC consiste à faire des progrès avec ce groupe pour cette raison même. Le travail en soins continus comporte des risques élevés. Par conséquent, tous les fournisseurs de soins de santé devraient être tenus d'avoir des compétences de base en sécurité au travail avant d'entrer dans le domaine. Nous constatons toutefois que ce n'est pas le cas.

Une des raisons qui expliquent cette lacune est le manque de sensibilisation. C'est là que nous devons saisir les possibilités. Il est possible de mener une campagne publique de sensibilisation aux problèmes de la violence dans les soins de santé et aux outils et stratégies disponibles pour l'atténuer. Il est également possible de remédier au manque de normalisation en matière d'éducation, notamment en établissant un groupe de travail national chargé de créer des lignes directrices sur les compétences essentielles et la sécurité au travail pour les fournisseurs de soins.

Enfin, il y a les données. Les données nous permettent de prendre des décisions éclairées. Elles sont autant une ressource qu'une infrastructure physique, mais quand il s'agit de données nationales, nous avons de la difficulté. Il n'y a pas de définition nationale normalisée de « l'industrie des soins de santé », et lorsqu'il s'agit des données sur les blessures en milieu de travail, les commissions des accidents du travail provinciales n'utilisent pas les mêmes codes pour les données sur les blessures en milieu de travail. Il est donc difficile de comparer des pommes avec des pommes et de dégager des tendances nationales.

Ce défi offre lui aussi des possibilités. Nous pourrions notamment jouer un rôle de chef de file dans l'établissement de points de référence nationaux sur les données de sécurité en milieu de travail, comme cela a été fait dans le cadre de projets pancanadiens antérieurs, comme le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux.

Le manque de personnel, le manque de ressources et les pressions constituent sans aucun doute de grands défis, mais le gouvernement fédéral a la possibilité d'opérer des changements positifs. Les choses doivent changer. L'avenir du système de santé dépend de ses effectifs. Si nous ne prenons pas soin des fournisseurs de soins, qui s'occupera de nous et de nos proches lorsque nous en aurons besoin?

Merci.

• (1610)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au Syndicat canadien de la fonction publique et à Jenna Brookfield. Vous avez 10 minutes.

**Mme Jenna Brookfield (représentante en matière de santé et de sécurité, Syndicat canadien de la fonction publique):** Bonjour, et merci de me donner l'occasion de m'adresser au Comité aujourd'hui.

Je parle au nom des 680 000 membres du Syndicat canadien de la fonction publique. Nos membres sont aux premières lignes du système de soins de santé et, à ce titre, ils font face eux-mêmes au phénomène de la violence en milieu de travail. Parmi nos membres, 158 000 travaillent dans des milieux de soins de santé, y compris des hôpitaux, des établissements de santé publique, des établissements de soins de longue durée, des services de santé de proximité, des soins à domicile et à la Société canadienne du sang.

Notre mémoire renferme de nombreuses statistiques qui contribuent à illustrer la prévalence de la violence dans notre système de soins de santé. Je souhaite utiliser le temps qui m'est alloué aujourd'hui pour en souligner les répercussions sur notre système de soins de santé et sur les travailleurs sur lesquels les Canadiens comptent dans les moments où ils en ont le plus besoin.

Il y a près de 1 700 ans, le poète romain Juvénal a posé la question suivante: « Mais qui gardera ces gardiens? » pour parler des craintes d'une société préoccupée par l'abus de pouvoir et la centralisation de ce pouvoir. S'il y avait un équivalent canadien à cette question en 2019, ce serait: « Mais qui prendra soin de ces soignants? »

En tant que société, nous avons décidé que les soins de santé étaient une priorité et nous avons consacré de nombreuses ressources à leur prestation, mais nous n'avons pas réussi à répondre aux besoins de ceux qui sont sur la ligne de front et qui fournissent ces services essentiels.

Les employeurs n'ont pas pris les mesures appropriées pour contrer la violence en milieu de travail. Les gouvernements provinciaux n'ont pas réussi à réglementer et à financer adéquatement nos milieux de travail dans le domaine de la santé pour relever ces défis. Notre système judiciaire n'est pas parvenu à responsabiliser ceux qui s'en prennent à nos fournisseurs de soins.

Qui prend soin des soignants? Leurs familles le font, tout comme les syndicats, mais surtout, les innombrables Canadiens qui se tournent vers eux tous les jours pour obtenir de l'aide et du soutien se soucient réellement des soignants dans notre société. Nous devons faire en sorte qu'ils sentent que ceux qui sont au pouvoir se préoccupent d'eux aussi.

La violence dans notre système de santé est une réelle épidémie, et ce n'est pas une hyperbole. Les statistiques des commissions des accidents du travail de toutes les provinces et tous les territoires au Canada confirment que les travailleurs des établissements de soins de longue durée signalent à eux seuls plus d'incidents de violence que tout autre milieu de travail. Chaque jour, un travailleur en soins de longue durée est plus susceptible de subir de la violence qu'un agent de police ou un gardien de prison.

J'aimerais pouvoir dire que le moment est venu d'agir, mais malheureusement, ce moment est passé depuis longtemps. Le moment est venu d'essayer de limiter les dégâts et de faire ce que nous pouvons pour protéger les travailleurs qui s'occupent de nous.

Dans mon rôle au SCFP, je côtoie tous les jours des travailleurs de la santé qui ne sont pas protégés par leur système de santé et de sécurité au travail, dont les agresseurs ne sont pas tenus responsables par le système judiciaire et qui se tournent vers leur syndicat pour obtenir de l'aide. Je ne suis pas en mesure de leur fournir les ressources dont ils ont besoin pour être en sécurité au travail et je ne suis pas en mesure d'imposer des sanctions à ceux qui les ont agressés, mais je suis en mesure de les défendre, et c'est pourquoi je suis ici aujourd'hui.

Je suis ici pour donner une voix à nos membres qui travaillent dans le secteur des soins à domicile et qui ont été battus et agressés sexuellement. Lorsque ces travailleurs, qui sont majoritairement des femmes, se rendent chez leurs clients, ils n'ont aucun contrôle sur leur milieu de travail et n'ont aucun collègue vers qui se tourner lorsque les choses tournent mal. J'ai rencontré ces travailleurs. Pas plus tard que le mois dernier, j'ai passé un après-midi à écouter une de nos membres qui avait été agressée sexuellement au travail et qui ne voulait pas porter plainte, parce que la dernière fois qu'elle a porté plainte, rien ne s'est produit, mis à part qu'elle s'est retrouvé avec un client de moins le lendemain et quatre heures de moins de salaire.

Je suis ici pour parler au nom de nos membres dans les milieux de soins de longue durée partout au pays, ces travailleurs qui s'efforcent d'assurer la sécurité et la dignité d'une génération de Canadiens qui ont bâti une grande partie de ce dont nous jouissons tous aujourd'hui. Malheureusement, ces milieux de travail ont changé radicalement au cours des dernières années.

Les installations que nous appelions auparavant les « maisons de retraite » accueillent maintenant tous ceux qui ont besoin de soins, et qui ne trouvent pas leur place ailleurs dans notre système de santé. Parmi ces gens, nous retrouvons un ancien culturiste qui a subi un traumatisme cérébral et qui est maintenant incapable de contrôler ses impulsions violentes. Je parle ici d'un vrai résidant dans un vrai établissement de soins de longue durée. J'ai moi-même été témoin des conséquences de ses agressions chaque fois qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel pour répondre à ses besoins. Ceux qui ont le plus de chance s'en sortent avec des ecchymoses. Au cours des deux dernières années, trois des travailleurs qui ont travaillé avec ce résidant ont eu des fractures.

Il n'y a pas que les jeunes et les gens qui sont physiquement forts qui peuvent être violents. Le taux de troubles cognitifs chez les personnes âgées est à la hausse, et bon nombre de ces troubles, comme la maladie d'Alzheimer ou la démence, peuvent compromettre la capacité des résidants de contrôler leur propre comportement. Sans que ce soit leur faute, ces résidants sont aussi devenus une source fréquente de violence en milieu de travail. Le manque de ressources expose le personnel de ces établissements ainsi que les autres résidants pris en charge à des risques.

