



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, June 6, 2002

Issue No. 61

Fifty-eighth meeting on:
The state of the health care system in Canada

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 6 juin 2002

Fascicule n° 61

Cinquante-huitième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
* <i>Ex Officio Members</i>	
(Quorum 4)	

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
* <i>Membres d'office</i>	
(Quorum 4)	

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, June 6, 2002
(72)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:10 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Kirby, Morin, Pépin and Roche (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the Canadian Nurses Association:

Ms Ginette Lemire Rodger, President;

Mr. Robert Calnan, President-Elect.

From the Canadian Practical Nurses Association:

Ms Kelly Kay, Representative.

The Chair made a statement.

Ms Kay made a statement. Ms Lemire Rodger made a statement. Mr. Calnan made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:56 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 6 juin 2002
(72)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 10, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Kirby, Morin, Pépin et Roche (6).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n° 2.*)

TÉMOINS:

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:

Mme Ginette Lemire Rodger, présidente;

M. Robert Calnan, président élu.

De l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada:

Mme Kelly Kay, représentante.

Le président fait une déclaration.

Mme Kay fait une déclaration. Mme Lemire Rodger fait une déclaration. M. Calnan fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 56, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, June 6, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:10 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: We have with us this morning witnesses from the Canadian Practical Nurses Association, Ms Kay, and from the Canadian Nurses Association, Ms Lemire Rodger and Mr. Calnan.

We are delighted to have you here. I will ask Ms Kay to begin.

Ms Kelly Kay, Representative, Canadian Practical Nurses Association: It is a wonderful opportunity to speak with the committee, and I thank you.

The Canadian Practical Nurses Association is the national association representing practical nurse organizations and affiliated individuals from across Canada. Our mission is to influence change in the health care system and to promote excellence in practical nursing.

The committee identified that primary care reform has been recommended by almost every recent report on the state of the health care system. Rightfully so, the committee has asked why has implementation been so slow. We have witnessed barriers to change in four specific areas, which correspond to areas identified by the committee. These barrier areas are the vested interests of various professional groups, shortages of qualified personnel, lack of leadership and coordination, and lack of understanding of a primary care model.

With respect to the first, governments have committed to ensuring that Canadians receive the most appropriate care by the most appropriate providers in the most appropriate settings. Reform and the system that results must come at a price that Canada can afford to sustain. Ensuring that Canadians receive value for their primary care dollar means effectively utilizing all providers to their full scope of practice.

This is consistent with the committee's recommendation with respect to the creation of multidisciplinary primary health care teams that utilize to the fullest the skills and competencies of a diversity of health care professionals. That LPNs continue to experience artificial limits to practice, that nurse practitioners must struggle for recognition and remuneration and that other professionals, such as physiotherapists, still face restrictions to direct access are examples that speak to continuing barriers imposed upon professional groups.

The traditional linking of remuneration to the number of patients served continues to pit professionals against each other and can only hamper reform efforts. Unless there is a radical change in the way health care professionals are remunerated for

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 6 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 10 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Nous recevons ce matin des représentants de l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada, Mme Kay, et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Mme Lemire Rodger et M. Calnan.

Nous sommes ravis de vous accueillir. Je vais demander à Mme Kay de commencer.

Mme Kelly Kay, représentante, Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada: Je vous suis très reconnaissante de l'occasion qui m'est donné de comparaître devant le comité.

L'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada est le regroupement national des associations d'infirmières et infirmiers auxiliaires et de membres affiliés de partout au pays. Notre mission est d'influer sur l'évolution du système de soins de santé et de promouvoir l'excellence dans le secteur des soins infirmiers auxiliaires.

Le comité a rappelé que la réforme des soins de santé primaires a été recommandée par la quasi-totalité des rapports publiés dernièrement sur l'état du système de santé. À juste titre, le comité a demandé pourquoi elle tarde tant. Nous avons constaté des obstacles au changement dans quatre domaines précis, qui correspondent à ceux recensés par le comité. Les voici: les intérêts de longue date des divers groupes professionnels, la pénurie de personnel qualifié, l'absence de leadership et de coordination, et l'absence de compréhension d'un modèle de soins de santé primaires.

S'agissant du premier obstacle, les pouvoirs publics ont promis de faire en sorte que les citoyens reçoivent les soins les plus appropriés par les soignants les plus appropriés dans les cadres les plus appropriés. La réforme et le système qui en découlera devront être abordables pour le Canada. Pour optimiser les ressources, il faudra mettre à contribution efficacement la totalité des soignants dans toute l'étendue de leur capacité.

Ceci cadre avec la recommandation du comité concernant la création de filières multidisciplinaires qui font appel à fond aux compétences et aux talents de tout un éventail de professionnels de la santé. Le fait que les IAA rencontrent toujours des obstacles artificiels à l'exercice de leur profession, que les infirmières praticiennes doivent lutter pour être reconnues et rémunérées et que d'autres professionnels, comme les physiothérapeutes, ne bénéficient toujours pas d'un accès direct illustre bien les obstacles que rencontrent encore certains groupes professionnels.

Le lien entre la rémunération et le nombre de malades vus continue de mettre des professionnels dos à dos et ne peut que nuire à la réforme. Tant que la rémunération des soignants ne sera pas revue de fond en comble, une concurrence malsaine

services, there will remain unhealthy competition to provide such services. Asking health care providers to voluntarily turn over clients, and take a cut in pay, to other providers who are more appropriate for the client's need is often asking too much.

With respect to the shortages of qualified personnel, the absence of a coordinated approach to health human resource planning has resulted in a cyclical overabundance and scarcity of providers that has been a public relations disaster for health human resources. Secondary school students are encouraged to plan and evaluate critically their career options. Many are opting out of careers in health. Long-range planning and stable year-after-year funding for health human resources are required to address barriers to using those providers we do have and to address the need to replace providers expected to retire in the next few years. We support the committee's recommendations with respect to the creation of a permanent national coordinating body for health human resources composed of key stakeholders and government as recommended in your fifth report.

You have asked the question if achieving reform can be a voluntary exercise. We believe coordinated and timely reform requires government leadership. In Ontario, in 1999, the Health Services Restructuring Commission recommended a mandatory approach to primary health care reform. The provincial government opted to proceed on a voluntary basis. Despite recent developments in primary projects in primary care in that province, Ontario, three years later, still looks much the same. Without the appropriate will, which may be political will, the way to reform is fraught with obstacles and delay. Leadership and coordination are key to success. Government at all levels has a significant role to play in removing regulatory barriers and working with all stakeholders to move reform along.

I will comment on models for primary health care service delivery. Certainly, primary health care service delivery will look different in each community. Communities must customize their primary health care services in response to their own identified needs. Incorporated in every delivery model should be sound planning principles, universal structural components, an appropriate mix of providers, identified benefits and long-term cost analysis.

As an example, I use the 27 primary health care projects funded by the Health Transition Fund in Alberta. These projects identified the following six success factors in program planning: developing a common understanding; developing a common vision and goal; getting the buy-in; developing the supports for change; defining roles and responsibilities; and developing an evaluation plan.

The Nursing Advisory Council of Alberta outlined a view of what might be involved in a shift to a primary care model. A number of components were outlined, including: practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technologies; universally accessible to individuals and families in the community; full community participation at a cost the community and country can afford; self-reliance and self-

continuera de sévir. Demander à des soignants de renoncer volontairement à des clients, d'accepter une diminution de leur rémunération en faveur de soignants qui répondent mieux au besoin du client est souvent trop demander.

En ce qui concerne la pénurie de personnel qualifié, l'absence de planification coordonnée des ressources humaines s'est soldée par un cycle de surabondance et de pénurie de soignants qui a beaucoup nui aux relations publiques de ces groupes. On encourage les élèves des écoles secondaires à faire des projets et à évaluer sérieusement leurs options de carrière. Beaucoup renoncent aux professions de la santé. Il faut une planification à long terme et un financement stable d'année en année pour bien mettre à contribution les soignants que nous avons déjà et assurer la relève. Comme le comité, nous estimons qu'il faut créer une coordination nationale permanente des ressources en soins de santé composée des parties intéressées et des autorités gouvernementales. Cette recommandation se trouve dans votre cinquième rapport.

Vous avez demandé si la réforme peut se faire de façon volontaire. Nous estimons que pour être coordonnée et opportune, celle-ci doit bénéficier du leadership de l'État. En 1999, en Ontario, la Commission de restructuration des services de santé a recommandé une réforme obligatoire. Le gouvernement provincial a choisi une réforme volontaire. Malgré les changements apportés récemment dans le secteur des soins primaires en Ontario, la situation dans cette province reste sensiblement la même trois ans plus tard. Sans la volonté nécessaire — peut-être une volonté politique — la voie de la réforme est parsemée d'embûches et tarde à venir. Le leadership et la coordination sont la clé du succès. À tous les niveaux, les pouvoirs publics ont un rôle déterminant à jouer pour éliminer les obstacles réglementaires et accélérer la réforme de concert avec les parties intéressées.

Je vais maintenant parler des modèles de prestation des soins de santé primaires. À l'évidence, celle-ci variera d'un endroit à l'autre. Chaque ville doit adapter ses services à ses besoins. Chaque modèle de prestation de services doit toutefois reposer sur une solide planification, des éléments structurels universels, un dosage approprié de soignants et une analyse à long terme des coûts et des avantages.

Je prends pour exemple les 27 projets de soins de santé primaires financés par le Health Condition Fund de l'Alberta. Ces projets ont permis de dégager six facteurs de succès: développer une compréhension commune; développer une vision et un objectif communs; obtenir l'adhésion; développer les supports de changement; définir les rôles et responsabilités, et développer un plan d'évaluation.

The Nursing Advisory Council de l'Alberta a décrit les éléments nécessaires à l'adoption d'un modèle de soins primaires. En voici les éléments: des méthodes et technologies pratiques, scientifiques et socialement acceptables; l'accès universel pour les particuliers et les familles de la collectivité; la participation totale de la collectivité à un prix que la localité et le pays peuvent payer; pouvoir compter sur ses propres moyens et

determination; and a model that forms an integral part of the health system and of the overall social and economic development of the community.

The CPNA supports the committee's recommendation of federal financial support for reform initiatives that lead to the creation of multidisciplinary primary health care teams. Along with continued financial support must be a mechanism of evaluation and accountability that will ensure that such principles will be advanced. Report cards, accreditation standards and other such strategies already exist that may assist in this regard.

Numerous primary health focus projects are underway throughout the country. Much can be learned through a review of key findings of these projects. A summary of such findings could be a useful tool for informing government and others studying primary health care reform.

The mix of providers included in a practice should be determined by community needs and should be flexible enough to respond to changes in those needs. There should be an elimination of barriers to accessing different providers; as well, providers who could assist clients to address broader determinants of health, such as housing, education or justice should be included in or accessible to primary health care practices.

Through examples of primary health care reform — there are a few examples noted in our report — it becomes immediately apparent that a primary health care system can focus creative energy into health promotion and illness prevention and can foster collaboration among many partners. We believe that reforming primary health care and the integration and coordination between all aspects of the system has a very real potential to improve quality care, save the system money and appropriately emphasize the focus of a primary health care system on the prevention of illness and the promotion of health and wellness.

This considered, it becomes much less important to ask how much reform will cost than it does to ask how much we waste in the current system. With many of the structures already in place in our communities, it appears much of the groundwork that would facilitate coordination and integration is underway.

High initial costs are barriers to reform. For example, the initial cost of technology to enhance communication between networks of providers may prevent the adoption of such a strategy.

Thinking must change, and planning must consider the long-term benefits of what may seem to be an initial expensive investment. As well, the cost of prevention should not be underestimated. There is a tendency to undervalue the role of health promotion strategies and to later reduce funding to such programs when the problem is no longer remembered.

To close, dissemination of success stories about the many projects is key. The public must be told more about the options that exist and be given the opportunity to become involved in health promotion activities. The evidence must be shared in a

prendre soi-même des décisions; que le modèle fasse partie intégrante du système de santé et du développement socio-économique global de la collectivité.

La IIAC appuie la recommandation du comité en faveur d'aide financière fédérale pour les initiatives de réforme qui mènent à la création d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires. Il faut en parallèle un mécanisme d'évaluation et de reddition de comptes qui garantira l'application de ces principes. Il existe déjà des méthodes comme les «bilans de santé», les normes d'accréditation et autres stratégies qui pourraient être utiles.

De nombreux projets de soins de santé primaires sont à l'essai partout au pays. De nombreux enseignements peuvent être tirés de ces expériences. Une synthèse des faits observés pourrait aider l'État et d'autres désireux de réformer les soins de santé primaires.

Ce sont les besoins de la communauté qui devraient déterminer la combinaison de soignants dans un cabinet; celle-ci doit pouvoir s'adapter en fonction de l'évolution des besoins. Il faut éliminer les obstacles qui empêchent d'avoir accès à différents soignants; en outre, ces cabinets devraient comprendre des soignants capables d'aider les clients à traiter de facteurs plus généraux influant sur la santé, comme le logement, l'instruction ou la justice ou permettant d'y avoir accès.

Les exemples de réforme des soins de santé primaires — notre mémoire en énumère quelques-uns — montrent bien qu'un système comme celui-là peut mobiliser les énergies en faveur de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie et susciter la collaboration entre les divers partenaires. La réforme des soins primaires ainsi que l'intégration et la coordination de tous les aspects du système ont de très fortes chances d'améliorer la qualité des soins, de permettre des économies et d'insister comme il se doit sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé et du bien-être.

Il devient alors beaucoup moins important de demander combien coûtera la réforme que de demander qu'elle est l'ampleur du gaspillage actuel. Comme les structures locales sont souvent déjà en place, la voie est ouverte à la coordination et à l'intégration.

Les coûts de démarrage élevés sont un obstacle à la réforme. Par exemple, le coût des moyens technologiques nécessaires à l'amélioration des communications entre les réseaux de soignants peut être un obstacle.

Il faut changer les mentalités, et songer aux avantages à long terme de ce qui peut coûter cher au début. Il ne faut pas non plus sous-estimer le coût de la prévention. On a tendance à ne pas attacher assez de prix à la promotion de la santé et à réduire ultérieurement le financement de ces programmes quand l'origine du problème a été oublié.

Pour terminer, il faut faire connaître les nombreux cas de réussite. Il faut informer la population des possibilités qui existent et lui permettre de participer aux activités de promotion de la santé. Cette information doit être communiquée de façon

meaningful way with individual Canadians, thereby helping to clarify the link between an effective primary health care system and the reduction of crisis situations that capture so much media attention. This will foster the expectation amongst Canadians for primary health care reform, and creating this expectation will drive the development of a new primary health care based focus for the Canadian health care system.

The Chairman: I will turn to Ms Lemire Rodger.

[Translation]

Ms Ginette Lemire Rodger, President, Canadian Nurses Association: We are pleased to have this opportunity to address the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology on behalf of the Canadian Nurses Association.

We applaud the committee's efforts to identify future directions and parameters for the health system. We are participating through briefs and presentations in the studies being carried out by your committee and by the Romanow Royal Commission. One of our concerns is to ensure that the two reports, which will be coming out at about the same time, in November, will come to similar conclusions.