•(1615)

Je suis ici pour défendre les intérêts de nos membres dans le secteur des soins de courte durée, c'est-à-dire les travailleurs des hôpitaux qui nous prodiguent des soins dans les moments où nous en avons le plus besoin et tous ceux qui assurent le fonctionnement de ces services, y compris tous les travailleurs en cuisine, les travailleurs administratifs et les travailleurs des services environnementaux qui assurent la salubrité de nos hôpitaux et leur protection contre les pathogènes et les bactéries. Ils subissent tous de la violence dans leur milieu de travail.

Même dans le meilleur des mondes, nos hôpitaux sont des milieux de travail difficiles, mais lorsqu'il y a de la violence, ce travail difficile est presque intenable. Les employés de presque tous les autres secteurs peuvent interrompre leur travail dans des situations dangereuses en invoquant leur droit de refuser un travail dangereux. Ce système s'est effondré dans le secteur des soins de courte durée. On menace le personnel autorisé, car toute interruption de soins pourrait être interprétée comme un abus et pourrait lui coûter son permis et son gagne-pain. D'autres sont poussés par leur empathie à se mettre en danger parce que quelqu'un d'autre est dans le besoin.

Tandis que d'autres milieux de travail peuvent interdire l'entrée aux personnes ayant des antécédents de comportement violent, les hôpitaux doivent accepter tout le monde et trouver un moyen de fournir des soins à toute personne dans le besoin. Nos membres seraient les premiers à défendre le droit de tout le monde au Canada de recevoir des soins de qualité. Le SCFP préconise le droit à la sécurité dans la prestation des soins.

Les facteurs qui causent la violence dans notre système de santé sont complexes et multidimensionnels. Les chercheurs ont recensé quatre types distincts de violence en milieu de travail, et chacun constitue un danger unique en milieu de travail qui nécessite une approche différente pour le résoudre.

Ce qu'on appelle la violence en milieu de travail de type I résulte d'un acte criminel. Des modifications législatives comme celles proposées dans le projet de loi C-434 aideront à prévenir certains de ces incidents. J'implore le Comité de ne pas s'arrêter là et de se pencher sur d'autres formes de violence qui affligent nos milieux de travail dans le domaine de la santé.

Ce que les chercheurs appellent la violence en milieu de travail de type II est causée lorsque ceux à qui le milieu de travail fournit des services deviennent la source de la violence. C'est incroyablement complexe dans un contexte de soins de santé. Ce risque est accru par de lourdes charges de travail, des pénuries de personnel et un manque de professionnels de la sécurité adéquatement formés et faisant partie intégrante des équipes de soins.

Le gouvernement fédéral peut contribuer à relever ces défis grâce à un financement ciblé dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé. Ce financement ciblé pourrait être affecté à l'augmentation des niveaux de dotation et au remplacement du personnel malade ou blessé. Nous pourrions ainsi nous assurer que personne ne travaille seul. Nous pourrions élargir les services de santé afin que des centres de traitement spécialisés soient en place et que les patients ne soient pas gardés dans des milieux qui ne répondent pas à leurs besoins ou qui n'ont pas la formation et l'infrastructure nécessaires pour leur fournir des soins en toute sécurité.

Parmi les autres recommandations sur ce à quoi pourrait servir ce financement ciblé, mentionnons la prestation d'une formation complète en personne à tout le personnel afin qu'il soit mieux équipé pour reconnaître les signes ou les conditions qui pourraient

mener à la violence, ainsi qu'une formation sur la façon dont les travailleurs peuvent désamorcer la violence et se protéger s'ils sont attaqués. Nous pouvons fournir aux travailleurs de première ligne des alarmes personnelles et nous assurer que d'autres alarmes fixes dans les installations sont installées et fonctionnelles, ce qui n'est pas toujours le cas.

De plus, nous pouvons offrir du soutien aux travailleurs qui ont été blessés ou traumatisés, comme des services de counseling, et leur accorder suffisamment de temps pour se remettre d'un incident. Nous pouvons fournir à l'échelle de la province un accès à l'information des dossiers des patients pour que le personnel soit au courant des comportements antérieurs des patients qui ont été transférés d'un établissement à l'autre, car ce n'est pas le cas dans de nombreuses provinces.

Nous pouvons également augmenter la prestation de soins individuels. Nous pouvons aussi offrir des programmes thérapeutiques qui diminueront le stress, la peur, la frustration, l'ennui et la colère chez les patients. Nous pouvons ajouter du personnel de sécurité avec une formation approfondie et la capacité d'intervenir auprès des personnes violentes.

Notre mémoire souligne ces recommandations et d'autres recommandations précises sur les mesures pratiques que peut prendre le gouvernement fédéral pour atténuer le risque de violence dans les établissements de soins de santé.

Je remercie le Comité de nous avoir invités à prendre la parole aujourd'hui. Nous sommes impatients de saisir d'autres occasions de prendre soin des soignants dans notre société.

•(1620)

**Le président:** Merci beaucoup. Nous vous avons écoutée attentivement.

Nous allons maintenant passer au Hospital Employees' Union, par vidéoconférence, pour 10 minutes.

**Mme Georgina Hackett (directrice, Santé et sécurité au travail, Hospital Employees' Union):** Je remercie le Comité de me donner l'occasion de témoigner.

Je m'appelle Georgina Hackett. Je suis directrice de la santé et de la sécurité au Hospital Employees' Union.

**M. Alex Imperial (représentant, Hospital Employees' Union):** Je m'appelle Alex Imperial et je représente le HEU.

Le HEU, le plus ancien syndicat des soins de santé de la Colombie-Britannique, représente 50 000 membres qui travaillent dans des établissements des secteurs public, privé et sans but lucratif. Les membres de notre syndicat oeuvrent dans tous les secteurs du système de santé, offrant des services de soins directs et indirects. Il s'agit aussi bien des hôpitaux de soins actifs que des établissements de soins en résidence, des foyers de groupe communautaires, des cliniques externes, des laboratoires médicaux, des services sociaux communautaires et des organismes de santé des Premières Nations.

La violence en milieu de travail est un problème répandu dans le secteur des soins de santé. La violence touche les travailleurs de toutes les professions et de tous les milieux du secteur. Nos aides-soignants sont souvent victimes de violence en milieu de travail, sont témoins d'incidents violents exigeant leur intervention, et font souvent face à des menaces et à de l'intimidation. Bien que les blessures physiques soient très préoccupantes, le coût psychologique des traumatismes en milieu de travail est un nouvel enjeu pour nos membres.

Les travailleurs de la santé ont maintenant le taux de blessures le plus élevé de tous les secteurs de la province. Dans les établissements de soins de longue durée, le taux de blessures est quatre fois plus élevé que la moyenne provinciale. En Colombie-Britannique, selon les statistiques de la Commission des accidents du travail, les assistants en soins de santé subissent plus de blessures que les travailleurs de toute autre profession et ont le taux le plus élevé de blessures causées par la violence. Au cours des cinq dernières années, ils ont subi environ 16 000 blessures entraînant une perte de temps de travail, dont 15 % étaient liées à la violence.

Nous savons aussi que dans le domaine des soins de santé, les demandes d'indemnisation ne reflètent pas l'ampleur du problème. Il existe de multiples systèmes indépendants qui recueillent les rapports d'incidents violents des travailleurs de la santé de la Colombie-Britannique. En l'absence d'un système intégré standard pour recueillir et analyser les données, il est impossible de vraiment estimer le nombre d'incidents. Le manque d'information centralisée complique également les efforts déployés pour cerner et traiter les facteurs qui contribuent à la violence dans le système de santé. La recherche appuie notre conviction que, pour diverses raisons, la sous-déclaration est répandue dans l'ensemble du secteur. Nous recommandons d'adopter une stratégie ou une approche nationale pour la collecte de données normalisées et la production de rapports.

Nos membres subissent diverses formes de violence, allant de la violence verbale et des menaces aux agressions physiques et sexuelles de la part de patients, de résidents, de clients et même de membres de la famille. Ils se font gifler, frapper à coups de pied ou à coups de poing, cracher dessus et empoigner. Ils sont l'objet de cris et de menaces. Ces formes de violence entraînent des difficultés émotionnelles, physiques et financières pour nos membres et leur famille.

Je vais donner au Comité l'exemple d'une aide-soignante qui a reçu un coup de pied dans le visage, ce qui lui a fracturé la mâchoire. Ce traumatisme lui a causé un TSPT et des douleurs chroniques. Elle a dû prendre un congé d'un an pendant lequel elle a touché des indemnités d'accident du travail. Elle est de retour au travail, mais elle gagne moins que ce qu'elle gagnait avant sa blessure. Elle se bat maintenant contre la CAT, qui refuse de lui verser une indemnité d'invalidité permanente équitable. À l'heure actuelle, elle éprouve encore des étourdissements, de la douleur et de la confusion.

Quels sont les effets de la violence en milieu de travail sur nos membres?

Le premier effet est la perte de revenu. Même s'ils sont admissibles à l'indemnisation pour accident du travail ou à l'AILD, nos membres ne sont pas entièrement dédommagés, car la CAT ne paie que 90 % de leur salaire net; et pour ce qui est de l'AILD, dans la plupart des cas, elle n'en couvre que 70 %.

Deuxièmement, les effets ne sont jamais les mêmes. Parfois, les blessures entraînent des incapacités physiques et psychologiques permanentes. Il peut être difficile d'obtenir des soins. Les victimes souffriront de douleur, d'anxiété, de dépression et de peur pour le reste de leur vie, et la responsabilité financière de la CAT et de l'AILD s'arrête à l'âge de 65 ans.

Troisièmement, la violence entraîne l'isolement social de nos membres qui ne sont pas en mesure de reprendre le poste qu'ils occupaient avant l'incident, surtout s'ils sont incapables d'exercer de nouveau un emploi, quel qu'il soit. Nous constatons que certains de nos membres ont des compétences et une expérience limitées pour s'adapter à une autre profession. La satisfaction et le lien que le

travail et les collègues leur offraient ont disparu, leur avenir est incertain et ils doivent essayer de rebâtir leur vie, parfois sans succès.

Quatrièmement, la violence a des répercussions sur les familles de nos membres, qui finissent par offrir un soutien financier et émotionnel. Dans certains cas, les effets des blessures causées par la violence entraînent la rupture des relations familiales. Cela bouleverse la vie, non seulement des victimes de violence, mais aussi de leur famille et de leurs proches.

• (1625)

**Mme Georgina Hackett:** Les causes de la violence en milieu de travail sont complexes et façonnées par des facteurs propres à nos systèmes sociaux, nos systèmes de soins de santé et d'administration qui interagissent dans le contexte des soins. Les solutions nécessitent une approche collaborative, axée sur les systèmes en place, de la part des organisations de tous les ordres de gouvernement. Aux fins de mon exposé, je vais me concentrer sur les établissements de soins en résidence. Toutefois, ces problèmes se manifestent également dans nos établissements de soins actifs et de soins communautaires.

Nos membres disent travailler en sous-effectif quasi permanent et faire face à des charges de travail trop lourdes pour fournir des soins de qualité aux résidents. L'obligation de dispenser rapidement les soins courants, avec peu de latitude pour fournir d'autres soins de base comme des bains ou aider un résident à se rendre aux toilettes, est un exemple de facteurs qui risquent d'entraîner des comportements agressifs et des incidents violents.

Nos membres constatent également une réduction des ressources pour offrir aux résidents des activités sociales, culturelles et récréatives, comme de la musique et des sorties, qui favoriseraient une meilleure qualité de vie et atténueraient les comportements difficiles découlant de la confusion, de l'isolement, de la frustration et de l'ennui.

Nos membres font également remarquer que les proches qui sont mécontents des changements dans les soins ou le personnel résultant de la pénurie de main-d'œuvre peuvent aussi contribuer au risque de violence. Ils disent devoir gérer la détresse des membres de la famille qui sont frustrés, en colère et épuisés lorsqu'ils sont incapables de continuer à dispenser eux-mêmes les soins, qu'ils ont de la difficulté à avoir accès à des services de soutien à domicile et de soins de santé et qu'ils ont peur de devoir accepter le premier lit disponible dans un établissement loin du conjoint, du réseau de soutien familial et d'une communauté sociale bien établie.

Le défenseur des aînés de la Colombie-Britannique signale que près de 85 % des établissements de soins en résidence de la Colombie-Britannique manquent de personnel par rapport aux lignes directrices que le gouvernement provincial a mises en place. Les services de soins à domicile et en milieu communautaire doivent être élargis pour répondre aux besoins croissants des aînés et de leurs familles au Canada. Il est essentiel d'augmenter la dotation en professionnels de la santé et en personnel de soutien pour respecter ou dépasser les lignes directrices minimales en matière d'effectifs. Les résidents des établissements de soins de longue durée sont de plus en plus fragiles et leurs besoins augmentent. Il est essentiel de veiller à ce que les lignes directrices en matière de dotation tiennent compte de ces besoins.

Il faut aussi investir dans les infrastructures, les programmes de prévention de la violence et l'éducation. Nos membres considèrent que l'environnement physique est mal adapté aux besoins des résidents d'aujourd'hui et soulignent le lien entre la configuration des lieux et les risques de violence. Ils estiment que les résidents ont besoin d'un milieu sécuritaire exempt d'obstacles à la mobilité, leur offrant un cadre plus familier qu'institutionnel, qui soit stimulant et réduise la confusion et la désorientation. Ils soulignent également l'importance des dispositifs de sécurité pour le personnel, comme des champs de visibilité bien dégagés, des espaces comportant des sorties multiples et de l'équipement permettant d'appeler facilement à l'aide en cas d'urgence.

Nos membres ont pu constater directement que de meilleures stratégies s'imposent pour qu'il y ait une mise en œuvre et un partage des alertes à la violence et de plans de soins comportementaux efficaces dans l'ensemble du système, des évaluations complètes des risques et une formation solide des équipes d'intervention du « code blanc ». De plus, ils soulignent le besoin d'une formation approfondie sur la prévention de la violence, offerte en plusieurs langues, adaptée aux besoins particuliers des résidents de l'établissement, par exemple en matière de démence et de santé mentale, et qui comprend un soutien, comme l'encadrement par les pairs, pour son application pratique.

Nos membres sont en droit de travailler dans un milieu de travail sécuritaire. Il est impératif de prendre des mesures énergiques pour établir et maintenir des milieux de travail sécuritaires et sains qui favorisent la qualité des soins.

Merci.

• (1630)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. William Riker Jr., de Liberty Defense Holdings.

**M. William Riker Jr. (directeur général, Liberty Defense Holdings Ltd):** Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invité aujourd'hui pour discuter de ce sujet très important.

Je m'appelle Bill Riker et j'ai passé les 37 dernières années de ma carrière à diriger des entreprises mondiales de défense, d'aérospatiale et de sécurité pour la mise en œuvre de leurs programmes, produits et services. Cela comprend la gestion générale, le développement des affaires, le développement de produits, l'ingénierie et les opérations. Je suis actuellement PDG de Liberty Defense Holdings Ltd., une société cotée à la Bourse de Toronto sous le symbole SCAN. Nous sommes en train de mettre au point une technologie de détection d'armes appelée HEXWAVE, qui utilise l'imagerie 3D active et l'intelligence artificielle pour détecter les menaces dans les zones de trafic piétonnier à volume élevé et dans d'autres environnements de sécurité urbaine.