There has been a great deal of debate among the provinces and between the provinces and the federal government regarding the vision for health care in Canada, and the Canadian Nurses Association, and our other national associations, have asked the various health ministers to work together to develop a comprehensive vision at the national level. We hope that these two main committees or commissions, at the national level, will take the same approach in their recommendations so that a lack of consensus cannot be used as a pretext for not implementing a strong national vision.

That said, we accepted your committee's invitation to address several specific issues that you have raised. We would also like to make a few comments regarding volume five of your report, which was issued in April.

First let me provide some background on the Canadian Nurses Association. It was created in 1908 and is a federation of provincial and territorial licensing associations, which are responsible for standards of practice, education and public protection in nursing.

There are 234,000 registered nurses in Canada today, of whom 60 per cent are currently working in clinical care, in hospitals, and the others are in the community, offering preventive care to families and rehabilitative care in facilities and in patients' homes. They also provide palliative care to the dying, and work in industry as occupational health experts.

compréhensible aux citoyens pour bien mettre en évidence le lien entre des soins primaires de qualité et la réduction des situations critiques qui captent tant l'attention des médias. Ceci suscitera l'intérêt des citoyens en faveur de la réforme et ainsi assurera une nouvelle orientation à notre système de santé sur les soins primaires.

Le président: Nous entendrons Mme Lemire Rodger.

[Français]

Mme Ginette Lemire Rodger, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada: Nous sommes très heureux d'avoir la possibilité de nous adresser au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie au nom de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Nous nous réjouissons des efforts de votre comité pour déterminer les orientations à venir et les paramètres du système de santé. Nous participons présentement avec l'aide de mémoires et de présentations à votre comité et à la Commission royale Romanow. Une de nos préoccupations est de nous assurer que les deux rapports vont sortir à peu près en même temps au mois de novembre et qu'il y ait une congruence entre eux.

Nous avons vécu beaucoup de débats interprovinciaux, provinciaux-fédéraux quant à la vision du système de santé dans notre pays, et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et nos autres associations nationales, ont fait une demande au ministre de la Santé pour collaborer ensemble vers une vision complète au niveau national. Nous espérons que les deux grands comités et commissions, au niveau national, seront congruents dans leurs recommandations pour éviter des excuses de ne pas aller vers une vision nationale forte pour le pays.

Ceci dit, nous avons accepté l'invitation de votre comité pour adresser des questions spécifiques que vous nous avez posées. Nous aimerions aussi faire quelques commentaires qui découlent de votre rapport publié au mois d'avril, le volume cinq.

J'aimerais d'abord vous donner un peu d'information concernant l'Association des infirmières et infirmiers du Canada formée en 1908, laquelle est une fédération d'associations provinciales et territoriales représentant les autorités qui s'occupent de la réglementation des infirmières et infirmiers, c'est-à-dire les standards de pratique, l'éducation, la protection du public.

Aujourd'hui, il y a 234 000 infirmières autorisées au pays et 60 p.100 de ces infirmières travaillent présentement dans les soins cliniques, les hôpitaux et les autres travaillent au niveau de la communauté dans les soins préventifs aux familles, dans la réhabilitation, tant au niveau des soins dans les organisations et à domicile. Elles travaillent aussi en soins palliatifs pour supporter les personnes qui sont en voie de mourir. Aussi, nous avons les infirmières qui sont en industrie, en santé du travail.

As you can see, this breadth of experience, as the Canadian Institute for Health Information noted in its report in 2001, makes nurses the primary source of information and advice in the health system, including in the burgeoning tele-health services.

[English]

Not surprisingly, nurses interact every day with Canadians seeking to maintain and improve their health. As a result, nurses can identify trends in population and public health. They know the strengths and weaknesses of the health care system. This presentation is based on the collective knowledge and expertise of nurses.

Let me turn to your query about the viability for reforming the health care system. Our basic premise is that we are in full support of a publicly funded health care system and the five principles of the Canada Health Act. We also believe that the system is robust and healthy, although it needs redirection and some efficiencies.

In 1978, the World Health Organization, WHO, adopted the primary health care approach as the base for effective delivery of health services. This approach is both a philosophy and a model to provide health services, and its focus is that health should be the centre of the health care system.

The WHO identified the five principles of primary health care: accessibility, public administration, health promotion, appropriate technology and skills, and multidisciplinary and intersectoral collaboration. All five principles are designed to redirect the system to work together.

Let me identify a few of them. Accessibility, which, as we all know, is the base of the Canada Health Act, is the provision of universally available services to Canadians, regardless of geography. As well, this principle is really the design of the point of entry to the health care system.

We hear much about primary care, and we have read about it in your model. It only addresses the accessibility principle. What primary care does is design the point of entry. How can we better articulate a team of people to provide services? Primary health care needs the five principles to redirect the health care system, and our recommendation is to use primary health care to redirect what we have. Accessibility is only one of them. It is important to work on it, but it is not sufficient.

The second principle is public participation, which means that clients are encouraged to participate in making decisions about their own health, identifying the health needs of their community and considering the merit of all alternative approaches to address those needs. It may sound nice to say, yes, we think public participation is good. Most industrial countries limit the public participation to the planning and evaluation of health care. In the

Vous pouvez voir qu'avec tout cet éventail d'expérience, un peu comme le Canadian Institute for Health Information a noté dans son rapport de 2001, que ce sont les infirmières qui sont la source d'information majeure et des avis dans le système de santé, y compris dans les télépratiques qui sont en train de proliférer présentement.

[Traduction]

Il n'est donc pas surprenant que les infirmières et infirmiers interagissent chaque jour avec les Canadiens qui ont besoin d'aide pour maintenir et améliorer leur santé. Ils peuvent donc déterminer les tendances dans la population et la santé publique. Ils connaissent les forces et les faiblesses du système de santé du Canada. C'est en fonction de ces connaissances et de cette expertise collective que l'AHC a préparé cet exposé.

J'aimerais maintenant répondre à votre question sur les modèles viables pour la réforme des soins de santé. Tout d'abord, nous sommes totalement en faveur d'un régime de santé public reposant sur les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé. À notre avis, le système est robuste et sain mais il doit être réorienté et gagner en efficacité.

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté une approche axée sur les soins de santé primaires comme base de prestation efficace des services de santé. Cette approche est à la fois une philosophie des soins de santé et un modèle de prestation des services. Dans cet esprit, la santé est au centre du système des soins de santé.

L'OMS a fixé cinq principes pour les soins de santé primaires: l'accessibilité, la participation de la population, la promotion de la santé, les compétences et la technologie appropriées et la coopération intersectorielle. Les cinq principes doivent se compléter et être mis en oeuvre simultanément.

J'aimerais en décrire quelques-uns. L'accessibilité, comme nous le savons tous, est le fondement de la Loi canadienne sur la santé et veut dire que tous les Canadiens, où qu'ils soient, peuvent avoir accès aux services de santé. C'est ce qui conditionne le point d'entrée du système.

On parle beaucoup des soins de santé primaires et il en est question dans votre modèle. Celui-ci ne porte que sur l'accessibilité. Les soins de santé primaires déterminent le point d'entrée. Comment peut-on mieux articuler une équipe de gens pour fournir des services? Les soins de santé primaires ont besoin des cinq principes pour façonner le système de soins de santé et notre recommandation est d'utiliser les soins de santé primaires pour rediriger ce que nous avons. L'accessibilité n'est qu'un d'eux. Il est important de travailler dessus, mais ce n'est pas suffisant.

Le deuxième principe est la participation du public, ce qui signifie que les clients sont encouragés à participer aux décisions concernant leur propre santé, à déterminer les besoins de leur collectivité et à prendre en compte les mérites de solutions de rechange pour répondre à ces besoins. On a beau dire que, oui, nous pensons que la participation de la population est bonne. La plupart des pays industrialisés limitent la participation de la

rating of the percentage of public participation, this is close to tokenism. We need to make public participation much more central to the health care system.

I will give you an example. Dr. Sheila Gallagher and I did two national surveys reviewing the move toward primary health care from 1985-2000. One example we had was out of Quebec in heart health, where a public health nurse had a whole community looking at what she would do, because the epidemiological data of that community was not good on the health side. There was a lack of resources and she had to find a way to improve health. After analysing the demographic of that community, which had a high percentage of seniors, they saw that there were a number of clubs where they would get together to play cards. She used that as a vehicle in the planning and the delivery of services. When people went to play cards, their blood pressure and cholesterol was checked, and when it moved out of the normal range the nurse or the physician would be called in. In a short time, they changed the epidemiological data of that community.

When they talk of public participation, and I know you have a principle talking about the importance of that, I think it is falling short of its potential. You must go as far as is recommended by the WHO, which is a full participation of the public, not only in planning and the education of needs and priorities, but the delivery and the evaluation.

The third principle is the issue of health promotion. As you know, the system has primary health care. If you look, there is a range of care, preventive, promotive, maintenance, restorative, curative and palliative. Health promotion and prevention of disease must cover this whole idea of being part of the health care system from beginning to end.

Furthermore, we need to redirect the money of health promotion and health prevention. We need to apportion a high percentage. If you look at most of the budgets across this country, you will have 3 per cent to 5 per cent devoted to health care in the community. If you look at the provinces that have higher numbers, you will probably find that they have redesignated a hospital as a community health centre and have used its budget and transferred it down the line.

Frankly, when you look at the numbers, there is still a small amount of promotion prevention. We know that investment in that area is key. I use the example of the centre of excellence in diabetic education of the Capital Health Authority in Edmonton, Alberta, as I have worked on the redesigning of it. Fifty per cent of the population of this country is walking around with undiagnosed diabetes. Of those diagnosed, 80 per cent of the complications of diabetes are preventable. If death certificates were to indicate diabetes, you would find that diabetes underlies most disease. It is serious and it is costly in complications. About 80 per cent of those complications are preventable. They are preventable through the use of a registered nurse and a dietician who gives diabetic education across the country. There is no reason today why this approach should not be wall to wall in this country as an investment. It is probably the lowest investment

population à la planification et à l'évaluation des soins. Dans l'évaluation du pourcentage de la participation de la population, ce n'est presque que du symbolisme. Il faut mettre la participation de la population au coeur du système de soins.

Je vais vous donner un exemple. La Dre Sheila Gallagher et moi-même avons fait deux enquêtes nationales pour passer en revue le virage vers les soins de santé primaires de 1985 à 2000. Un de nos exemples venait de la santé cardiaque au Québec, où une infirmière a demandé à toute une collectivité d'examiner ce qu'elle devait faire parce que les données épidémiologiques de cette localité n'étaient pas bonnes du côté de la santé. Il y avait un manque de ressources et elle devait trouver un moyen d'améliorer la santé. Après avoir analysé la démographie de cette localité, qui avait un pourcentage élevé de personnes âgées, ils ont vu qu'il y avait un certain nombre de cercles de joueurs de cartes. Elle s'en est servi pour la planification de la prestation des services. Lorsque les gens allaient jouer aux cartes, on vérifiait leur tension artérielle et leur cholestérol et lorsqu'ils étaient anormaux, on faisait venir l'infirmière ou le médecin. En peu de temps, ils ont changé les données épidémiologiques de la localité.

Quand on parle de participation publique, et je sais que vous avez un principe qui en mentionne l'importance, je pense qu'on n'atteint pas le potentiel. Vous devez aller aussi loin que le recommande l'OMS, c'est-à-dire la pleine participation du public, non seulement dans la planification et l'éducation des besoins et des priorités, mais la prestation et l'évaluation.

Le troisième principe est la promotion de la santé. Comme vous le savez, le système a les soins de santé primaires. Si vous regardez, il y a un éventail de soins, préventifs, promotion, entretien, réadaptation, curatifs et palliatifs. La promotion de la santé et la prévention de la maladie doivent englober toute cette idée de faire partie du système de soins de santé du début à la fin.

De plus, nous devons rediriger l'argent de la promotion de la santé et de la prévention de la santé. Nous devons réserver un pourcentage élevé. Si vous regardez la plupart des budgets au pays, vous verrez que de 3 p. 100 à 5 p. 100 sont consacrés aux soins de santé dans la localité. Si vous regardez les provinces qui ont des chiffres élevés, vous verrez probablement qu'elles ont redésigné un hôpital comme centre de santé communautaire et ont utilisé son budget qu'ont transféré ailleurs.

Franchement, quand vous regardez les chiffres, il y a toujours un petit montant de promotion-prévention. On sait que l'investissement dans ce domaine est essentiel. J'utilise l'exemple du centre d'excellence d'éducation des diabétiques du Capital Health Authority d'Edmonton, en Alberta parce que j'ai travaillé à sa reconception. Cinquante pour cent de la population du pays se promènent avec un diabète non diagnostiqué. Sur ceux qui sont diagnostiqués, 80 p. 100 des complications du diabète sont évitables. Si les certificats de décès devaient indiquer le diabète, vous verriez qu'il est à la base de la plupart des maladies. C'est grave et ça coûte cher en complications. À peu près 80 p. 100 des complications sont évitables. Elles sont évitables moyennant une infirmière autorisée et un diététicien qui fait l'éducation des diabétiques au pays. Il n'y a pas de raisons aujourd'hui pour laquelle cette approche ne devrait pas être appliquée d'un bout à

with the highest return in the curative area. When we talk about promotion, we are talking about the integration of promotion in the integrated system, with a higher investment of funds in this area.

Appropriate technology is my next topic. It refers to the importance of adjusting what you have called, in volume 5, new and evolving reality. The principle recognizes the importance of developing and testing innovative models of health care and disseminating the results of research relating to health care. It is also imperative that we increase the capacity and the professional development of the workforce, along with the appropriate technology to facilitate it.

I do believe that this is well covered, in particular, relating to high technology or information technology. The part that is not appreciated is the importance of low technology. Using low technology helps the public move and helps nurses provide care. Low technology includes, for example, pumps and thermometers, equipment involving technologies that may not be up-to-date. We must value not only the high and the information technologies. Low-end technology is a less costly item but one that would help redirect the system.

The next area is multidisciplinary intersectoral collaboration. As Ms Kay has said, in a multidisciplinary scheme we need to work with a full scope of practice and with better utilization of the whole multidisciplinary team. The intersectoral collaboration, though, recognizes that health and well-being are linked not only to health but also to economic and social policy. Intersectoral means that experts in education, housing and employment need to be at the table when we are talking health care. Often, in all of the reforms we see, we fall short in those areas. We talk about redesigning health care services but we do not talk about the impact of someone not having enough to eat or not having adequate shelter. You can put all the money you want in the health care system, but you will not get where you want to go because you are defeating the purpose. This is very important. We have wonderful examples of intersectoral collaboration.

The Director General of the World Health Organization in 1978 described nurses as key to the implementation of primary health care, and in 1985 reiterated that the leadership of nursing in primary health care is important and key in moving the health care system. In fact, all the nursing schools in Canada have changed their curriculum to integrate primary health care.

In 1974, the Lalonde report identified four elements affecting Canadians that were very much in light of primary health care. In 1986, the Ottawa charter reiterated those. In 1990, all of the provincial and territorial reports reiterated the principle of primary health care. It is still in this country an area that has been ignored. It is still marginal; it is only a form of project.

l'autre du pays, à titre d'investissement. C'est probablement le plus petit investissement avec le plus haut rendement dans le domaine des soins curatifs. Quand on parle de promotion, on parle de l'intégration de la promotion dans le système intégré, avec un investissement plus élevé de fonds dans ce domaine.