Avant de me joindre à Liberty Defense, en août 2018, j'ai occupé des postes de haute direction chez Smiths Detection, un chef de file de la technologie de détection d'armes, y compris les menaces chimiques, radiologiques, nucléaires et explosives pour le marché mondial de la sécurité dans les secteurs de l'aviation, de l'armée, des infrastructures essentielles, des ports et des frontières. En travaillant dans cette entreprise, j'ai pris conscience de l'évolution de la menace que représentent les attaques de masse violentes pour nos collectivités et de la nécessité d'avoir les moyens d'intervenir de façon proactive avant que la situation ne dégénère.

Je vais vous parler un peu de mes antécédents. Je suis également diplômé en génie de la United States Military Academy, de West Point, et j'ai servi dans l'armée américaine pendant plus de 20 ans. En servant en Europe, au Moyen-Orient et en Asie, j'ai pris conscience de la rapidité avec laquelle la violence peut s'intensifier et de son impact sur la vie des gens. Mon travail actuel est axé sur la prévention des pertes civiles dans des endroits qui devraient être sécuritaires et exempts de la peur.

Je crois comprendre que votre comité s'efforce de trouver des moyens d'améliorer la sécurité du secteur des soins de santé, mais la source du problème est beaucoup plus vaste et touche non seulement les établissements de soins de santé, mais aussi les écoles, les lieux de culte et de nombreux autres lieux publics. Au cours des 20 dernières années, on a fait beaucoup de choses pour renforcer les installations comme les aéroports, mais il y a encore beaucoup de cibles vulnérables, comme les hôpitaux, qui demeurent exposés aux attaques.

La mission de notre entreprise est d'aider à protéger les collectivités et à préserver la paix d'esprit grâce à des solutions de détection de sécurité supérieures. Notre produit, HEXWAVE, sera capable de fournir un contrôle précis et à haut débit pour identifier les menaces. Il peut être installé secrètement ou ouvertement et utilise l'imagerie 3D et l'intelligence artificielle pour détecter les menaces en temps réel. Celles-ci comprennent des objets métalliques et non métalliques, dans des environnements intérieurs et extérieurs, dans une variété de conditions météorologiques et de températures extrêmes. L'objectif du système est d'améliorer la connaissance de la situation sur un périmètre plus large afin de permettre aux équipes de sécurité de réagir plus rapidement.

La technologie à l'origine de HEXWAVE a été mise au point par le Massachusetts Institute of Technology Lincoln Laboratory, à Boston, au Massachusetts. Nous sommes maintenant en train de commercialiser la technologie en vue de son déploiement dans des environnements de sécurité urbaine à partir de la deuxième moitié de 2020. En ce qui concerne les hôpitaux, le défi est complexe et, bien qu'il n'y ait pas de solution miracle unique pour contrer les attaques publiques de masse, la façon de prévenir de telles tragédies commence par la reconnaissance de la crise et des variables qui contribuent aux événements menaçants et une collaboration active au sein du gouvernement et de l'industrie pour déployer une approche multisystème intégrée.

Tout commence par la sensibilisation. S'il y a une chose que j'ai apprise tout au long de mes presque quatre décennies dans cette industrie, c'est que nous ne nous rendons pas compte à quel point la paix d'esprit nous est chère jusqu'à ce qu'elle nous soit enlevée.

En octobre 2014, une patiente atteinte de maladie mentale a poignardé une infirmière à plusieurs reprises à la tête et au cou au Centre de santé mentale de Brockville, en Ontario, ce qui l'a grièvement blessée. Entre octobre 2016 et octobre 2018, 175 incidents violents ont été signalés à l'Hôpital Grace et 444 au Centre des sciences de la santé, selon les données de la Régie régionale de la santé de Winnipeg.

Selon Statistique Canada, 34 % des infirmières ont déclaré avoir été agressées physiquement par un patient, et plus de 800 travailleurs de la santé de l'Ontario ont dû prendre un congé en raison de la violence au travail au cours de la dernière année.



En Colombie-Britannique, où se trouve notre siège social, les demandes d'indemnisation liées à des actes de violence en milieu de travail n'ont cessé d'augmenter au cours des six dernières années, et les agressions contre les infirmières, y compris les aides-soignants et les assistants en soins de santé, représentaient plus de 40 % de toutes les blessures liées à la violence selon WorkSafeBC.

• (1635)

La violence est la quatrième cause de blessures en importance dans le secteur des soins de santé. Selon la Commission des accidents du travail de la Saskatchewan, dans l'ensemble de l'industrie, ce sont les infirmières, les aides-soignants, les préposés aux bénéficiaires et les préposés aux services aux patients qui subissent le plus de blessures causées par la violence.

De tels incidents sont de plus en plus fréquents dans l'ensemble du secteur des soins de santé au Canada, y compris dans les soins actifs, les soins de longue durée et les soins communautaires. Lorsque vous considérez que cela se passe dans les endroits où nous allons pour guérir, et que ces établissements nous accueillent, nous-mêmes et nos proches, lorsque nous sommes particulièrement vulnérables dans tous les sens du terme, ce sont des lieux où nous devrions nous sentir en sécurité et où la tranquillité d'esprit est absolument nécessaire.

Aujourd'hui, il est malheureux mais incontestable que des endroits comme les hôpitaux, les écoles, les lieux de culte et les centres commerciaux deviennent des cibles. Ce sont des endroits où le public se rassemble, et ils deviennent de plus en plus vulnérables aux événements violents potentiels.

C'est pourquoi je crois que nous devons changer la façon dont nous protégeons ces endroits et prendre des mesures proactives, y compris adopter de nouvelles technologies pour aider à détecter et à prévenir les menaces le plus tôt possible. Il faut aussi comprendre les limites des technologies actuelles; maximiser le temps de réaction des équipes de sécurité et des victimes en assurant une détection proactive, de préférence à l'extérieur de la cible ou de l'établissement vulnérables; et, enfin, se concentrer sur l'élargissement de la portée de détection des menaces en mettant en œuvre une approche à plusieurs niveaux pour fournir une connaissance de la situation aux équipes de sécurité.

Le but ultime est d'avoir une stratégie de prévention proactive plutôt que réactive, afin qu'une attaque puisse être interceptée avant qu'elle ne se produise. Je ne veux pas dire que la détection est le seul domaine qui nécessite une attention particulière. Certainement pas, surtout pour ce qui est d'essayer de régler ces problèmes, mais c'est néanmoins une partie importante de l'équation.

Merci encore de m'avoir donné l'occasion de comparaître devant le Comité aujourd'hui. Je serai heureux de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup à vous tous de votre déclaration préliminaire.

Nous allons maintenant passer à notre tour de questions de sept minutes. Nous allons commencer par Mme Sidhu.

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

Merci à vous tous d'être ici.

Ma question s'adresse à William Riker.

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont souligné l'importance d'avoir un solide système de surveillance par protocole de sécurité. Vous avez dit que la violence est la quatrième cause de blessures en importance dans les soins de santé et que nous devons

adopter une approche proactive. Quel genre d'approche proactive devrions-nous adopter?

**M. William Riker Jr.:** Eh bien, nous faisons face à un défi à multiples facettes. Tout d'abord, il s'agit de comprendre et d'accepter le fait qu'il y a un risque de violence dans les milieux de soins de santé, surtout en raison de l'ampleur de l'émotion et de l'activité qui s'y déroule, et surtout lorsque vous avez un groupe de travailleurs qui se dévouent tellement à leurs patients, qui veulent les aider.

En plus de prendre conscience de cette réalité, il faut comprendre quelles sont les menaces potentielles. À l'heure actuelle, nos établissements sont très ouverts, et il est clair que nous ne voulons pas d'un environnement de protection militariste, mais il est nécessaire d'apporter des changements, simplement en raison de la prévalence des armes et de leur prolifération dans notre société.