La technologie appropriée est mon prochain sujet. Je parle de l'importance d'adapter ce que vous avez appelé, au volume 5, les nouvelles réalités. Le principe reconnaît l'importance de développer et de tester des modèles de soins de santé innovateurs et de diffuser des résultats de la recherche sur les soins de santé. Il reconnaît également l'impératif de renforcement permanent de la capacité et du perfectionnement professionnel de l'effectif, ainsi que la technologie appropriée pour le faciliter.

Je pense que ceci est bien couvert, en particulier, en ce qui concerne la haute technologie ou la technologie de l'information. La partie qu'on n'apprécie pas est l'importance de la technologie rudimentaire. Utiliser la technologie rudimentaire aide le public à bouger et aide les infirmières à donner des soins. La technologie rudimentaire inclut, par exemple, des pompes et des thermomètres, de l'équipement qui repose sur des technologies qui ne sont peut-être pas à la fine pointe. Nous devons priser non seulement les technologies de pointe et les technologies de l'information. La technologie rudimentaire est un élément moins coûteux mais qui pourrait aider à rediriger le système.

Le secteur suivant est la collaboration multidisciplinaire intersectorielle. Comme Mme Kay l'a dit, dans un schéma multidisciplinaire, nous devons travailler avec un éventail complet de praticiens et en utilisant mieux toute l'équipe multidisciplinaire. La collaboration intersectorielle, par contre, reconnaît que la santé et le bien-être sont liés non seulement à la santé mais aussi à la politique économique et sociale. L'intersectoriel signifie que les experts en éducation, en logement et en emploi doivent être à la table quand nous parlons de santé. Souvent, dans toutes les réformes que l'on voit, il y a des lacunes dans ces domaines. On parle de redéfinir les soins de santé mais on ne parle pas de l'impact de quelqu'un qui n'a pas assez à manger ou est sans logis. Vous pouvez mettre tout l'argent que vous voulez dans la santé mais vous n'arriverez pas là où vous voulez aller parce que vous allez contre l'objectif visé. C'est très important. Nous avons des exemples merveilleux de collaboration intersectorielle.

Le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé en 1978 a décrit les infirmières comme essentielles à la mise en oeuvre des soins primaires de santé, et en 1985 à répéter que le leadership du nursing dans les soins de santé primaires est important et essentiel dans l'évolution du système de santé. En fait, toutes les écoles de nursing du Canada ont changé leur programme pour intégrer les soins de santé primaires.

En 1974, le rapport Lalonde a constaté que quatre éléments de soins primaires influent sur la santé des Canadiens. En 1986, la Charte d'Ottawa les a répétés. En 1990, tous les rapports provinciaux et territoriaux ont repris le principe des soins de santé primaires. C'est pourtant un domaine qui est toujours méconnu dans notre pays. C'est encore très marginal; ce n'est encore que sous forme de projet.

We believe that the primary health care model offers an option to redirect the health care system in a significant way. It needs to be pursued because it is based on the best strategy identified worldwide. I would remind you that the federal government, with the World Health Organization, decided that this was the best strategy to pursue health for all.

My colleague, Mr. Calnan, will give you a few of our Canadian examples that ground that principle.

Mr. Rob Calnan, President-Elect, Canadian Nurses Association: In addition to the conceptual frameworks, there are examples in Canada of effective implementation of the principles of primary health care. I should like to highlight several of them.

The work of the Northeast Community Health Centre in Edmonton embraces the primary health care approach. The centre provides a full range of services, from prevention and health information through treatment, chronic disease management and emergency services, to laboratory and diagnostic imaging.

With the advice of the community advisory committee, the centre plans services to address the health care needs of new immigrants, seniors, children, adolescents and women.

The centre is located on major bus routes and close to schools. The staff of the centre includes nutritionists, audiologists, social workers, public health nurses, emergency nurses, physicians, cultural workers and others. The staff works together to ensure effective responses to individual and family needs.

There is an integrated information system that allows the various professionals to access and share files and information. The centre has strong links with other resources in the community, resources such as schools, social housing, and local workplaces.

Another example of the primary health care approach at work is found at the North Shore Ambulatory Nursing Clinic in North Vancouver. The clinic focuses on health promotion. It had noted a high number of appointment cancellations by cancer patients. This was attributed to conflicting appointments with other health professionals. At the same time, many of the clients of the cancer centre had expressed a strong interest in improving access to oncology care. Through consultation among various health professionals, a program of home visits by nurses was developed. The results of the program included coordination of care of cancer patients, improved access to appropriate services by the appropriate health professional and more efficient use of resources.

Coordination and appropriate assignment of staff have meant improved quality of care and efficiencies in care delivery. For example, visit times have decreased from 45 minutes to 24 minutes per patient. As a result, the health system is more responsive.

Nous pensons que ce modèle offre une option pour réorienter le système de santé de façon importante. Il doit être poursuivi parce qu'il est basé sur la meilleure stratégie identifiée dans le monde. Je vous rappelle que le gouvernement fédéral, avec l'Organisation mondiale de la santé, a décidé que c'était la meilleure stratégie pour favoriser la santé pour tous.

Mon collègue, M. Calnan, va vous donner quelques-uns de nos exemples canadiens d'application de ce principe.

M. Rob Calnan, président élu, Association des infirmières et infirmiers du Canada: Outre les cadres théoriques, on trouve au Canada des exemples de mise en oeuvre efficace des principes de soins de santé primaires. J'aimerais en souligner quelques-uns.

Le travail du Centre de santé communautaire du nord-est d'Edmonton a adopté l'approche des soins de santé primaires. Le centre offre tout un éventail de services allant de la prévention à l'information sur la santé en passant par le traitement, la gestion des maladies chroniques, les services d'urgence, les laboratoires et l'imagerie diagnostique.

Avec les conseils d'un comité consultatif communautaire, le centre planifie les services pour répondre aux besoins des nouveaux immigrants, des personnes âgées, des enfants, des adolescents et des femmes en matière de santé.

Le centre est situé sur les principaux trajets des autobus et près des écoles. Le personnel du centre comprend des nutritionnistes, des audiologistes, des travailleurs sociaux, des infirmières de santé publique, des infirmières d'urgence, des médecins, des travailleurs culturels et autres qui collaborent afin de pouvoir répondre efficacement aux besoins des particuliers et des familles.

Le centre est doté d'un système d'information intégrée qui permet aux professionnels de consulter les dossiers et l'information. Le centre a des liens très solides avec d'autres ressources de la collectivité, comme les écoles, les logements sociaux et les lieux de travail.

La formule des soins de santé primaires a également été adoptée à la North Shore Ambulatory Nursing Clinic, au nord de Vancouver. La clinique se concentre sur la promotion de la santé. On y a noté un nombre important d'annulations de rendez-vous par les patients souffrant de cancer, ce que l'on a attribué à des rendez-vous concurrents avec d'autres professionnels de la santé. Parallèlement, bon nombre des clients du centre de cancer ont exprimé le vif souhait que soit amélioré l'accès aux soins oncologiques. Grâce à des consultations avec les divers professionnels de la santé, un programme de visites à domicile par des infirmières a été mis au point. Ce programme a permis d'en arriver à une meilleure coordination des soins aux patients cancéreux, à une amélioration de l'accès aux services appropriés des professionnels de la santé et à une utilisation plus efficace des ressources.

La coordination et l'affectation appropriées du personnel ont entraîné une amélioration de la qualité des soins et une plus grande efficacité dans la prestation. Par exemple, la durée des visites a diminué de 45 à 24 minutes par malade. Par conséquent,

Each of the nurses now cares for 13 patients per day as compared to the previous average of six patients per day.

A similar clinic has been developed in Ottawa as a research project on temporary funding.

In the area of telehealth, we have the University of Ottawa's Heart Institute, which provides both telehealth and telemedicine. It provides cardiac consultations to clients in the North, especially in Aboriginal communities. Congestive heart failure patients have continuous and uninterrupted access to a nurse 24 hours a day, seven days a week, 365 days a year. Based on a patient's health information, the nurses direct patients to adjust their diets or their medications, or put the patient in direct contact with the appropriate professional. The patients participate in and take ownership of their own health care. The benefits to the health care system include decreased readmission rates.

A fourth example of primary health care is the street health teams, which are active in most of the cities across the country. These teams are made up of nurses, physicians, nutritionists, social workers, lawyers and other professionals, as well as the housing and criminal justice sectors. Their clients are the out-of-the-mainstream populations, such as the homeless. The health of these groups is challenged by poor diets, lack of housing and poor sanitation. Many suffer from diseases such as tuberculosis. Many have HIV, AIDS and hepatitis C, yet they cannot access the health care system. The street health teams bring their varied expertise to the street. Some of them focus on caring for the sick; others address the challenges these populations face, the challenges that determine their health status. In some cities, the street health teams provide needle exchange programs. In others, such as in Ottawa, the team has raised funding and built a palliative care centre for the homeless.

Of course, there is telephone triage across the country that provides the support and principle of appropriate utilization of health care resources. This system engages the public in their health, fosters health promotion and facilitates access to advice and services. Ontario, Quebec and New Brunswick have province-wide systems. In the New Brunswick program, for example, staff is able to respond to the questions and concerns of almost 75 per cent of the calls. This means the program has reduced the demands on and the inappropriate use of emergency equipment.

These initiatives offer the foundations upon which to build a national framework for our health care system. They look beyond the traditional health care delivery; they link to schools and to workplace environments and create partnerships and linkages.

le système de santé est mieux adapté. Chacune des infirmières s'occupe maintenant de 13 malades par jour au lieu de six en moyenne auparavant.

Une clinique semblable a été créée à Ottawa comme programme d'un projet de recherche assuré par un financement temporaire.

Dans le domaine de la télésanté, nous avons l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, qui assure à la fois des services de télésanté et de télémedecine. Il offre des consultations en cardiologie aux clients dans le Nord, en particulier dans les localités autochtones. Les malades ayant des défaillances cardiaques ont un accès permanent et ininterrompu à une infirmière 24 heures par jour, sept jours par semaine et 365 jours par an. À partir des renseignements sur la santé des malades, les infirmières leur prescrivent de modifier leur régime ou leur médication et les mettent en contact direct avec le professionnel approprié. Les malades participent à leurs propres soins et se prennent en charge. La diminution des taux de réadmission qui en résulte est avantageuse pour le système de santé.

Les équipes de santé de rue, qui sont actives dans la plupart des villes du pays sont un quatrième exemple de soins de santé primaires. Ces équipes sont composées d'infirmières et d'infirmiers, de médecins, de nutritionnistes, de travailleurs de la santé, d'avocats et d'autres professionnels ainsi que des membres des secteurs du logement et de la justice pénale. Leur clientèle est composée de populations marginalisées comme les sans-abri. La santé de ces groupes est compromise par une mauvaise alimentation, le manque de logement et une mauvaise hygiène. Beaucoup d'entre eux souffrent d'une maladie comme la tuberculose. De nombreux autres sont porteurs du VIH/sida et de l'hépatite C. Pourtant, ils ne peuvent pas accéder au système de santé. Les équipes de santé de rue apportent leurs diverses expertises dans la rue. Certaines se concentrent sur les soins aux malades; d'autres travaillent à surmonter les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations — des difficultés qui déterminent leur état de santé. Dans certaines villes, les équipes de santé de rue offrent des programmes d'échange de seringues. Dans d'autres, comme à Ottawa, l'équipe a recueilli des fonds et construit un centre de soins palliatifs pour les sans-abri.

Il y a aussi des systèmes de triage par téléphone dans tout le pays qui souscrivent au principe de l'utilisation appropriée des ressources en matière de santé. Ce système fait participer la population à sa santé, favorise la promotion de la santé et facilite l'accès aux conseils et aux services. L'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick ont des systèmes à l'échelle de la province. Le personnel du programme du Nouveau-Brunswick, par exemple, est en mesure de répondre aux questions et aux préoccupations de presque 75 p. 100 des personnes qui appellent. Le programme a donc permis de réduire l'encombrement des salles d'urgence et leur utilisation abusive.

Ces initiatives jettent les bases d'un cadre national pour notre système de santé. Elles vont au-delà de la prestation des soins de santé traditionnels. Elles sont liées à l'école et au milieu de travail et créent des partenariats et des liens. Elles ciblent l'éducation de

They focus on educating the public through health promotion and disease prevention. They encourage all Canadians to take an active role in their health.

The examples illustrate that when it comes to elements like numbers, mix of professionals and ranges of service, there is no cookie-cutter response. They show that implementing the primary health care approach can and does improve quality and accessibility to care. Equally it can create efficiencies and cost savings. It also ensures that attention and resources are focused on prevention.

The CNA believes, as Ms Rodger has said, in the five principles of primary health care and it offers a framework principle for rebuilding the health care system in Canada.

From CNA's perspective, there are three impediments to the full adoption of primary health care in Canada: systemic, human resources and attitudinal. The examples of systemic barriers include a lack of supports for intersectoral collaboration, legislative and policy factors such as the Canada Health Act and the fee-for-service remuneration schemes that reinforce a single point of entry and the curative focus for the health care system. Funding instability has aggravated all of the systemic barriers.

We described the human resource barriers in our presentation to this committee last May. We noted that your report, volume 5, devoted a chapter to the issue of health human resources. Nursing applauds your attention in facilitating access to education. We would hope that your recommendations might embrace continuing education as well. In a sector like health, where new technology changes are rapid, lifelong learning is a must. This year alone, the education system has refused thousands of prepared candidates into schools of nursing because of lack of seats.

Inadequate supply of nursing continues to be a problem and one that will continue to exist into the next decade if action is not taken. While some might think that recruitment from other countries is a solution to this problem, we would suggest otherwise. Not only is there an international nursing shortage, but also, for those nurses who have come from other countries, they find there is not the infrastructure to support them in gaining licensure and integrating into our health care system. Certainly, investment in recruitment and retention strategies is needed, as well as decisions about scopes of practice. CNA believes that all providers should work to their full scope. The Canadian Medical Association developed a statement of principles around decisions on scopes of practice, and CNA endorses this document and recommends it to your reading.

Attitudinal barriers may be related to lack of importance given to principles of primary health care. Canadians value expensive technology and quick-fix cures. However, health promotion often involves low-tech and medium- to long-term initiatives. Diagnostic and curative care, on the other hand, can involve the bells and whistles of technology. Thus, the attention of the

la population par la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Elles encouragent tous les Canadiens à jouer un rôle actif dans leur santé.

Ces exemples montrent que lorsqu'on en vient aux éléments, comme les chiffres, la composition des professionnels et l'éventail des services, il n'y a pas de réponse toute faite. Ils montrent que l'adoption de l'approche axée sur les soins de santé primaires peut et doit améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Elle peut également améliorer l'efficacité et réduire les coûts dans la mesure où l'attention et les ressources se portent sur la prévention.

L'AIIIC croit que les cinq principes des soins de santé primaires peuvent créer la base d'un cadre de reconstruction du système de santé au Canada.

L'AIIIC estime qu'il existe trois obstacles à l'adoption des soins de santé primaires au Canada: des obstacles systémiques et liés aux ressources humaines et aux attitudes. Les obstacles systémiques sont notamment attribuables au manque de soutien à la collaboration intersectorielle, à des facteurs législatifs et politiques comme la Loi canadienne sur la santé et aux programmes de rémunération à l'acte, qui renforcent l'entrée unique, et au fait de privilégier les soins curatifs. L'instabilité du financement a aggravé tous ces obstacles systémiques.