Une approche proactive consiste essentiellement à déployer des systèmes de détection précoce aux entrées afin d'avoir un contrôle préalable, puis un contrôle final pour l'accès à un établissement, ce qui permet d'isoler n'importe quel type d'incident. De plus, cela permet aux gardiens et au personnel de recevoir la formation nécessaire pour être en mesure d'intervenir efficacement dans un très court laps de temps. Par exemple, s'il y avait une fusillade ou si quelqu'un arrivait avec un couteau, on l'empêcherait d'entrer dans l'établissement, de sorte que, lorsque les émotions sont fortes et qu'un incident pourrait potentiellement s'aggraver, cette arme n'est pas présente dans l'établissement.

**Mme Sonia Sidhu:** Selon vous, quel genre de formation devrait-on offrir?

• (1640)

**M. William Riker Jr.:** La formation pourrait avoir de multiples facettes, en ce sens qu'il s'agit clairement, tout d'abord, de sensibilisation et de mener l'activité de détection jusqu'au moment où un événement se produit. Comment isoler les gens et enfermer les patients et les autres membres du personnel dans les chambres pour qu'ils n'aient pas à essayer d'intervenir? En même temps, on essaie de calmer la personne menaçante ou, s'il le faut, on peut intervenir physiquement et le faire de façon efficace sans aggraver la situation en brandissant des armes au risque de déclencher une fusillade.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à l'Association canadienne des soins de longue durée.

Jennifer, vous avez parlé d'environnements favorables pour les personnes atteintes de démence. Pouvez-vous nous expliquer cela?

**Mme Jennifer Lyle:** Bien sûr. Quand on pense à la conception d'un foyer de soins ou d'un environnement de soins, on parle en fait de l'aménagement de l'environnement bâti. Je vais utiliser votre hall d'entrée comme exemple. C'est beau, c'est propre, c'est épuré. En fait, c'est terrible pour une personne atteinte de démence. Les surfaces sont dures, il y a beaucoup de reflets et de lumière vive, et il n'y a pas beaucoup de contraste entre les murs et le plancher. Une personne souffrant d'une déficience cognitive sera désorientée dans cet environnement. Elle ne saura peut-être plus où elle est. Elle aura de la difficulté à trouver son chemin. Je suis une adulte, mais je vais quand même devoir suivre des points de repère pour m'y retrouver. C'est l'effet que peut avoir la conception d'une structure bâtie lorsqu'elle n'est pas favorable.

Quand on parle d'environnement adapté aux besoins des personnes atteintes de démence, on parle d'un aménagement de l'environnement bâti qui facilite la vie de ceux qui ont de la difficulté à entendre, à voir, à traiter l'information, parce que leur cerveau a changé, afin qu'ils puissent s'y déplacer et y interagir efficacement.

Par exemple, dans les nouveaux modèles de foyer de soins, il n'y a pas de couloirs sans issue. Une personne atteinte de démence qui se trouve dans une impasse et essaie d'en sortir peut très rapidement être saisie d'angoisse, d'anxiété, de stress ou de colère, et c'est pourquoi il y a désormais, dans les nouveaux foyers de soins, des couloirs circulaires qui permettent de suivre un trajet continu au lieu d'aboutir dans une impasse. Ce n'est qu'un exemple parmi beaucoup d'autres, mais on peut voir dans cet exemple comment améliorer directement la sécurité des dispensateurs de soins, puisqu'ils n'ont pas à calmer une personne énervée ou en colère parce qu'elle s'est retrouvée dans une impasse.

**Mme Sonia Sidhu:** Des témoins nous ont parlé de facteurs liés au milieu de travail, notamment des niveaux de dotation en personnel, des délais d'attente, de l'engorgement et de la faiblesse du protocole de sécurité. Comment aborder ces facteurs?

**Mme Jennifer Lyle:** C'est un sujet très vaste. Je vais essayer de résumer.

Prenons l'exemple des pénuries de personnel. Je reviens aux résultats de notre sondage. Quand nous nous sommes intéressés à l'incidence des pénuries de personnel sur la sécurité en milieu de travail, les gens nous ont dit très clairement qu'ils se dépêchaient de faire leur travail. Je crois qu'un certain nombre de témoins vous ont parlé des contraintes de temps qui les pressent quand elles travaillent en situation de pénurie chronique de personnel.

Quand on travaille avec une personne atteinte de déficience cognitive, il faut parfois s'arrêter. Faire une pause. Il faut prendre son temps, mais, si on n'a pas l'impression d'avoir du temps ou qu'on ne peut appeler personne à l'aide, on risque de se retrouver dans une situation dangereuse. En réalité, le dispensateur de soins est mis d'embêlée en situation d'échec. Ça, c'est le côté pénurie de personnel.

Je ne veux pas non plus oublier que c'est un cercle vicieux. Ces pénuries de personnel entraînent des accidents. J'ai dit tout à l'heure que 650 équivalents à temps plein avaient été perdus. C'est le nombre de jours de travail perdus l'an dernier en Colombie-Britannique, uniquement à cause des accidents du travail. C'est le cercle vicieux dans lequel nous nous enfermons. Je pense que la question de la dotation est cruciale.

Le côté éducation est tout aussi fondamental. Plusieurs témoins vous ont parlé de l'importance d'expliquer comment aborder une situation et comment la désamorcer si on en arrive à ce point. C'est effectivement un élément essentiel de ce que nous faisons à SafeCare BC. Mais je crois aussi, pour en revenir à ce que j'ai dit tout à l'heure, qu'il est absolument essentiel de sensibiliser les gens avant qu'ils fassent leur premier stage, parce que, au moment où l'on passe la porte d'entrée, si on n'a pas déjà été sensibilisé, on est déjà en retard.

**Le président:** C'est au tour de M. Webber.

Je crois que vous allez partager votre temps avec M. Lobb. Est-ce qu'il le sait?

**Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC):** Il le sait.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Je ne le savais pas, mais, apparemment, le président le savait. Je serai donc bref. Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être ici aujourd'hui.

J'ai ici le mémoire du Syndicat canadien de la fonction publique, et je vais donc m'en prendre à vous, Jenna Brookfield.

Vous dites dans ce mémoire que vous êtes le plus grand syndicat au Canada avec 680 000 membres au pays, dont 158 000 appartiennent au secteur de la santé. Vous proposez une liste de recommandations. Vous dites notamment que le gouvernement fédéral peut prévenir la violence en prévoyant de nouveaux crédits ciblés dans certains domaines. Il faudrait, entre autres, augmenter les effectifs — plusieurs témoins en ont parlé aujourd'hui — pour s'assurer que personne ne travaille seul.

Comme le syndicat compte 158 000 travailleurs de la santé, si les niveaux de dotation étaient augmentés, à quel chiffre en arriverait-on d'après vous? À combien faudrait-il passer pour que cela soit suffisant?

• (1645)

**Mme Jenna Brookfield:** Je pense que cela dépendra d'abord des besoins de nos patients, des résidents et des clients du système de santé. Je ne crois pas qu'on puisse décider arbitrairement du nombre qui pourrait être imposé à l'échelle du pays pour régler tous les problèmes.

En fait, le financement actuel ne prévoit pas de minimum pour les niveaux de dotation. Certaines provinces fixent, par exemple, le nombre d'heures de soins qu'un résident reçoit dans une journée. Cela varie beaucoup d'une région à l'autre du pays. Ce n'est pas normalisé. Il est très difficile de faire des comparaisons terme à terme d'une province à l'autre. Il faudrait évaluer les niveaux de dotation établissement par établissement, notamment en tenant compte des besoins des résidents, des clients et des patients qui s'y trouvent. Il est entendu que certaines personnes ont besoin de plus de soins que d'autres. Cela dépend de leur âge, de leur degré d'autonomie et des médicaments qu'elles prennent.