Les obstacles liés aux ressources humaines ont été décrits dans notre exposé au comité en mai dernier. Nous notons que dans votre rapport, volume 5, vous consacrez un chapitre à la question des ressources humaines. Les infirmières vous félicitent de l'intérêt que vous portez à l'accès à l'éducation. Nous espérons que vos recommandations porteront également sur l'éducation permanente. Dans un secteur comme la santé où les connaissances et la technologie changent très rapidement, l'apprentissage tout au long de la vie est une nécessité. Cette année seulement, le réseau de l'enseignement a rejeté des milliers de candidats préparés aux écoles de soins infirmiers faute de places.

La pénurie d'infirmières continue d'être un problème et continuera de l'être au cours de la prochaine décennie si rien n'est fait. Même si d'aucuns peuvent penser que le recrutement dans un autre pays est une solution, nous ne sommes pas de cet avis. En effet, il y a une pénurie mondiale d'infirmières mais, en plus, les infirmières qui viennent de l'étranger constatent qu'il n'y a pas d'infrastructure capable de les aider à obtenir leur autorisation de travailler et à s'intégrer dans notre système de soins. Chose certaine, certains investissements dans des stratégies de recrutement et de maintien en poste sont nécessaires. L'AIIIC croit que tous les soignants doivent donner leur pleine mesure. L'Association médicale canadienne a élaboré un énoncé de principes au sujet des décisions concernant le cadre des fonctions. L'AIIIC souscrit à ce document et vous recommande de le lire.

Les obstacles liés aux attitudes sont notamment la négligence des principes des soins de santé primaires. Les Canadiens apprécient les technologies coûteuses et les traitements miracles. Toutefois, la promotion de la santé suppose souvent des technologies rudimentaires et des initiatives à moyen et à long terme. En revanche, les diagnostics et les soins curatifs peuvent

public and of policy-makers has been on the curative elements and dismissive of the preventative components of the health care system.

Canadian nurses are passionate about health care. We believe the present health care system in Canada provides a strong base for the future. As my colleague, Dr. Rodger, has stated, we are concerned that if there is not a congruence of the recommendations of this Senate committee and the royal commission it might lead to greater indecisiveness.

Nurses know that primary health care strategies exist to enhance the effectiveness and efficiency of the present system. We encourage the committee to recommend these strategies in its final report.

[Translation]

Senator Pépin: After listening to you and reading your brief, I wonder where we are going to start.

You say that primary care is important. It is difficult to know how to approach the demonstrated need for staff who are better qualified and better paid and who are familiar with the new technologies, when we know the problems that exist in the human resources area.

You laid out five principles, including accessibility, public participation, and education, and the principle of health promotion is given as the third priority. Should public education and health promotion not be the first concern?

You gave us the example of the group that got together to play cards. It has been shown that when people are better informed, their knowledge base changes and it becomes easier to provide health services to them.

Moreover, we know that public education is a priority because people become very aware of issues once they have been informed. We also need to take into account the fact that health-care workers are getting older and the public is concerned about these matters. I am talking, of course, about seniors who will soon be in the majority in Canada.

We realize that if the education system is set up properly, if we can reach people through health promotion activities, patients will not necessarily leave the hospital earlier and receive home care. We will soon be educating people to monitor their health problems themselves, to know about their medications and to consult a doctor when necessary. This is a comprehensive approach that is completely new. I agree with you that we definitely need to go in that direction.

With respect to nurse practitioners, I recognize the work that they can do, but it seems that in some places registered nurses, nurse practitioners and practical nurses are not working well together. There is also the fact that doctors in some parts of the

faire appel à tout l'arsenal des technologies. Par conséquent, l'attention de la population — et des décideurs — s'est portée sur les aspects curatifs en négligeant les aspects préventifs du système de santé.

Les infirmières et infirmiers du Canada se consacrent avec passion à la santé des Canadiens. Nous croyons que le système de santé actuel offre un point de départ solide pour l'avenir. Comme mon collègue le Dr Rodger l'a dit, nous redoutons une plus grande indécision encore si les recommandations du comité du Sénat et celles de la Commission royale d'enquête ne convergent pas.

Les infirmières et infirmiers savent qu'il existe des stratégies en matière de soins de santé primaires pour améliorer l'efficacité du système actuel. Nous encourageons le comité à recommander l'adoption de ces stratégies dans son rapport final.

[Français]

Le sénateur Pépin: Après vous avoir entendue et après avoir lu votre mémoire, je me demande où nous allons commencer.

Vous dites que les soins de santé primaires sont importants. Lorsqu'on constate qu'il faut du personnel mieux qualifié, mieux rémunéré, à l'affût de la technologie et lorsqu'on connaît les difficultés en termes de ressources humaines, on se demande vraiment de quelle façon procéder.

Vous avez énoncé cinq principes dont, entre autres, l'accessibilité, la participation du public, l'importance de l'éducation et le principe de la promotion de la santé est en troisième position des priorités. Est-ce que l'éducation du public et la promotion de la santé ne devraient pas figurer au premier rang?

Vous nous avez donné l'exemple du groupe qui allait jouer aux cartes. On remarque que lorsque les gens sont sensibilisés, la connaissance change et cela facilite la prestation de soins de santé donnés aux patients.

De plus, on sait que l'éducation du public est une des priorités parce qu'aussitôt qu'on leur parle, les gens sont très sensibles. Il faut aussi tenir compte du vieillissement des travailleurs de la santé et de l'inquiétude du public. Je parle évidemment des personnes du troisième âge qui constitueront bientôt la majorité de la population du pays.

On réalise que si le système d'éducation est bien structuré, si on peut rejoindre la population par la promotion de la santé, les patients ne partiront pas nécessairement plus tôt de l'hôpital pour être traités à domicile. Bientôt on va éduquer les gens à suivre l'évolution de leur maladie eux-mêmes, à connaître leur médication et à consulter un médecin si nécessaire. Cette approche est globale et tout à fait différente. Je suis d'accord avec vous, il faut définitivement s'orienter de ce côté.

En ce qui a trait aux infirmières praticiennes, je reconnais le travail qu'elles peuvent faire, mais il semble qu'à certains endroits il y ait des difficultés d'arrimage entre les infirmières graduées, les infirmières praticiennes et les infirmières auxiliaires. N'oublions

country do not easily accept nurse practitioners. Those are the main points that I wanted to raise.

You said that primary health care is important, but what do you think could be done to solve the shortage of nurses?

Ms Lemire Rodger: I think that your question is about where to start. For exactly 20 years, we have been promoting the approach of the World Health Organization. This is not our first presentation on how the health care system should be reformed.

Mr. Justice Howe, who did a review in the 1980s, concluded that primary health care was an important approach to consider. As for where to start, I firmly believe that the five principles are all a priority; they are all equally important. What we need is a multifaceted approach. There is no doubt that public education is essential. We need to help change attitudes. Public education is part of what must be done. The more this approach to care is integrated into and becomes part of the overall health care system, the more the public will work with health care providers to develop this new knowledge.

Large-scale publicity campaigns can be organized, but it is really on the front line, where people are dealing with health problems, that the circumstances can be used to advantage. Mr. Calnan gave examples of that earlier.

The other point is about human resources. For the Canadian health care system, where over 75 per cent of care is provided by nurses, this is a key aspect of support for a future health system. It is one thing to invest in technology, equipment, research and education, but if we do not resolve the human resources problem, no gains will be made because the systems will have to be cut back. In my opinion, this is the key aspect. You point it out in the fifth volume of your report.

We have been debating the issue since 1997, since we received the human resources data, which we provided to your committee. In a few weeks, we will be receiving a new report on nursing numbers which will make projections up to the year 2016 using the data received in 1997.

We know the problems involved in nursing shortages, but we also know the solutions. There is simply a lack of political will between the federal government and provincial and territorial governments to resolve the situation. Up to this point, all the provinces and territories have had an advisory committee on nursing shortages. The federal government and all the provincial governments have taken initiatives. At the federal level, for example, there was the advisory committee on health care and the nursing sector study.

The easy problems have been resolved. More money has been put into research, which is extremely important, and into education, which is also extremely important. There has also

pas que dans certaines régions du pays, des médecins ont de la difficulté à reconnaître cette situation. Ce sont les principaux points sur lesquels j'aimerais qu'on discute.

Lorsque vous faites mention de l'importance des soins de santé primaires, comment envisagez-vous la façon de résoudre le problème du manque de personnel en soins infirmiers?

Mme Lemire Rodger: Je crois que votre question vise à savoir par où commencer. Cela fait exactement 20 ans qu'on prône le mouvement de l'Organisation mondiale de la santé. Il ne s'agit donc pas de notre première présentation sur le sujet de la réorientation du système de soins de santé.

Le juge Howe, qui en a fait la revue au cours des années 80, a statué que c'était une orientation importante à considérer. Quant à savoir par où commencer, je crois fermement que les cinq principes n'ont pas de priorité; ils sont tout aussi importants les uns que les autres. C'est donc l'approche multifacette qu'il faut considérer. Il n'y a pas de doute que l'éducation du public est essentielle. C'est un mouvement d'attitudes qu'il faut appuyer. L'éducation du public fait partie des choses que l'on doit faire. Plus l'approche au niveau des soins est intégrée et fait partie du système principal de santé, plus le public travaille avec les travailleurs de la santé pour développer cette nouvelle connaissance.

On peut faire de grandes campagnes publicitaires, mais c'est réellement sur le terrain, lorsqu'on est frappé par un problème de santé, qu'on peut le mieux tirer profit des circonstances. C'est un peu comme les exemples que M. Calnan a présentés tantôt.

L'autre point, ce sont les ressources humaines. Pour le système de santé canadien, où plus de 75 p. 100 des soins sont prodigués par les infirmières, c'est un point central au soutien d'un système de santé futur. On peut investir dans la technologie, l'équipement, la recherche et l'éducation, mais si on ne règle pas le problème de la main-d'œuvre, ces efforts seront inutiles car les systèmes devront être réduits. À mon avis, c'est la question clé. Vous le notez dans votre cinquième volume.

C'est une question que nous débattons depuis 1997, depuis que nous avons reçu les données sur la main-d'œuvre, ce dont nous avons fait part à votre comité. Dans quelques semaines, nous recevrons aussi un nouveau rapport sur la main-d'œuvre infirmière dans lequel nous projetons les données jusqu'en 2016 à partir des données reçues en 1997.

En ce qui concerne la main-d'œuvre infirmière, le problème est connu mais les solutions aussi. Il manque simplement une volonté politique coordonnée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour régler la situation. Jusqu'à ce jour, toutes les provinces et territoires avaient un comité aviseur sur la main-d'œuvre infirmière. Chaque gouvernement, tant fédéral que provincial, a pris des initiatives à cet égard. Au plan fédéral, par exemple, il y a eu le comité aviseur sur les soins de santé et l'étude de secteurs dans le domaine des soins infirmiers.

On a réglé ce qui était facile. On a ainsi attribué plus de fonds pour la recherche, ce qui est extrêmement important et pour l'éducation, ce qui est aussi extrêmement important. On a

been investment in information and technology. However, one of the two main obstacles is the number of graduating nurses: 4,800 nurses are graduating every year now, compared with 10,000 barely ten years ago.

In Canada, this year alone, thousands of well-qualified students have been turned away. The universities reject them because there are only 70 places for every 800 applications across the country. There is no lack of young people and not-so-young people wanting to take up nursing, but the governments are not funding the seats in the universities. This is a very serious problem, which is easy to solve.

It takes funding. The system used to have this funding, but it disappeared in the dark days of the 1990s when all the systems lost ground and thousands of nursing positions were abolished. Today we are seeing the results of these short-sighted policies on our system.

We do not need to go to other countries and pirate their health-care workers. We need to train the number of nurses required with the resources that we have. The problem is an easy one to solve.

Nothing is simple, because our systems are complex, but we have a pool of professors who, because of aging demographics, will be retiring within five to ten years. We need to use them now.

The second problem deals with how human resources are used. A lot of research has been done. We simply need to have the number of nurses required to be able to provide care to the public. The ratio of nurses to patients has been cut to dangerous levels. Last week, I heard that lower percentages of registered nurses in the system had been quantifiably linked to an increase in mortality and complications.

For example, an Ontario study shows that registered nurses and practical nurses working together is a better health-care model than nurses and nurses' aids working together. Other research shows that a higher percentage of registered nurses has a direct impact on urinary infections and mortalities. For every 10 per cent increase in the number of registered nurses, the number of deaths drops by 5,000 per year. The number of complications relating to pain, urinary infections, accidents and dirty needles also goes down. A tremendous amount of research in this area has been done over the last year. If your committee does not have access to all this data, we will be pleased to provide it to you.

I would say that we need to start with the university seats and the workload problems. A national committee is currently studying patients' safety. One of the important aspects in patients' safety is the need to have adequate staff to provide the care. There are all sorts of tools to ensure that clients' safety and other needs can be matched with qualified staff. Human resource

également investi dans l'information et la technologie. Toutefois, une des deux pierres d'achoppement présentement touche au nombre d'infirmières qui reçoivent leur diplôme: 4 800 infirmières par année au lieu de 10 000 il y a à peine dix ans.

Au Canada, cette année seulement, on a refusé des milliers d'étudiants très bien formés. Les universités les refusent, parce qu'il n'existe que 70 sièges pour 800 demandes au pays. Nous ne vivons pas une pénurie de jeunes et de moins jeunes personnes voulant entreprendre une carrière dans les soins infirmiers, nous sommes dans une situation où les gouvernements ne financent pas les sièges pour accepter ces étudiants. C'est très sérieux. La solution est facile.

Cela prend des fonds. Ces fonds étaient dans le système avant et on les a enlevés durant les années noires 1990 quand tous les systèmes se retrouvaient en perte de vitesse et quand on a aboli des milliers de postes d'infirmières. On se retrouve donc aujourd'hui avec ces politiques à courte vue, qui ont des conséquences dans notre système.

Nous n'avons pas besoin d'aller dans d'autres pays et de pirater les ressources de leur propre système de santé. Nous devons former le nombre d'infirmières et d'infirmiers requis avec les ressources dont nous disposons. Cela peut être résolu facilement.

Rien n'est simple, car nous vivons à l'intérieur de systèmes complexes, mais nous disposons d'un bassin de professeurs qui, à cause du vieillissement de la population, devront prendre leur retraite dans les cinq ou dix prochaines années. Il est temps de les utiliser maintenant.

Le deuxième point concerne la révision de la main-d'œuvre. Présentement, les recherches abondent. Il suffit d'avoir le nombre d'infirmières et d'infirmiers nécessaires capables de prodiguer des soins au public. On a diminué le ratio infirmières/patients pour la dispensation des soins de façon dangereuse. La semaine dernière, j'ai entendu dire que selon le pourcentage d'infirmières autorisées dans le système, il y avait augmentation de mortalité et des complications de façon quantifiable.