Les cadres législatifs provinciaux actuels fixent certains seuils, par exemple pour le nombre de membres du personnel soignant qui doivent être présents. C'est une sorte de cadre préliminaire du nombre de personnes effectivement présentes dans l'établissement, mais, dans le cas, par exemple, des aides-soignants effectivement présents, il n'existe aucune norme, où que ce soit, en dehors du nombre d'heures de service dont bénéficie un résident. Compte tenu du mode de répartition du personnel existant, nous multiplions parfois le risque en faisant travailler des gens seuls. On pourrait, simplement en réaffectant les ressources existantes à partir des besoins de l'établissement et des résidents, améliorer la sécurité des travailleurs et des résidents, et ce, avant même d'engager quelqu'un d'autre.

**M. Len Webber:** Je vois. Très intéressant. Merci.

Vous avez dit également qu'on devrait remplacer les travailleurs qui prennent un congé de maladie. Est-il courant qu'ils ne sont pas remplacés? Cela me surprend.

**Mme Jenna Brookfield:** Cela m'a surpris, moi aussi, quand je suis entrée au service du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), mais c'est une réalité choquante dans tout le système de santé. Les pratiques diffèrent cependant d'une province à l'autre. Cela dépend, entre autres, de la façon dont les ministères provinciaux de la Santé délivrent les permis aux établissements. Ces permis sont souvent accordés en fonction des quarts de travail prévus, et non des heures réelles de travail. Les établissements sont financés en fonction d'un niveau de soins de base calculé en nombre d'heures.

Nous avons vu de nombreux cas où le travailleur en congé de maladie n'a pas été remplacé, et il y a même des employeurs qui ont mis en place des politiques prévoyant le non-remplacement de l'employé au premier ou aux deux premiers congés de maladie dans tel ou tel service. Ils croient manifestement que, ce faisant, ils compensent les coûts des heures supplémentaires qu'ils engagent ailleurs, mais le résultat final est qu'on voit très régulièrement des gens travailler dans des établissements où il manque de personnel. On ne fait aucun effort pour remplacer les absents. Et ce n'est pas toujours l'employeur qui refuse de le faire. La disponibilité de personnel est également un problème dans ce secteur. Nos stratégies de recrutement ne suffisent pas à fournir suffisamment de personnel pour permettre aux établissements de compter sur une liste suffisante d'employés occasionnels et à temps partiel pour prendre la relève en cas de besoin.

**M. Len Webber:** Je vois.

Monsieur le président, je sais que je dois partager mon temps de parole. Combien de temps reste-t-il?

**Le président:** Deux minutes et 15 secondes.

**M. Len Webber:** Oh là là.

D'accord, monsieur Lobb.

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** Merci.

Je ne veux plus entendre les critiques d'un député de l'Alberta au sujet de la péréquation avec cette attribution de temps.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Ben Lobb:** Ma question s'adresse à vous, monsieur Riker. Le docteur Eyoilson a été urgentologue pendant de nombreuses années à Winnipeg, au centre-ville, je crois. Supposons qu'une personne désarmée arrive avec un poignard parce qu'elle n'est pas satisfaite des soins qu'elle a reçus la veille. Est-ce que votre système détectera cette situation et que pourra-t-il faire pour éviter qu'un médecin ou une infirmière soit blessé?

• (1650)

**M. William Riker Jr.:** Pour intervenir et pour saisir ou repérer une arme avant l'arrivée d'une personne dans l'établissement, il faut d'abord et avant tout connaître l'éventail des armes potentielles. Il faut savoir de quoi il peut s'agir, par exemple des objets métalliques ou non métalliques. Un poignard est manifestement un exemple d'arme métallique.

Nous sommes plus inquiets de certaines tendances actuelles, comme les armes en céramique ou les armes composites. Il y a désormais le pistolet de fabrication additive. C'est dans l'air du temps. C'est triste à dire, mais c'est la réalité. Peut-être faut-il s'inquiéter de l'utilisation d'explosifs ou de ce genre de substance. Il n'en faut pas beaucoup.

**M. Ben Lobb:** Est-ce que votre système pourrait le détecter et, ensuite, que se passerait-il — le verrouillage des portes? Qu'est-ce que le système pourrait faire?

**M. William Riker Jr.:** Dans la séquence de détection, il y a d'abord l'identification d'un objet potentiellement menaçant, sur une personne ou non, parce qu'une partie du système permet l'entrée d'armes ou d'articles non menaçants dans l'établissement. S'il y a un problème, un système d'alerte avertit les gardiens de sécurité, mais il peut aussi y avoir interaction physique avec le mécanisme de verrouillage des portes. Le système peut verrouiller les portes avant que la personne entre dans l'établissement.

Dans la configuration actuelle de l'hôpital, on trouve ce qu'on appelle en anglais les quatre A. Le fait que ce système puisse être déployé à l'extérieur de l'immeuble ou sur le trajet permet de faire cette détection précoce, d'empêcher la personne d'entrer et de donner aux organisations ou aux équipes de sécurité le temps de réagir.

**Le président:** Je suis désolé, mais votre temps est écoulé, monsieur Lobb. Vous pouvez vous en prendre à M. Webber.

C'est à vous, madame Kwan.

**Mme Jenny Kwan (Vancouver-Est, NPD):** Je remercie tous les témoins de leurs exposés.

Je tiens d'abord à remercier les travailleurs de la santé du SCFP, le Syndicat des employés d'hôpitaux, l'HEU, et de l'Association canadienne pour les soins de longue durée, ainsi que ceux qui ne sont pas autour de cette table. Chaque jour qui passe, vous faites un travail formidable dans notre collectivité. Il est vrai que chaque travailleur mérite de travailler dans un milieu sécuritaire, et c'est bien de cela qu'il est question ici.

Je crois que tous les témoins ont parlé de la nécessité de normaliser un certain niveau de soins partout au pays. Il faut y relier un niveau de sécurité normalisé et son mode d'application par le gouvernement fédéral. Comment s'assurer qu'il y ait des mécanismes en place dans toutes les provinces, par exemple au sujet des ratios de dotation?

Je vais commencer par vous, madame Lyle; puis j'aimerais entendre Mme Brookfield et ensuite les gens qui sont à l'écran.

Si vous le pouvez, donnez-nous des exemples de mesures que le gouvernement fédéral devrait prendre pour mettre en place une stratégie nationale. J'ai entendu parler de collecte de données. Est-ce que vous voyez d'autres questions auxquelles le gouvernement fédéral devrait immédiatement donner suite?

**Mme Jennifer Lyle:** Oui. Je reviens à ce que j'ai dit tout à l'heure au sujet de la stratégie de gestion des ressources humaines en santé. Si je me souviens bien, la dernière stratégie remonte à 2004. Nous sommes maintenant en 2019. Je dirais que, 15 ans plus tard, nous observons encore ce virage vers les soins communautaires. Nous constatons également qu'on se préoccupe davantage non seulement de la sécurité physique du personnel — d'autres témoins en ont parlé —, mais aussi de son bien-être psychologique. Je pense qu'il faut examiner cette stratégie nationale de gestion des ressources humaines en santé, pour la réviser et lui redonner de la vigueur en tenant compte de ces aspects, notamment en tenant compte du bien-être physique et psychologique des dispensateurs de soins et en faisant le lien entre la sécurité au travail et la gestion des ressources humaines en santé. Enfin, il faut réviser la stratégie en tenant compte du fait que, plus que jamais, nous offrons des soins dans un contexte communautaire. C'est le modèle vers lequel nous nous acheminons, et je dirais donc que c'est certainement un aspect important, outre le traitement des données.

Il y a un dernier élément que j'aimerais soumettre à votre réflexion. Une bonne partie des problèmes auxquels nous sommes confrontés sont liés au manque de sensibilisation. Il faudrait envisager des campagnes publiques sur les risques de violence dans le secteur de la santé, et pas seulement sur les risques, mais aussi sur les stratégies et les possibilités dont nous pouvons tirer parti pour atténuer ces risques. Je pense que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle à cet égard également.

**Mme Jenny Kwan:** Merci beaucoup.

Madame Brookfield.

**Mme Jenna Brookfield:** Mme Kwan vient de faire quelques remarques importantes sur la gestion des ressources humaines. J'ajouterais qu'il nous faut une stratégie nationale pour attirer les gens dans ces professions et les y garder.

Le maintien en poste est vraiment une question fondamentale aujourd'hui. Beaucoup de provinces déploient des efforts pour recruter, mais les gens ne restent pas, et ce, pour toutes les raisons dont nous avons parlé ici aujourd'hui. Nous n'en faisons pas un milieu de travail très accueillant, quand on pense aux contraintes physiques et psychologiques de l'emploi et au fait que les gens ne se sentent pas soutenus, non seulement par leurs employeurs, mais aussi par l'ensemble de la société. Je tenais vraiment à vous le dire. Beaucoup de travailleurs soignants ont l'impression de se donner du mal dans l'ombre.

Nous avons terriblement besoin de ce qu'ils font. J'imagine que tout le monde ici a eu ou a un proche — sans parler de nous-mêmes — hospitalisé ou placé dans un établissement de soins de longue durée. Nous pensons beaucoup à eux et à leurs besoins, mais il faut aussi se demander qui prend soin des dispensateurs de soins dans notre société. Il faut effectivement une stratégie de recrutement et de maintien en poste fondée sur la revalorisation des travailleurs de la santé.

Cela doit faire partie d'une stratégie de recrutement, mais cela nous amène au deuxième point, qui ne concerne pas les ressources humaines, mais le mode de financement et de gestion des établissements. Il faut une normalisation plus générale à l'échelle du pays. Je sais qu'il y a très clairement un partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, mais c'est le gouvernement fédéral qui fournit le plus gros du budget qui permet à notre système de santé de fonctionner.

Le gouvernement fédéral finance des quantités de choses qui relèvent constitutionnellement de la compétence provinciale et il y associe effectivement des conditions ou réserve des fonds à certaines priorités. Nous pourrions appliquer une norme nationale au niveau de soins convenant, selon le cas, aux soins actifs, aux soins à domicile ou aux soins de longue durée. On pourrait la fonder sur le nombre d'heures de soins qu'un client reçoit. Ou encore sur la démographie et les besoins de chaque province.

Je pense que nous devons tenir compte à la fois de la gestion des ressources humaines et des établissements proprement dits, parce que notre stratégie de recrutement et de maintien en poste ne fonctionnera pas, à moins que nous ne prenions des mesures pour améliorer les conditions de travail dans tout le secteur de la santé.

•(1655)

**Mme Jenny Kwan:** Merci beaucoup, madame Brookfield.

Nous allons passer à la vidéoconférence avec les représentants de l'HEU. Je ne sais pas qui va répondre à cette question.

Madame Hackett?

**Mme Georgina Hackett:** Oui.

Pour donner suite à certains aspects dont nous avons déjà parlé au sujet de la collecte de données, de la reddition des comptes et de l'effort pour qu'on se fasse une idée juste de la situation d'ensemble, les données dont nous avons rendu compte et discuté aujourd'hui sont en grande partie liées aux demandes d'indemnisation. Nous savons qu'il y a, dans le système, beaucoup plus d'information qui permettrait de mesurer son incidence sur la violence en milieu de travail.

On pourrait en tirer de meilleures stratégies à l'échelle nationale pour offrir du soutien social et familial et pour faciliter l'accès au système et son utilisation, afin de réduire les facteurs de stress que subissent les familles et les patients.

On pourrait aussi créer des normes nationales applicables à l'environnement bâti des établissements, en examinant ces normes et en les élargissant ou en les améliorant en fonction des besoins des personnes atteintes de démence.

Pour terminer, nous sommes également favorables aux idées proposées au sujet du recrutement et du maintien en poste des ressources humaines. Nous avons le même genre de difficultés en Colombie-Britannique.

**Le président:** Nous passons maintenant la parole à M. Ouellette.

**M. Robert-Falcon Ouellette (Winnipeg-Centre, Lib.):** Merci beaucoup à tous d'être venus.

Je voudrais que nous parlions un peu plus de démence et des milieux propices aux soins de personnes atteintes de démence. Quel volume de recherche a-t-on mené sur l'effet de l'environnement physique sur les patients atteints de démence qui manifestent une tendance à la violence et sur les moyens d'améliorer la sécurité? Trouve-t-on de nombreuses études à ce sujet?

**Mme Jennifer Lyle:** Il est assez difficile de répondre à cette question. Oui, on a mené des études sur l'effet qu'a le milieu bâti sur le comportement des personnes atteintes de démence. On trouve en fait de plus en plus de documentation sur les effets du milieu bâti sur le comportement.

Là où les choses se compliquent — et je pense que vous avez mis le doigt sur une faiblesse que l'on observe partout —, c'est qu'il nous manque des données de recherche sur l'étape suivante, qui est le lien entre le milieu bâti et les données concrètes des taux de blessures en milieu de travail. Nous pourrions établir un lien secondaire en affirmant que là où il y a moins de comportements réactifs, il y a aussi moins d'incidents violents. Il est toutefois très délicat d'établir ce lien direct.

Je vous dirais que nous nous heurtons souvent au même problème en examinant la recherche sur les modèles de soins. On publie toujours plus de rapports sur les effets qu'ont différents modèles de soins sur la qualité de vie des clients ou sur l'expérience des patients, mais personne n'étudie les effets qu'ont ces modèles sur la sécurité des fournisseurs de soins en milieu de travail. Nous avons en fait examiné cette question à l'échelle provinciale, car nous manquions de documentation scientifique à ce sujet. Nous avons cherché à savoir si le modèle de soins axé sur la personne, qui semble fournir des soins de meilleure qualité chez les clients atteints de démence, réduit ou non le taux des incidents violents.

● (1700)

**M. Robert-Falcon Ouellette:** Cependant, de nombreux établissements plus anciens, par exemple, ont de très longs corridors avec un petit poste de surveillance à chaque extrémité. Il est donc parfois très difficile d'obtenir de l'aide dans ces établissements de soins de longue durée. S'agit-il d'un modèle que l'on encourage, ou est-ce que l'on reproduit cette architecture par habitude?

**Mme Jennifer Lyle:** Il est absolument certain qu'on le fait par habitude. On les a toujours construits de cette manière. Dans le cadre des pratiques exemplaires actuelles, certains excellents organismes de la Colombie-Britannique se penchent sur de bonnes architectures. On ne voit plus de longs corridors qui se terminent en cul-de-sac. On n'y trouve plus de sentiers qui débouchent sur une porte fermée. On peut y voir, hors des chambres des clients, des indicateurs visuels qui les aident à s'orienter. On peint les portes en différentes couleurs pour qu'ils sachent laquelle est la leur. On pose des flèches d'orientation sur le plancher des corridors. On y offre des activités auxquelles les clients peuvent participer spontanément quand ils s'ennuient.

**M. Robert-Falcon Ouellette:** Dans quelle mesure échange-t-on ces idées avec les autres établissements de soins de longue durée? J'en ai visité plusieurs à Winnipeg Centre, et je n'y ai jamais vu de portes colorées. Toutes les parois sont couvertes d'une peinture blanche à laquelle on ajoute parfois une faible touche de vert pour les portes. Dans quelle mesure les établissements de soins de santé échangent-ils leurs pratiques exemplaires?

**Mme Jennifer Lyle:** Je ne saurais pas vous dire pour toutes les provinces. En Colombie-Britannique, plusieurs initiatives sont en cours. L'une d'elles vise à créer des établissements propices aux soins des clients atteints de démence. Elle est menée en partenariat par B. C. Care, l'Université Simon Fraser et je ne sais plus quel autre organisme. Elle vise à effectuer cette transition. Elle est en cours. Je crois que la grande difficulté à laquelle se heurtent ces initiatives d'amélioration des infrastructures réside dans le fait que ces modifications sont coûteuses et que les établissements de soins ont bien de la peine à obtenir du financement. Je souligne une fois de plus le fait que le programme Investir dans le Canada a accompli des merveilles dans les collectivités, mais il n'a rien investi dans les infrastructures des établissements de soins. Je vous dirai très franchement que si l'on n'a pas d'argent pour payer ces améliorations, il sera bien difficile de les effectuer.