Par exemple, une étude faite en Ontario démontre que lorsque les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires travaillent ensemble, ce modèle de soins est supérieur à celui où des infirmières et des aides qui travaillent ensemble. D'autres recherches démontrent qu'un pourcentage d'infirmières autorisées plus élevé a un impact direct sur les infections urinaires et sur le nombre de mortalités. Pour chaque ajout de 10 p. 100 d'infirmières autorisées, on réduit le nombre de mortalités de 5 000 par année. On réduit aussi les complications sur le plan de la gestion de la douleur, des infections urinaires, des accidents et des aiguilles souillées. La recherche faite en ce domaine durant la dernière année est énorme. Si votre comité n'a pas accès à toutes ces données, nous nous ferons un plaisir de vous y donner accès.

Je vous dirais de commencer par les sièges et par la surcharge de travail. Un comité national travaille présentement à la sécurité des patients. Un des éléments importants pour la sécurité des patients est justement d'avoir le personnel nécessaire pour assurer les soins. Il y a toutes sortes d'outils pour s'assurer qu'il y a une correspondance entre les besoins de la clientèle, leur sécurité et les

issues in nursing, public education and the five principles are all extremely important. There are important indicators on how we need to start to reform the present system.

[*English*]

Ms Kay: I should like to add to the comments. I want to go back to your point with respect to public participation and also to address your question about the conflict between nurses and dealing with that conflict.

With respect to public participation, I mentioned creativity in my comments. My colleagues provided some examples of public participation.

One example that comes to mind is a national organization that had a mandate to raise awareness about breast cancer screening. That organization enlisted the help of hairdressers to speak with women about breast cancer screening during their weekly hair appointments. That is a creative strategy, one that goes beyond traditional health care providers and enlists the help of hairdressers to raise awareness about issues.

What you were getting at, senator, is that you are not talking about home care after hospital but perhaps delaying entry to hospital. These are kinds of creative strategies.

Licensed practical nurses are direct care providers. That is our primary focus. Certainly, we can participate in helping to relay strategies. For example, when our nurses are in the community in an independent role doing foot care, they could speak to clients about other things as well.

As well, I am struck by the Elnora community project in Alberta. In developing that project and in looking at what form primary health care would take in the community, they had 100 community volunteers talk about what they needed. They talked about it in the context of not just health services but what the community vision should look like. I was struck by how the community was brought in from the ground floor to look at designing both its health services and the broader decision for the community.

I would expand on the discussion about the conflict between nurses and different roles to say that it is a symptom of the overlap between many different kinds of providers. You address it nicely in your fifth report when you talk about the need to have some sort of collaborative education between providers so that they understand each other's role. I see that as quite key.

compétences du personnel requis. La main-d'oeuvre infirmière en particulier est extrêmement importante, l'éducation du public et les cinq principes. De bonnes pistes nous indiquent où nous devons commencer pour rediriger le système actuel.

[*Traduction*]

Mme Kay: J'aimerais ajouter quelque chose. J'aimerais revenir à ce que vous avez dit à propos de la participation du public et répondre aussi à votre question à propos du conflit entre les infirmières et la façon de régler ce conflit.

En ce qui concerne la participation du public, j'ai parlé de créativité dans mes observations. Mes collègues ont fourni certains exemples de participation du public.

Un exemple auquel je songe est celui d'une organisation nationale dont le mandat était de sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein. Cette organisation s'est assurée l'aide de coiffeurs afin qu'ils parlent aux femmes du dépistage du cancer du sein pendant leur rendez-vous hebdomadaire chez le coiffeur. Il s'agit d'une stratégie créative qui fait appel à des personnes qui ne sont pas des fournisseurs traditionnels de soins de santé, dans ce cas-ci des coiffeurs, pour faire un travail de sensibilisation à propos de ces questions.

Ce dont vous parlez, sénateur, ce n'est pas des soins à domicile après un séjour à l'hôpital mais peut-être de retarder l'entrée à l'hôpital. Ce sont des formes de stratégies créatives.

Les infirmières auxiliaires autorisées sont des fournisseurs de soins directs. C'est sur elles que nous mettons principalement l'accent. Nous pourrions certainement participer à la transmission de stratégies. Par exemple, lorsque nos infirmières travaillent à titre indépendant dans la collectivité pour offrir des soins des pieds, elles pourraient en profiter pour parler aussi à leurs clients d'autres choses.

Par ailleurs, je suis frappée par le projet communautaire Elnora, en Alberta. Pour élaborer ce projet et examiner la forme que prendraient les soins de santé primaires dans la collectivité, on a demandé à une centaine de bénévoles de la communauté de parler de leurs besoins. Ils en ont parlé non simplement dans le contexte des services de santé mais de la vision communautaire recherchée. J'ai été frappée par la façon dont on a sollicité dès le départ la participation de la collectivité pour examiner la conception de ces services de santé et aussi les décisions plus générales qui touchent la collectivité.

J'aimerais discuter un peu plus du conflit entre les infirmières et de leurs rôles différents pour indiquer qu'il s'agit d'un symptôme du chevauchement des rôles qui existe entre un grand nombre de différentes catégories de fournisseurs de soins. Vous abordez d'ailleurs de façon intéressante cet aspect dans votre cinquième rapport lorsque vous parlez de la nécessité de prévoir une forme quelconque de formation coopérative aux différentes catégories de fournisseurs de soins de santé afin qu'ils comprennent mutuellement leur rôle. Je considère que c'est un élément important.

There are some good examples of work on collaboration between nurses in different jurisdictions. In Saskatchewan, the three categories of nurses produced a report on the collaborative roles of nursing in Saskatchewan. That report provides a good model for entertaining that discussion and for moving that type of practice forward.

Senator Morin: Would you see that we get a copy of that report, please?

Ms Kay: Certainly. I will speak to my colleagues about that.

In addition, Learning Circles Project is underway in Newfoundland. It works between the categories of nurses to raise awareness of each other's roles and how they can work together and be collaborative.

My colleagues referred to the nursing sector study. I am struck by the comments in your report about the timeliness of that for making decisions. I believe there is a two-year time frame, which is further out than you might to see for action to be taken. Certainly, however, the work will produce reports along the way that will provide some useful information about clearing up some of the controversy about the roles of nurses.

There is considerable skill-mix research underway. My colleague has referred to a study by Linda McGillis Hall and Diane Doran that supports that when nurses of both categories — in other jurisdictions we know there are three categories of nurses — work together, it produces positive outcomes for clients.

I would caution us to remember that some of the research that recently has been publicized about negative impacts on clients when there is a reduction in registered nursing hours is American research. When there is reference to the licensed practical nurse role, the role of the Canadian practical nurse is in fact an incomparable role with that of a practical nurse in the United States. The education requirements for a practical nurse in Canada are different than those in the United States. I would therefore ask you to keep an open mind when you review that research. We have verified that, under NAFTA, there is no agreement that licensed practical nurses in this country are the same as they would be in the U.S. or Mexico, so that may not be comparable when it addresses the role of the licensed practical nurse.

We anticipate shortly a report from the Canadian Nursing Advisory Committee that should help to provide you with some additional information about the roles specific to nursing. We will certainly provide you with a copy of that report when it becomes available.

The Chairman: You indicated that roughly a decade ago there were 10,000 nurses in training and that now the number is roughly 4,800. In the last two to three years, the enrolment in medical schools has been increased by roughly 25 per cent. Has there been a corresponding increase in the last several years in nursing school enrolment? As I understand it, the problem is not finding the

Il existe des exemples positifs de travail en collaboration entre les infirmières dans différentes provinces. En Saskatchewan, les trois catégories d'infirmières ont préparé un rapport sur la collaboration des rôles en soins infirmiers en Saskatchewan. Ce rapport fournit un bon modèle pour discuter de cet aspect et favoriser ce genre de méthode.

Le sénateur Morin: Pourriez-vous vous assurer que nous obtenions un exemplaire de ce rapport, je vous prie?

Mme Kay: Bien sûr. J'en parlerai à mes collègues.

De plus, un projet de cercles d'apprentissage est en cours à Terre-Neuve. Ce projet vise à sensibiliser les infirmières d'une certaine catégorie au rôle des infirmières d'une autre catégorie afin qu'elles puissent travailler en collaboration.

Mes collègues ont mentionné l'étude sur le secteur des soins infirmiers. J'ai été frappée par les commentaires que renferme votre rapport à propos de la prise de décision en temps opportun. Je crois que l'on prévoit un délai de deux ans, ce qui est plus long que ce qu'on voudrait envisager pour que des mesures soient prises. Il ne fait aucun doute toutefois que ce travail permettra d'établir des rapports en cours de route qui fourniront des renseignements utiles sur la façon de dissiper la controverse qui entoure les rôles des infirmières.

On est en train de faire d'importantes études sur les compétences collectives. Ma collègue a parlé d'une étude faite par Linda McGillis Hall et Diane Doran qui conclut que lorsque les infirmières des deux catégories — nous savons que dans d'autres provinces il existe trois catégories d'infirmières — travaillent en collaboration, cela donne des résultats positifs pour les clients.

Je tiens à signaler que certaines études qui ont récemment été rendues publiques à propos des conséquences négatives pour les clients de la réduction des heures de soins infirmiers dispensés par des infirmières diplômées sont des études américaines. Lorsque l'on parle du rôle de l'infirmière auxiliaire autorisée, le rôle de l'infirmière au Canada ne peut pas en fait se comparer à celui de l'infirmière auxiliaire aux États-Unis. Les études requises pour une infirmière auxiliaire au Canada diffèrent de celles requises aux États-Unis. C'est pourquoi je vous demanderais de garder l'esprit ouvert lorsque vous examinerez ces études. D'après nos vérifications, l'ALENA ne prévoit aucun accord selon lequel les infirmières auxiliaires autorisées au Canada doivent répondre aux mêmes exigences qu'aux États-Unis et au Mexique, donc il est sans doute impossible de comparer leur rôle.

Nous prévoyons la publication sous peu d'un rapport du Comité consultatif canadien des normes infirmières qui devrait vous fournir des renseignements supplémentaires sur les rôles particuliers des infirmières. Nous ne manquerons pas de vous en fournir un exemplaire dès que le rapport sera disponible.

Le président: Vous avez indiqué qu'il y a environ 10 ans il y avait 10 000 infirmières en formation et que ce chiffre maintenant est d'environ 4 800. Au cours des deux ou trois dernières années, l'inscription dans les écoles de médecine a augmenté d'environ 25 p. 100. A-t-on constaté ces dernières années une augmentation correspondante du taux d'inscriptions dans les écoles

candidates who want to be nurses; the problem is finding the spots in the academic institutions. Two or three years ago, when it was clear there would be a shortage of doctors, the ceilings on medical school enrolment were lifted somewhat. Has that happened in nursing schools?

Ms Lemire Rodger: To some degree, it has happened.

Mr. Calnan: There has been an increase in seats in some institutions but not an increase in the graduation numbers.

The Chairman: That is because of a time lag, I would imagine.

Mr. Calnan: Still, looking at those numbers — 10,000 versus 4,800 — when you look at my own province of British Columbia, we had an increase of 400 seats. That is a pittance compared to what we need in order to adequately supply our nurses.

Senator Morin: How many additional seats do we need in Canada? Second, how much would a seat cost?

Ms Lemire Rodger: We do not have a number for the cost of a seat.

Senator Morin: If you ask any level of government to support the creation of a seat, it is difficult to recommend that without a ballpark figure of what that would cost. We know what one medical school slot costs. I am sure you have some idea.

Ms Lemire Rodger: We do not have the data, but the Canadian Association of Schools of Nursing has that number so we will get it for you.

When you ask how many seats we need, there has been a partial increase, but the ceiling has not been lifted. You were comparing what happened in the medical profession with that of the nursing profession. The nursing profession identified its shortage in 1997, whereas the medical association identified its shortage in 1999. By year 2000, they had 2000 seats for 2000, and it was done. Nurses are still fighting to get the number of seats increased five years later.

In the last two years, there has been a small increase in some of the schools of nursing. For example, in Saskatchewan, after all the numbers of the decrease of seats were published on the front page of the paper, the government added 80 seats, which was far less than what was needed to go back to the previous numbers.

There is a time lag between the number of seats you start with and what you graduate, but there is also attrition that needs to be accounted for. Each school has a different level of attrition. They calculate the seats they need in light of their attrition to graduate the number we need.

d'infirmières? D'après ce que je crois comprendre, ce qui pose problème ce n'est pas le recrutement de candidates qui veulent devenir infirmières; c'est de trouver des places dans les établissements d'enseignement. Il y a deux ou trois ans, lorsque l'on a constaté qu'il y aurait une pénurie de médecins, on a augmenté quelque peu le nombre de places dans les écoles de médecine. A-t-on fait la même chose dans les écoles d'infirmières?

Mme Lemire Rodger: Jusqu'à un certain point.

M. Calnan: Le nombre de places dans certains établissements a augmenté mais pas le nombre de diplômées.

Le président: Je suppose que c'est à cause du décalage.

M. Calnan: Quoi qu'il en soit, si on examine les chiffres — 10 000 par rapport à 4 800 — si on examine la situation dans ma propre province de la Colombie-Britannique, nous constatons une augmentation de 400 places. Ce n'est rien comparativement à ce dont nous avons besoin pour répondre à la demande.

Le sénateur Morin: De combien de places supplémentaires avons-nous besoin au Canada? Deuxièmement, combien coûte une place?

Mme Lemire Rodger: Nous n'avons pas de chiffre pour le coût d'une place.

Le sénateur Morin: Si vous demandez à un palier quelconque de gouvernement d'appuyer la création d'une place, il est difficile de formuler une recommandation en ce sens sans avoir une idée approximative du coût. Nous connaissons le coût d'une place dans une école de médecine. Je suis sûr que vous en avez une idée.

Mme Lemire Rodger: Nous n'avons pas les données, mais l'Association canadienne des écoles de nursing a ce chiffre et nous vous le fournirons.

Lorsque vous nous demandez le nombre de sièges dont nous avons besoin, il y a eu une augmentation partielle, mais le plafond n'a pas été levé. Vous avez comparé la situation de la profession médicale à celle de la profession infirmière. La profession infirmière a déterminé l'existence d'une pénurie en 1997, tandis que la profession médicale a déterminé l'existence d'une pénurie en 1999. En l'an 2000, ils avaient 2 000 places pour 2 000 candidats, et la situation était réglée. Cinq ans plus tard, les infirmières continuent toujours de se battre pour qu'on augmente le nombre de places.

Au cours des deux dernières années, on a constaté une faible augmentation dans certaines écoles d'infirmières. Par exemple, en Saskatchewan, après que la diminution du nombre de places ait fait les manchettes, le gouvernement a ajouté 80 places, ce qui est nettement insuffisant pour rétablir les chiffres précédents.

Il existe un décalage entre le nombre de places prévu au départ et le nombre de diplômées, mais il faut aussi tenir compte de l'attrition. Le niveau d'attrition varie d'une école à l'autre. Le nombre de places dont ils ont besoin est calculé en fonction de leur taux d'attrition de manière à obtenir le nombre de diplômées dont nous avons besoin.

The educators are working on factors to reduce the drop-out. Each school has a different rating on that.

You are asking about the number of seats we would need to be able to graduate 10,000. The fact of the matter is, we are not there yet. We do not have the number of seats to graduate those numbers again.

The January statement of the first ministers reiterated the recommendation of the national strategy on nursing that the number of seats and the number of graduates should be increased by 10 per cent of the graduation. That is 480 seats for the whole country.

Ms Kay and I are members of the Canadian Nursing Advisory Committee. Our report will not be ready until September, but we will recommend increasing the number of graduates right now and the corresponding seats to meet that.

We need to go back, in our view, to 10,000. Furthermore, the additional seats should be guided by demographic studies so that those numbers can be adjusted in light of the changes in the needs of the population and the workforce.

Senator Cordy: On the same issue, I grew up in a small city in Nova Scotia. At the time of my graduation from high school, I had friends who went into nursing. They trained at hospitals in the community. In the Sydney area alone, there were six hospitals, I believe. Hospitals offered a three-year nurses training. Now you have to go to one of the universities in Nova Scotia to become a nurse. Has a university degree made for better nursing care for Canadians?

Ms Kay: I will make a couple of comments and then let my colleagues respond to the university aspect.

I want to point out that the entry to nursing in the country is not limited to university. In fact, the community college is an entry point for licensed practical nursing.

Ontario removed the cap for entry to nursing programs. However, that did not mean that a tremendous number of people could be taken into the program, because there are faculty shortages. Historically, the age of faculty is a little higher than that of the population of nurses. Not having a sufficient faculty to open up those seats becomes an issue.

There are other issues in terms of flexible delivery and prior learning assessment that confound the issue. Licensed practical nurses do not have an easy transition to become registered nurses, particularly in baccalaureate programs. It would seem peculiar that licensed practical nurses, many of whom in Ontario will have two years of college experience, as well as experience in the practice setting, should be treated the same as a graduate from

Les pédagogues essaient de déterminer les facteurs qui permettront de réduire le taux d'abandon. Ce taux varie d'une école à l'autre.

Vous nous demandez le nombre de sièges dont nous aurions besoin pour former 10 000 diplômées. Le fait est que nous n'en sommes pas encore là. Nous n'avons pas le nombre de sièges voulu pour obtenir à nouveau ce nombre de diplômées.

L'annonce faite en janvier par les premiers ministres a réitéré la recommandation de la stratégie nationale en matière de soins infirmiers, selon laquelle le nombre de sièges et le nombre de diplômées devraient augmenter 10 p. 100. Cela représente 480 places pour l'ensemble du pays.

Mme Kay et moi-même sommes membres du Comité consultatif canadien des normes infirmières. Notre rapport ne sera pas prêt avant septembre, mais nous recommanderons d'augmenter le nombre de diplômées dès maintenant de même que le nombre correspondant de places pour atteindre cet objectif.

Nous devons rétablir, à notre avis, cet objectif de 10 000. De plus, le nombre de places supplémentaires devrait être déterminé à l'aide d'études démographiques afin qu'il soit rectifié en fonction des changements au niveau des besoins de la population et de la main-d'oeuvre.

Le sénateur Cordy: Sur la même question, j'ai grandi dans une petite ville de la Nouvelle-Écosse. Lorsque j'ai terminé mes études secondaires, j'ai des amies qui ont décidé de devenir infirmières. Elles ont reçu une formation dans les hôpitaux de la collectivité. Je crois que dans la seule région de Sydney, il y avait six hôpitaux. Ces hôpitaux offraient une formation d'infirmière de trois ans. Maintenant, pour devenir infirmière, il faut aller à l'une des universités de la Nouvelle-Écosse. Est-ce que l'obtention d'un diplôme universitaire se traduit par de meilleurs soins infirmiers pour les Canadiens?

Mme Kay: Je ferai quelques observations, puis je laisserai mes collègues répondre à propos de l'aspect universitaire.

Je tiens à signaler qu'au Canada la formation infirmière n'est pas limitée aux universités. En fait, les collèges universitaires sont un point d'entrée pour les infirmières auxiliaires autorisées.

L'Ontario a éliminé le plafond pour l'admission aux programmes de soins infirmiers. Cependant, cela ne s'est pas traduit par une énorme augmentation des inscriptions aux programmes étant donné qu'il y a des pénuries parmi le personnel enseignant. Traditionnellement, les membres du personnel enseignant sont un peu plus âgés que la population d'infirmières. Comme il n'y a pas suffisamment de personnel enseignant, on ne peut pas offrir le nombre de places voulu et cela pose problème.

Il y a d'autres problèmes en ce qui concerne la souplesse du programme d'études et l'évaluation des connaissances acquises qui viennent aggraver la situation. La transition au statut d'infirmière diplômée n'est pas facile pour les infirmières auxiliaires autorisées, surtout dans le cadre des programmes de baccalauréat. Il semble étrange que les infirmières auxiliaires autorisées dont un grand nombre en Ontario comptent deux

high school when they enrol in a baccalaureate program in nursing. That may be an artificial barrier that should be examined in terms of career laddering within nursing.

Mr. Calnan: I have been an educator in two diploma nursing programs and in a collaborative nursing program, and I trained or graduated out of a three-year hospital program. You asked whether a university education provides a better education for nurses. I would say yes.

The Chairman: I think the answer to that would obviously be “yes.” I interpreted the question to be different, more along the lines of whether you really need it to do the job.

Senator Cordy: My question was whether Canadians are receiving a better quality of health care because a nurse has a university degree.

Mr. Calnan: Yes, because there is time to examine the principles of primary health care, what it is to work within communities and families and the benefits of working with multidisciplinary teams. I did not benefit from those things in my hospital-based program. Prior to my university education, I did not have any understanding of those issues.

Senator Cordy: I am not sure, in the good old days, if those issues were on the table for anyone, whether at university or not.

The Chairman: Perhaps this is a function of the age of the committee and the fact that some of us are married to nurses. From the point of view of delivering health care, there is no question that someone more educated is probably, on balance, better, but we have a crisis here. Do we need a high-class solution to the crisis, a bachelor of science in nursing, or can we develop an alternative program that will quickly get us more people who are trained to do the job?

Ms Lemire Rodger: The question becomes: What would be the effect on the quality of care that Mr. Calnan was giving evidence on? We do have evidence, and the work of Linda O'Brien-Pallas, the national chair of research, has done comparisons between diploma and bachelor degree nurses, and there is evidence of the impact on patient outcome.

That evidence was not previously available. As the profession did the transition from 1980 to the present, we wanted to ensure that all nurses would have a chance to move into the new era, so that the nurses of today and tomorrow will have the knowledge they need to sustain a complex health care system.

années d'études collégiales, de même qu'une expérience pratique, doivent recevoir le même traitement qu'une diplômée d'études secondaires qui s'inscrit à un programme de baccalauréat en sciences infirmières. C'est peut-être un obstacle artificiel qu'il faudrait examiner en ce qui concerne l'avancement professionnel dans le domaine des soins infirmiers.

M. Calnan: J'ai été enseignant dans deux programmes de sciences infirmières menant à un diplôme et dans un programme coopératif de sciences infirmières, et j'ai suivi la formation d'un programme de trois ans en milieu hospitalier au bout duquel j'ai obtenu un diplôme. Vous avez demandé si des études universitaires assurent une meilleure formation aux infirmières. Je répondrais oui.

Le président: Je pense que la réponse serait de toute évidence oui. J'ai interprété la question différemment, à savoir si cela était vraiment important pour faire le travail.

Le sénateur Cordy: J'ai demandé si les Canadiens recevaient de meilleurs soins de santé parce qu'une infirmière détient un diplôme universitaire.

M. Calnan: Oui, parce que cela donne le temps d'examiner les principes des soins de santé primaires, en quoi consiste le travail auprès des collectivités et des familles et les avantages de travailler en collaboration avec des équipes multidisciplinaires. Je n'ai pas eu l'occasion d'apprendre ce genre de choses dans le programme que j'ai suivi, qui était dispensé par l'hôpital. Avant mes études universitaires, j'ignorais tout de ces questions.

Le sénateur Cordy: Je doute qu'au bon vieux temps on abordait ce genre de questions, que ce soit à l'université ou non.

Le président: C'est peut-être en raison de l'âge des membres du comité et du fait que certains d'entre nous ont épousé des infirmières. Pour ce qui est de la prestation des soins de santé, il ne fait aucun doute qu'une personne mieux formée est probablement, tout bien considéré, plus compétente, mais nous traversons une crise ici. Avons-nous besoin d'une solution de première classe à la crise, un baccalauréat ès sciences en sciences infirmières, ou pouvons-nous élaborer un programme de rechange qui nous permettra d'obtenir plus rapidement des gens qui ont la formation voulue pour faire le travail?

Mme Lemire Rodger: Il faut alors se demander quelles en seront les conséquences pour la qualité des soins dont M. Calnan parlait? Nous avons des preuves à cet égard, et le travail de Linda O'Brien-Pallas, la présidente nationale de la recherche, a établi des comparaisons entre les infirmières munies d'un diplôme et celles qui ont un baccalauréat — et on a constaté que cela influe sur le résultat pour le patient.

Ces constatations n'étaient pas disponibles auparavant. Tout au long de la transition que la profession a connue à partir de 1980 jusqu'à présent, nous tenions à nous assurer que l'ensemble des infirmières aient la possibilité de s'adapter à la nouvelle ère, de sorte que les infirmières d'aujourd'hui et de demain possèdent la connaissance nécessaire pour soutenir un système de soins de santé complexe.

In this country, Nova Scotia, New Brunswick, Prince Edward Island, Manitoba, except for one school, Saskatchewan and Ontario are recognizing that a two-year education for a registered nurse is not sufficient to prepare for the complexity of the work.

Why is it that politicians are always questioning whether nurses need six months or one year more, or whatever, of education? That does not happen with physicians, physiotherapists or other medical professionals. If there were a shortage of, say, neurosurgeons, it would be unreasonable to ask them to cut their course by half a year. Each of the professions, in conjunction with governments, has a registering body that is based on the protection of the public and the competency one needs to provide safe care. It is those bodies that decide the appropriate level of education and knowledge required, including for nurses.

Currently, intensive care nurses make 90 per cent of the life and death decisions. Do you want ill-prepared nurses? Can you say they will have six months less education, and then put your life in their hands? I do not think so. It is unreasonable to ask that of the profession.

I have been all through the country. To nurse in the Northwest Territories, even in Yellowknife, a nurse needs additional education. They have a collaborative program with Victoria and that program takes an additional six months to complete, just to ensure they will be safe, let alone what is needed for the remote areas.

I want to say emphatically that there is evidence on patient outcome. Within the next year, not only will your reports come out, but the whole issue of patient safety and errors as well, and that will be directly related to education and numbers of people.

Many professionals have recognized that yesterday's knowledge is not sufficient for today and tomorrow. Look at the physiotherapists now taking a bachelor degree for entry into their practice. This also applies to social workers and speech language pathologists. To think that the people providing your main care do not have the knowledge is not appropriate.

As well, if there is a shortage, because of the complexity of a shortage situation you need your best-prepared people available, as your decisions are always a trade-off. They better be well prepared.

Senator Cordy: From my perspective, the professionalism of nurses has been greatly undervalued over the years. They are an integral part of the health care community.

Dans ce pays, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, à l'exception d'une école, la Saskatchewan et l'Ontario reconnaissent que deux années de formation pour une infirmière diplômée ne sont pas suffisantes pour la préparer à la complexité du travail.

Pourquoi les politiciens demandent-ils constamment si les infirmières ont besoin de six mois ou un an de plus de formation? Ils ne posent pas ce genre de question en ce qui concerne les médecins, les physiothérapeutes ou d'autres membres de la profession médicale. S'il y avait disons une pénurie de neurochirurgiens, il serait déraisonnable de leur demander de réduire leur cours de moitié chaque année. Pour chaque profession, il existe un organisme d'accréditation qui travaille en collaboration avec les gouvernements, qui veille à la protection du public et détermine les compétences nécessaires pour assurer des soins sûrs. Ce sont ces organismes qui décident du niveau approprié de formation et de connaissances nécessaires, y compris pour les infirmières.

À l'heure actuelle, les infirmières qui travaillent aux soins intensifs prennent 90 p. 100 des décisions de vie ou de mort. Voulez-vous des infirmières mal préparées? Êtes-vous prêts à dire qu'elles devront suivre six mois de moins de formation et à remettre votre vie entre leurs mains? Je ne le crois pas. Il est déraisonnable de demander une telle chose aux membres de cette profession.

J'ai visité toutes les régions du pays. Pour travailler dans les Territoires du Nord-Ouest, même à Yellowknife, une infirmière doit suivre une formation supplémentaire. On y a établi un programme coopératif avec Victoria et il faut six mois supplémentaires pour terminer ce programme, simplement pour s'assurer qu'elles pourront dispenser des soins sûrs et les soins nécessaires dans les régions éloignées.

Je tiens à souligner qu'il existe des preuves quant aux résultats sur le patient. Au cours de l'année prochaine, vos rapports seront rendus public mais aussi on rendra publique toute la question de la sécurité des patients et des erreurs qui sont commises, et qui seront directement liées à la formation et aux nombres de personnes qui font partie de l'effectif.

De nombreux professionnels ont reconnu que le savoir d'hier est insuffisant pour aujourd'hui et demain. Il suffit de regarder le cas des physiothérapeutes qui obtiennent maintenant un baccalauréat pour accéder à leur profession. Cela vaut aussi pour les travailleurs sociaux et les orthophonistes. Il est inconcevable que des gens chargés de vous soigner ne possèdent pas les connaissances nécessaires.

Par ailleurs, s'il y a une pénurie, à cause de la complexité d'une telle situation, il faut que vous ayez à votre disposition les gens qui sont les mieux préparés, étant donné que vos décisions représentent toujours un compromis. Ils ont intérêt à être bien préparés.

Le sénateur Cordy: Personnellement, je trouve qu'on a grandement sous-estimé au cours des ans le professionnalisme des infirmières. Elles font partie intégrante du milieu des soins de santé.

However, you have answered a legitimate question, and I would hope we are free to ask any questions we desire this morning.

Ms Lemire Rodger: We will be pleased to provide evidence.

Ms Kay: I wish to return to the chairman's comments about the hands-on provider. Certainly, licensed practical nurses identify themselves with that role. I support what my colleague said: It does not serve Canadians well to shortchange the education of registered nurses in order to get them into the system faster. I would remind the committee, if you are looking for a hands-on provider the licensed practical nurse program is shorter and works in collaboration with the registered nurse. The system already has what it needs to provide regulated nursing care to Canadians in terms of categories of nurses.

Changing the educational requirements to make either one shorter would be inappropriate, and we have seen that the education of the registered practical or licensed practical nurse has expanded as well. That is the trend.

[*Translation*]

Senator Pépin: I agree, and I recognize that nurses are better qualified now. Even though we have qualified nurses with university degrees, we do not have enough people to look after patients' daily needs. Of course, given the current staff shortages and the work environment, there is no one left to say good morning to patients, give them a bath, talk to them a bit while administering medication, rub their back, et cetera. That type of care does not require four or five years of nursing education. Not so long ago, the first thing a nurse had to do was to introduce herself to the patients and let them know that she was there to look after them. That no longer happens today!

[*English*]

Senator Cook: I come from the province of Newfoundland and Labrador, and I was pleased to hear you talk about the learning circle program.

In 1984, I chaired the nursing advisory committee on the local health board. We embarked on a vision to bring in a collaborative program by the year 2000. We achieved that with the centre for nursing studies, doing a three-year program with two streams to follow. It has been five years now, and I am not fully up-to-date on what has happened in that five years.