**M. Robert-Falcon Ouellette:** Merci beaucoup.

Monsieur Riker, j'ai quelques questions à vous poser. Vous nous avez parlé un peu de sécurité. C'était plutôt intéressant. Nous n'en avons pas discuté beaucoup autour de cette table. Je me demandais si vous pourriez nous parler un peu plus de l'installation de cette technologie non pas à l'extérieur, mais sur les patients. Par exemple, serait-il possible de prédire le comportement de personnes atteintes de démence dans diverses situations? Pourrait-on mesurer leur tension artérielle en temps réel pour prédire un certain comportement afin de peut-être modifier le milieu dans lequel la personne se trouve afin d'atténuer ses réactions? Est-ce possible?

**M. William Riker Jr.:** Oui, et vous avez en fait soulevé une question très intéressante. Il existe tout un éventail de technologies qui permettent de définir et de prédire les comportements. Il y en a toute une gamme partant de la reconnaissance faciale, qui permet d'identifier les personnes à surveiller, jusqu'à la détection de changements comportementaux. On peut alors en déduire que la personne est très fâchée et évaluer son risque de commettre un acte violent ou de se mettre en colère. On peut insérer cette technologie

dans le système de sécurité ou de communication de l'établissement. Pour en faciliter l'utilisation, on pourra proposer une certaine formation pour le personnel ainsi que toutes sortes d'appareils avertisseurs ou d'indicateurs dont les employés disposeraient pour appeler à l'aide en cas d'incident.

**M. Robert-Falcon Ouellette:** Dans quelle mesure utilise-t-on cette technologie à l'heure actuelle? La trouve-t-on dans un établissement de soins quelque part au Canada? Les fournisseurs de soins portent-ils vraiment un bouton avertisseur au domicile de patients ou ailleurs?

**M. William Riker Jr.:** D'après ce que j'ai constaté, cette technologie provient beaucoup de la violence armée qui s'est répandue aux États-Unis. Par exemple, le mois dernier, le PDG de la clinique Mayo a signalé que l'on avait trouvé 30 000 armes dans des établissements américains. Il s'agissait seulement d'armes saisies avant que les gens entrent dans ces immeubles.

Il faut élaborer un processus qui, premièrement, permette à l'employé d'appeler à l'aide et deuxièmement qui lui donne la formation nécessaire pour réagir en cas d'incident. Évidemment que le troisième objectif du processus serait d'empêcher que l'on introduise quelque chose dans l'établissement. Il n'y a aucune raison de permettre l'introduction d'un objet dangereux dans un établissement.

● (1705)

**M. Robert-Falcon Ouellette:** Est-ce qu'un grand nombre d'employés ont accès à un bouton sur lequel ils peuvent appuyer pendant qu'ils fournissent des soins à domicile, par exemple? Pourriez-vous nous en parler un peu? Nous investissons 5 milliards de dollars dans les soins à domicile, dont 200 millions sont affectés au Manitoba. On a tendance à penser que ces foyers sont sécuritaires, mais on ne sait jamais comment les gens peuvent réagir. Les fournisseurs disposent-ils de bons appareils de sécurité pour appeler à l'aide en cas d'incident?

**Mme Jenna Brookfield:** On commence à voir des solutions technologiques dans le domaine des soins à domicile, particulièrement des téléphones intelligents et des appareils fournis par les employeurs. Malheureusement, ils ne procurent pas une aide immédiate en cas d'urgence. Même si le fournisseur de soins réussit à signaler le danger, il faudra encore 10 à 20 minutes, ou même une heure entière, avant que son collègue le plus rapproché puisse lui venir en aide. En fait, dans le domaine des soins à domicile, le meilleur système de protection des travailleurs est le fait d'appeler la police. En réalité, nous n'avons pas vraiment évalué les risques qu'ils courent avant de leur remettre ces appareils avertisseurs.

Les mécanismes d'alerte et les systèmes d'alarme sont plus répandus dans le secteur des soins actifs. À la fin de 2016, quelqu'un est entré dans un hôpital rural de la Nouvelle-Écosse avec une arme à feu. Heureusement, personne n'a été blessé, mais cet incident a mis les responsables du secteur sur le qui-vive.

J'ai participé aux travaux d'un groupe de travail chargé de présenter au premier ministre de la Nouvelle-Écosse des recommandations sur les améliorations à apporter à la santé et à la sécurité en milieu de travail dans le secteur des soins actifs. Nous avons vite découvert que certains hôpitaux avaient déjà installé un bouton sur lequel les réceptionnistes pouvaient appuyer pour appeler la police, mais que d'autres hôpitaux ne l'avaient pas fait. Certains fournissaient à leurs infirmières un appareil qu'elles portaient autour du cou pour appeler à l'aide en cas d'incident, et d'autres ne le faisaient pas. Nous avons alors recommandé que tous les établissements du secteur des soins actifs prennent ces dispositions.

**M. Robert-Falcon Ouellette:** Cette recommandation s'appliquait-elle aux établissements du secteur des soins actifs de tout le Canada ou seulement à ceux de la province?

**Mme Jenna Brookfield:** Notre groupe de travail n'était chargé que de présenter ses recommandations au ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Je sais que l'on fait les choses très différemment un peu partout au pays. À ce que je sache, aucune province n'a uniformisé les mesures technologiques à appliquer à la sécurité.

**Le président:** Excellent. Notre temps est écoulé.

Je remercie les témoins pour leur contribution.

On nous a dit que certains travailleurs de la santé étaient obligés de laisser leur cellulaire dans l'auto avant d'entrer chez les patients. Cela vous semble-t-il être une bonne mesure de sécurité?

**Des voix:** Non.

**Le président:** J'habite dans une région rurale de la Nouvelle-Écosse. Nous sommes en pleine campagne, et je sais que des fournisseurs de soins à domicile se rendent sans accompagnement dans de tout petits villages comme Advocate Harbour. À mon avis, ce n'est pas correct.

Monsieur Riker, vos appareils sauveraient-ils une infirmière auxiliaire autorisée qui se trouve seule dans son auto à 100 kilomètres de toute résidence?

**M. William Riker Jr.:** Non, pas vraiment, monsieur le président. Notre système sert à prévenir un incident causé par un individu armé dans un établissement et non dans une auto ou dans un endroit de ce genre.

**Le président:** Je comprends.

Je vais suspendre la séance pendant quelques minutes parce que nous devons procéder à l'étude article par article du projet de loi S-248, mais je tiens à remercier une fois de plus nos témoins pour leur contribution.

Votre message est puissant, et nous vous en remercions.

Nous allons suspendre la séance pendant deux minutes.

• (1705)

(Pause)

• (1710)

**Le président:** Mesdames et messieurs les membres du Comité, nous allons procéder à l'étude article par article du projet de loi S-248. Je crois que vous avez tous un exemplaire du projet de loi.

Nous allons passer directement à l'article 2. Il est très compliqué, il ne contient qu'une phrase. Y a-t-il des questions sur l'article 2? Adoptons-nous l'article 2?

(L'article 2 est adopté.)

**Le président:** Nous passons maintenant à l'article 3. Celui-ci aussi n'a qu'une seule phrase. Adoptons-nous l'article 3?

(L'article 3 est adopté.)

**Le président:** Le titre abrégé est-il adopté?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** Le préambule est-il adopté?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** Le titre est-il adopté?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** Le projet de loi est-il adopté?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** Le président doit-il faire rapport du projet de loi à la Chambre?

**Des députés:** D'accord.

**Mme Jenny Kwan:** Nous allons y réfléchir.

**Le président:** Non? Est-ce avec dissidence? Non.

**Des députés:** Oh, oh!

**Le président:** Parfait, félicitations. Nous venons d'en adopter un autre.

C'est tout.

La séance est levée.









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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>