As I remember, the entrance requirements to the centre from high school were higher than for university entrants. We also discovered that when Memorial University opened its school of nursing second-year students had not seen a sick person. They came on the floors totally unprepared for what lay ahead of them. There were a number of people who said, "This is not for me,"

Cependant, vous avez répondu à une question légitime, et j'espère que nous serons libres de poser toutes les questions que nous voulons ce matin.

Mme Lemire Rodger: Nous nous ferons un plaisir de vous fournir ces preuves.

Mme Kay: J'aimerais revenir aux observations faites par le président à propos des fournisseurs de soins directs. Il ne fait aucun doute que les infirmières auxiliaires autorisées considèrent qu'elles ont un rôle à jouer à cet égard. J'appuie ce que mon collègue a dit: c'est rendre un mauvais service aux Canadiens que de court-circuiter la formation des infirmières diplômées afin qu'elles aient accès plus rapidement au système. Je tiens à rappeler au comité que si vous voulez un fournisseur de soins directs, le programme d'infirmières auxiliaires autorisées est plus court et qu'il travaille en collaboration avec l'infirmière diplômée. Le système possède déjà les catégories d'infirmières dont il a besoin pour assurer des soins infirmiers réglementés aux Canadiens.

Il serait inapproprié de modifier la formation requise en raccourcissant le programme de formation dans l'une ou l'autre catégorie, et nous avons constaté que la portée de la formation des infirmières auxiliaires autorisées a été aussi élargie. C'est la tendance.

[*Français*]

Le sénateur Pépin: Je suis d'accord et je reconnais que les infirmières sont mieux qualifiées. Autant on a des infirmières diplômées et qualifiées, autant on manque de personnel pour s'occuper du quotidien des malades. Évidemment, avec le manque de personnel actuel et l'environnement de travail, il n'y a plus personne pour dire bonjour aux malades le matin, lui donner leur bain et leur parler un peu en leur administrant leurs médicaments ou pour leur frotter le dos, et cetera. Ces soins ne requièrent pas quatre ou cinq années d'étude. À une époque pas si lointaine, la première chose qu'une infirmière devait faire était d'aller se présenter à ses malades et les aviser que c'était elle qui allait s'occuper d'eux. Cela ne se fait plus aujourd'hui!

[*Traduction*]

Le sénateur Cook: Je viens de la province de Terre-Neuve et du Labrador, et j'ai été heureuse de vous entendre parler du programme de cercles d'apprentissage.

En 1984, j'ai présidé le Comité consultatif des normes infirmières du conseil de santé local. Notre vision était de parvenir à un programme de collaboration avant l'an 2000. Nous y sommes parvenus avec le centre des études infirmières qui a offert un programme de trois ans à deux volets. Cela fait maintenant cinq ans et je ne sais pas exactement ce qui s'est passé au cours de ces cinq ans.

Si je me souviens bien, les conditions d'entrée au centre à la fin du secondaire étaient supérieures à celles que l'on demandait pour entrer à l'université. Nous avons en outre découvert que quand l'Université Memorial a ouvert son école d'infirmières, des étudiants de 2^e année n'avaient pas encore vu un malade. Ils arrivaient à l'hôpital sans avoir aucune idée de ce qui les attendait.

because they had only been exposed to theory rather than the practice of nursing. Some of the things they were asked to do were ordinary.

When I left to come to this place, the group was embarking on yet another mission — that of the nurse practitioner. I wonder if I will live long enough to see the nurse practitioner fulfil the role for which she has been trained and intended.

I like your comments concerning the barriers to the utilization of the nurse practitioner. I saw the evidence of the integration of the three nursing schools, the collaborative program, and how well our people worked together to bring that about.

Nevertheless, volume 5 states that there are 40 per cent fewer new graduates in Newfoundland than there were in the early 1990s. We all know the stories about Texas. The number of seats has been reduced from 273 to 180. Still, today's nurse has to have the ultimate in training. Along the road, we entered the era of technology, and so we do things differently now. A nurse has to be on the cutting edge to provide the best care that people expect to receive.

I have one other item for Ms Kay to ponder — the role of the practical nurse in community health care. More home care is being done. For example, four days after heart surgery, a patient may be sent home. Two weeks ago, my daughter gave birth to her first baby, in Halifax, and 40 hours later she was at home. In my day, women stayed in the hospital for seven days. I told my daughter that a public health nurse would visit her soon after she arrived home. The public health nurses were wonderful.

I invite your comments.

Ms Kay: In fact, I was a community visiting nurse at one time.

Certainly, I am struck by this discussion about utilizing people to their full scope of practice. That extends to what you are talking about concerning the nurse practitioner, although I will leave specific comment on that to my colleagues.

We maintain that there is a considerable barrier to our profession in the licensing of practical nurses. It is regulated in every jurisdiction, yet employers insist on regulating the profession themselves. For example, I worked in a practice setting in an acute care hospital where I was not permitted to work to my full scope of practice. I then worked in the community with clients who we knew were being discharged fairly early, and I did everything for them. It is a paradox that the practical nurse can function in one place to the full scope of practice and not in another place.

I should like to draw in the comments from Senator Pépin about her issue concerning the workload, which I believe to be an issue. We have a definite lack of human resources in the

Il y en a un certain nombre qui ont renoncé à ce moment-là parce qu'ils n'avaient fait jusque-là que de la théorie sans aucune pratique. On leur demandait pourtant de faire des choses assez ordinaires.

Quand je suis partie pour venir ici, le groupe se lançait dans une autre mission — celle d'infirmière praticienne. Je ne sais pas si je vivrai assez vieille pour voir les infirmières praticiennes remplir le rôle pour lequel elles ont été formées et auquel elles étaient destinées.

J'ai apprécié ce que vous avez dit quant aux obstacles au recours aux infirmières praticiennes. J'ai vu le résultat de l'intégration des trois écoles d'infirmières, le programme de collaboration et combien l'on a en effet collaboré pour réaliser cela.

Néanmoins, le volume 5 indique qu'il y a 40 p. 100 de moins de nouveaux diplômés à Terre-Neuve qu'au début des années 90. Nous avons tous entendu parler du Texas. Le nombre de places a été réduit de 273 à 180. Cela n'empêche que les infirmières d'aujourd'hui doivent suivre la meilleure formation possible. Nous sommes entrés dans l'aire de la technologie et nous faisons donc les choses différemment maintenant. Une infirmière doit être à la pointe de la technologie pour offrir les soins auxquels s'attendent les gens.

Il y a un autre point sur lequel j'aimerais que Mme Kay nous donne son avis, à savoir le rôle des infirmières auxiliaires dans les soins communautaires. On offre plus de soins à domicile. Par exemple, quatre jours après une chirurgie cardiaque, on peut renvoyer un patient chez lui. Il y a deux semaines, ma fille a donné naissance à son premier bébé à Halifax et 40 heures plus tard, elle était chez elle. Dans mon temps, les femmes restaient à l'hôpital sept jours. J'ai dit à ma fille qu'une infirmière de la santé publique viendrait la voir chez elle, peu après son retour. Ces infirmières ont été merveilleuses.

J'aimerais avoir vos commentaires.

Mme Kay: En fait, j'étais moi-même infirmière visiteuse autrefois.

C'est toute la question de l'utilisation des gens au maximum de leur potentiel. Cela revient à ce que vous dites à propos des infirmières praticiennes, mais je laisserai mes collègues vous parler de cela.

Nous maintenons qu'il y a un sérieux obstacle à notre profession dans la délivrance des diplômes d'infirmières auxiliaires. Il y a une réglementation provinciale mais les employeurs insistent pour réglementer eux-mêmes cette profession. Par exemple, j'ai travaillé à ce titre dans un hôpital de soins actifs où je n'avais pas le droit de travailler à fond dans mon champ d'activité. Je suis alors allée voir les clients que nous savions avoir été renvoyés chez eux assez tôt et je faisais tout pour eux. Le paradoxe est qu'une infirmière praticienne puisse fonctionner à un endroit dans tout son champ d'activité mais pas ailleurs.

J'aimerais revenir à ce qu'a dit le sénateur Pépin quant à la charge de travail, car je crois que c'est un problème. Il y a une vraie pénurie de ressources humaines. Dans mes fonctions

workplace. In my current capacity, I am absolutely struck by the phone calls I have received about practical nurses being laid off in favour of unregulated care providers.

The pampering and touching at the bedside — the TLC — on the part of nurses amounts to more than just a backrub. To replace the professional with someone who simply gives a backrub is analogous to the example about the light bulb technician. We really underestimate the value of the assessment that nurses of all categories do when we seek to find someone else to perform those skills, such as the bed bath or the backrub.

In most jurisdictions, licensed practical nurses are in short supply. However, there are still situations such as in the province of Ontario where 1,400 registered practical nurses reported on their last registration data form that they were seeking employment in nursing.

That may be an issue of education. Perhaps there is a need to create educational opportunities. Certainly, licensed practical nursing has undergone tremendous change. There may be a need to upgrade older practitioners. I find it remarkable that there would be such a replacement.

Senator Cook: In terms of the integration of the three disciplines, how much cross-training in Canada is done across the disciplines?

Ms Kay: The licensed practical nurse, in some jurisdictions, enjoyed a common semester when there were diploma RN programs. Those programs no longer exist. There has been some new progress made, particularly in Nova Scotia, where the licensed practical nurse now receives advanced standing in the first year of university for the registered nurse program.

I am struck by what is happening in Ontario, where the program for practical nurses has expanded to a two-year diploma program. At the present time, there is no movement on the part of the universities in Ontario to recognize that diploma preparation. To enter a bachelor of science in nursing program, a practical nurse would be required, if he or she did not have OAC credits, to get six OAC credits.

Senator Cook: Thank goodness the Newfoundland people had more foresight when they created the programs. They put the appropriate practices or procedures in it.

Ms Lemire Rodger: Lifelong learning is a reality, so there is a need for proper articulation so that we can facilitate the movement of nurses as they progress, not only for licensed practical nurses and RNs, but also to the Ph.D. level. The same thing happened with the bachelor degree. The need for integration is important.

Through the innovative new programs, such as in Newfoundland, we are finding that many more young people are interesting in registering for a university nursing program. They will not face a dead end. Today, many people are interested in pursuing further education, a masters or Ph.D. level. That has made a difference to the group of people we are getting. There are

actuelles, je suis absolument ahurie du nombre de coups de téléphone que j'ai reçus au sujet d'infirmières auxiliaires mises à pied pour être remplacées par des fournisseurs de soins de santé non réglementés.

Les soins qu'apportent les infirmières aux malades vont plus loin qu'une friction dorsale et des petits encouragements. Remplacer des professionnels par des gens qui se contentent de donner une friction dorsale n'est pas sérieux. On sous-estime en fait la valeur de l'évaluation que les infirmières de toutes catégories font lorsqu'on essaie de trouver quelqu'un pour faire ce travail, qu'il s'agisse du bain alité ou de la friction dorsale.

Dans la plupart des provinces, on manque d'infirmières auxiliaires autorisées. Il reste toutefois des situations comme en Ontario où 1 400 infirmières auxiliaires autorisées ont indiqué dans leur dernier formulaire de renseignements qu'elles cherchaient un emploi en soins infirmiers.

C'est peut-être une question d'études. Peut-être qu'il faut offrir d'autres possibilités d'études. Il est certain que les choses ont énormément changé pour les infirmières auxiliaires autorisées. Peut-être faudrait-il reclasser les auxiliaires plus anciennes. Je trouve remarquable qu'il y ait un tel remplacement.

Le sénateur Cook: Pour ce qui est de l'intégration des trois disciplines, dans quelle mesure la formation au Canada intègre-t-elle les différentes disciplines?

Mme Kay: L'infirmière auxiliaire autorisée, dans certaines provinces, a pu avoir un semestre commun s'il y avait des programmes d'infirmières diplômées. Ces programmes n'existent plus. Les choses ont un peu changé, en particulier en Nouvelle-Écosse, où les infirmières auxiliaires autorisées sont maintenant prioritaires pour la première année d'université dans le programme d'infirmières diplômées.

En Ontario, le programme d'infirmières auxiliaires est devenu un programme de deux ans, menant à un diplôme. À l'heure actuelle, les universités ontariennes ne semblent pas vouloir reconnaître cette préparation au diplôme. Pour commencer un baccalauréat ès sciences en soins infirmiers, une infirmière auxiliaire doit, si elle n'a pas les crédits du CPO, obtenir six crédits du CPO.

Le sénateur Cook: Dieu merci, on a été plus prévoyants à Terre-Neuve lorsque l'on a créé ces programmes. On y a mis les pratiques et méthodes voulues.

Mme Lemire Rodger: L'apprentissage à vie est une réalité, il est donc nécessaire de s'organiser pour faciliter le mouvement des infirmières, au fur et à mesure de leur carrière, non seulement pour les infirmières auxiliaires diplômées et les infirmières autorisées mais également, au niveau du doctorat. C'était la même chose pour le baccalauréat. Il faut absolument intégrer les choses.

Grâce à des programmes novateurs comme à Terre-Neuve, nous constatons qu'il y a beaucoup plus de jeunes qui envisagent de s'inscrire à un programme universitaire en soins infirmiers. Ce n'est plus sans issue. Aujourd'hui, il y a beaucoup de monde qui souhaite poursuivre leurs études jusqu'à une maîtrise ou un doctorat. Cela fait une différence pour les gens qui nous arrivent.

many more wanting the degree program than wanted the diploma program, with a difficult articulation even to progress to a bachelor's degree.

Where have the people gone to provide care? In our institutions, there are areas where the quality of care is very good and the staffing is adequate. We have that evidence from patient feedback. There are other areas where quality of care and staffing are not appropriate.

Today, nurses are more knowledgeable. An orthopaedic nurse will know more today than I knew 25 years ago. There is more collaboration than there was. The issue is that of workload and number.

With respect to nurse practitioners, we do not have a good utilization of the nurse practitioner. You were talking about your vision. Nurse practitioners are provided a legislative framework but very often without an infrastructure to support them. They are out in the community involved with diagnostics and treatment. They are providing nursing care. As well, they are doing some assessment and prescribing. The legislation has not caught up to the practice. It is a bit like the education of LPN movement for two years now in Ontario. The whole system is in movement.

When we look at nurses, where they do diagnostics and treatment and life and death things, the legislation does not support their diagnostic treatment. The legislation is not there. To have them covered, we must put in place a lot of props and crutches, whether it is clinical pathways, standing orders or medical directives. This is creating some difficulties.

Mr. Calnan and Ms Kay also talked about the systemic problem of legislation and finances. Finances are an issue. You know from the McMaster study that a multidisciplinary team that includes a nurse practitioner generates great savings to the Canadian health care system. Nurse practitioners are underutilized. We have an enormous amount of research from the United States and from McMaster that indicates a great saving from the use of the nurse health care practitioner.

The last issue I want to share with you is the distortion of our workforce.

In the 1990s, when the cutbacks came, most of the employers made a push to remove full-time positions for nurses by abolishing the positions altogether or by creating part-time positions. Currently, 50 per cent of the nurses are full-time and 50 per cent are part-time or casual.

Some of the best-practice guidelines indicate that 70 per cent full-time and 30 per cent part-time would give assurances of more continuity of patient care and stability of the workforce. Newfoundland is at 80 per cent full-time, but it is the only province with those numbers.

People believed that creating all these part-time positions would save money. It has destabilized the health care system. As well, the poor working conditions and the cumulative workload

Il y en a beaucoup plus qui souhaitent le diplôme universitaire que le diplôme d'infirmier, même s'il est encore difficile de s'organiser pour parvenir au baccalauréat.

Où sont passés les gens censés offrir les soins? Dans nos établissements, il y a des secteurs où la qualité des soins est excellente et la dotation en personnel bonne. C'est ce que nous disent les patients. Il y a d'autres secteurs où la qualité des soins et la dotation en personnel sont insuffisantes.

Aujourd'hui, les infirmières en connaissent plus. Une infirmière orthopédique en connaît plus aujourd'hui que je n'en connaissais il y a 25 ans. Il y a plus de collaboration qu'autrefois. Toutefois, il y a un problème de charge de travail et de nombre.

Pour ce qui est des infirmières praticiennes, nous ne les utilisons pas bien. Vous parlez de votre vision. Les infirmières praticiennes bénéficient d'un cadre législatif mais très souvent sans l'infrastructure nécessaire. Elles se retrouvent au milieu de la population à faire des diagnostics et décider de traitements. Elles assurent des soins infirmiers. Elles font également des évaluations et rédigent des ordonnances. La loi n'a pas suivi la pratique. C'est un peu comme la question du programme de deux ans maintenant en Ontario pour les infirmières auxiliaires autorisées. Tout le système évolue.

Si l'on considère les infirmières, qui font le diagnostic et le traitement et les questions de vie et de mort, la loi ne dit rien à ce sujet. Pour qu'elles soient couvertes, nous devons imaginer des tas de systèmes d'appoint, qu'il s'agisse de chemins cliniques, de règlements ou de directives médicales. Cela crée des difficultés.

M. Calnan et Mme Kay ont également parlé du problème systémique des lois et des finances. Il y a un problème financier. L'étude McMaster a révélé qu'une équipe multidisciplinaire qui inclut une infirmière praticienne permet au système de santé canadien de faire de sérieuses économies. Les infirmières praticiennes sont sous-utilisées. Il y a énormément de recherches qui viennent des États-Unis et de McMaster qui indiquent toutes les économies que l'on réalise en utilisant les infirmières praticiennes.

Le dernier point que je voulais évoquer est celui de la distorsion de notre main-d'oeuvre.

Dans les années 90, à l'époque des compressions, la majorité des employeurs ont voulu éliminer des postes à plein temps pour les infirmières en abolissant complètement les postes ou en créant des postes à temps partiel. À l'heure actuelle, 50 p. 100 des infirmières sont à plein temps et 50 p. 100 à temps partiel ou occasionnel.

Certaines des lignes directrices sur les meilleures pratiques indiquent que 70 p. 100 à plein temps et 30 p. 100 à temps partiel assureraient une meilleure continuité dans les soins aux patients et une plus grande stabilité dans la main-d'oeuvre. Terre-Neuve a 80 p. 100 de personnel à plein temps mais c'est la seule province qui ait de tels chiffres.

On a cru qu'en créant tous ces postes à temps partiel, on économiserait de l'argent. Mais cela a destabilisé le système des soins de santé. D'autre part, les mauvaises conditions de travail et

have increased illness among nurses. Nurses have the highest illness rate of all the professions in this country by far. The average absentia from illness is 6.2 days. The rate is 15.5 for a nurse. We are the unhealthiest professionals of all in Canada. The distortion of our workforce and the need for all employers to restabilize the workforce by creating full-time positions has taken a toll on us.

Let's look at the example of new graduates coming out of the system. They cannot find full-time positions. They are carrying debt and have shelter expenses, so they are forced to come in on a part-time basis. Since full-time positions are posted internally, the part-time nurses who are internal will move toward the full-time positions. That has distorted the workforce and has made it difficult for us to introduce the newcomer into the system. That is an internal system problem.

There is the external problem of numbers where you project where we are going. There is the internal distortion that is based on the workload and the status of those nurses.

Senator Cook: I know of no profession in this country that is so prone to budget cuts as the nursing profession.

Ms Lemire Rodger: That is right.

Senator Cook: In my province last year, 50 or 60 LPNs were hired. Something happened in the system, and they brought back the casuals a couple of weeks ago and laid off all the LPNs. It is inhuman what we do to the human resource that is trying to deliver a first-rate health care system.

Senator Pépin: You should see what happened in Quebec.

Senator Cook: On page 10 of your brief, Ms Kay, you list the mix of health care providers in primary health care practices. In my vision of your community health centre, whom do you see as a possible team leader?

Ms Kay: It would be self-interested to say nursing, but I do quite honestly think that nursing — and I am saying “nursing” broadly — has a capacity to perform a coordinator function. When you are talking about leadership in a community setting or centre, you certainly want someone who has the capacity to fulfil a leadership role.

I am not certain that limiting it to nursing is appropriate. It is the aspect of coordination that needs to be examined when someone is seeking a leadership role in a community setting.

Senator Cook: From an underutilized perspective, would this not be a natural place for the nurse practitioner?

Ms Kay: It certainly points to that when I read the information on that role. I certainly see the licensed practical nurse as a natural support to that role.

la charge cumulative ont provoqué une augmentation de la maladie chez les infirmières. C'est dans ce secteur qu'il y a le taux de maladie le plus élevé au pays. L'absentéisme moyen dû à la maladie est de 6,2 jours. Pour les infirmières, le taux passe à 15,5. Nous sommes la profession qui a la plus mauvaise santé au Canada. La distorsion dans nos rangs et l'instabilité due à l'élimination des postes à plein temps par nos employeurs nous ont fait beaucoup de mal.

Prenons l'exemple des nouveaux diplômés. Ils ne peuvent trouver de poste à plein temps. Ils sont endettés et doivent se loger si bien qu'ils sont obligés d'accepter un poste à temps partiel. Comme les postes à plein temps sont affichés à l'interne, les infirmières à temps partiel qui sont à l'interne vont occuper ces postes à plein temps. Cela a créé une distorsion et fait qu'il nous est difficile de faire entrer de nouveaux venus dans le système. C'est un problème interne.

Il y a le problème externe des projections que l'on fait. Il y a la distorsion interne qui vient de la charge de travail et du statut de ces infirmières.

Le sénateur Cook: Je ne connais pas d'autre profession au pays autant victime de compressions budgétaires que celle-ci.

Mme Lemire Rodger: Vous avez raison.

Le sénateur Cook: Dans ma province, l'année dernière, on a embauché 50 ou 60 infirmières auxiliaires autorisées. Il s'est produit quelque chose dans le système et on a fait revenir les employés occasionnels il y a une quinzaine de jours et mis à pied toutes les infirmières auxiliaires autorisées. C'est inhumain d'infliger ce genre de chose à ces gens qui essaient de nous assurer un système de soins de première qualité.

Le sénateur Pépin: Vous devriez voir ce qui s'est produit au Québec.

Le sénateur Cook: À la page 10 de votre mémoire, madame Kay, vous énumérez tous les fournisseurs de soins de santé dans les services de soins primaires. Dans ma vision de votre centre de santé communautaire, qui voyez-vous comme chef d'équipe possible?

Mme Kay: On peut m'accuser de préjugé en disant les services infirmiers mais, très honnêtement, je crois que les services infirmiers — et je le vois au sens large du terme — peuvent assurer le rôle de coordination nécessaire. Quand on parle de direction dans un cadre ou centre communautaire, il faut certainement quelqu'un qui est en mesure de diriger.

Je ne suis pas certaine qu'il faille limiter cela aux soins infirmiers. Ce qui est très important lorsque l'on envisage la direction d'une entité communautaire, c'est la coordination.

Le sénateur Cook: Sachant qu'elles sont sous-utilisées, est-ce que ce ne serait pas la place naturelle de l'infirmière praticienne?

Mme Kay: En effet, je pense que l'infirmière praticienne serait particulièrement bien adaptée à ce rôle.

I wish to return to what you had said about the role of the practical nurse in community health care to reinforce that more. There is a vibrant role for the practical nurse in community health care, but it has had varying levels of uptake across the country. Although there is evidence to support that role, it has not been a role that has been put forward in Quebec. There was a study in Quebec in one particular region that did demonstrate that practical nursing could play a significant role in community health care.

Likewise in British Columbia, it has for a long time been an expectation that there be education around the community nursing role in the basic program for practical nurses. Practical nurses often do not fill a nursing function in the community at all in British Columbia. They fill a personal support worker or health care aid type of function. When you are looking at the role of the practical nurse in the community, there are places to look a little harder.

I am on my way to Newfoundland this weekend, so I will be able to visit firsthand. When you talk about the system there, it is important to point out that nursing education should have multiple exits. One could begin as a licensed practical nurse and choose to leave the educational stream at that point.

Newfoundland and Manitoba are the only two provinces that actually support the idea of advanced practice for practical nursing in their standards of practice through their regulatory body. Although many may think that a natural career path for the licensed practical nurse is to become a registered nurse, that is not necessarily the case. In fact, many of them choose to go on and acquire expertise in certain areas. There are some examples in Newfoundland and Manitoba of recognizing that through the regulatory body. There is a role for an advanced practice nurse.

[Translation]

Senator Pépin: Our committee has suggested that the government provide special assistance to students, especially for tuition fees, by completely abolishing tuition fees. Do you agree with that recommendation?

[English]

Ms Lemire Rodger: There is no doubt that abolishing tuition fees would be an additional incentive to get students. On the other hand, we are refusing thousands of students entry to schools because there is not enough funding for the seats. We are not preparing to replenish the aging workforce in nursing. I would say in light of where you should put your money and priority, you need to go by the seats first because we are refusing students by the thousands.

[Translation]

Senator Pépin: Last week, a witness talked about costs and salaries in his presentation. We were told that nurse practitioners worked 40 hours a week, compared with some 90 hours a week

J'aimerais toutefois revenir à ce que vous avez dit quant au rôle des infirmières auxiliaires dans le contexte des soins communautaires. Celles-ci ont en effet un rôle très important à jouer, mais cela n'a pas été reconnu de la même façon partout au pays. Bien qu'on ait des preuves de l'importance de ce rôle, il n'est pas vraiment mis de l'avant au Québec. Une étude a pourtant démontré dans une région particulière du Québec que les soins infirmiers auxiliaires peuvent jouer un rôle important dans le contexte des soins communautaires.

De même, en Colombie-Britannique, on s'attend depuis longtemps à ce que l'on parle du rôle des soins infirmiers communautaires dans le programme élémentaire offert aux infirmières auxiliaires. Les infirmières auxiliaires très souvent ne se font pas confier de fonctions d'infirmière en Colombie-Britannique. Elles sont préposées au service de soutien à la personne ou aide-soignant. Je pense qu'on pourrait leur donner d'autres rôles au sein de la collectivité.

Je serai à Terre-Neuve cette fin de semaine et je vais pouvoir constater les choses moi-même. Quand on parle du système là-bas, il est important de signaler que les études de soins infirmiers devraient offrir différents débouchés. On pourrait commencer comme infirmière auxiliaire autorisée et choisir d'arrêter à ce moment-là les études.

Terre-Neuve et le Manitoba sont les deux seules provinces qui appuient réellement l'idée d'un niveau avancé pour les infirmières auxiliaires dans les normes d'exercice de la profession. Bien que beaucoup puissent penser que le cheminement de carrière naturel d'une infirmière auxiliaire soit de finir infirmière diplômée, ce n'est pas nécessairement le cas. En fait, beaucoup choisissent de continuer et d'acquérir une certaine expertise dans certains domaines. Il y a des exemples à Terre-Neuve et au Manitoba où cela est reconnu par l'organisme de réglementation. Il y a un rôle pour les infirmières auxiliaires à un niveau avancé.

[Français]

Le sénateur Pépin: Notre comité a suggéré que le gouvernement fournisse une aide particulière aux étudiants, surtout lorsqu'il s'agit de frais de scolarité, c'est-à-dire qu'on abolisse complètement les frais de scolarité. Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?

[Traduction]

Mme Lemire Rodger: Il ne fait aucun doute qu'abolir les frais de scolarité faciliterait les choses pour les étudiants. Par contre, nous refusons des milliers d'étudiants, faute de fonds. Nous ne nous préparons pas à la relève dans les services de soins infirmiers. Quant à vos priorités et investissements, je dirais que vous devriez considérer d'abord le nombre de places offertes dans les écoles parce que nous refusons des étudiants par milliers.

[Français]

Le sénateur Pépin: La semaine dernière un témoin, lors de sa présentation a parlé des coûts et des salaires. On nous a dit que les infirmières praticiennes travaillaient 40 heures comparativement à

for a general practitioner. We were given salary figures. I do not want to make any comparisons. Could you tell me if it is true that nurse practitioners work only 40 hours a week?

[English]

Ms Kay: I think it is nurse practitioners that you are speaking about.

Ms Lemire Rodger: It would be interesting to do a study to see how many hours nurse practitioners work. In this day and age, I know very few registered nurses, advanced practice nurses, nurse practitioners or nurse managers who are working 40 hours. Although they are on salary and they have contracts — for either 36.25 or 40 hours — in the delivery of nursing care there is no one who works those kinds of hours. Theoretically, we can do numbers of hours and write out how much that means, but the reality is not like that.

Furthermore, as you know, for those who are paid on a fee-for-service basis, there is an incentive to work as many hours as possible. Would someone work 90 hours or 100 hours to provide services? It is possible. I certainly do that, and I am paid on salary. I have no choice; that is part of the demand of the position.

I do not think there is data on this at all. I think this is theoretical, based on the number of contracts. I have yet to see a contract carried out like that in this health care system today.

[Translation]

Senator Pépin: When Ms MacDonald-Rencz appeared before our committee last May, she referred to 11 recommendations from a federal-provincial-territorial document on a strategy for nursing care. Where are you with these recommendations? What has happened in that area?

Ms Lemire Rodger: One of the first recommendations was to create a nursing advisory committee, for a one-year period, specifically mandated to advise health ministers on what they should do with respect to nursing care. The committee has a one-year mandate. I mentioned earlier that the advisory committee had submitted its report to a subcommittee and it was accepted by the deputy minister on June 10 by the Health Minister in September.

Moreover, some of the recommendations deal with the territories and provinces. Each province set up a parallel advisory committee to find ways to improve the image of nursing. This work is currently underway. At the national level, you will receive this report. It is a unanimous report by representatives of government, employers, unions, associations of nurses, practical nurses, psychiatric nurses and registered nurses, as well as academics. The report was unanimously endorsed.

un médecin de médecine générale qui travaillait, peut-être, 90 heures. On nous a informé des salaires. Je ne veux pas faire de comparaison. Puis-je savoir s'il est vrai qu'une infirmière praticienne ne travaille que 40 heures par semaine?

[Traduction]

Mme Kay: Je pense que vous parlez là des infirmières praticiennes.

Mme Lemire Rodger: Il serait intéressant de faire une étude pour voir combien d'heures travaillent les infirmières praticiennes. À notre époque, je connais très peu d'infirmières diplômées, d'infirmières exerçant à un niveau avancé, d'infirmières praticiennes ou d'infirmières gestionnaires qui travaillent 40 heures. Bien qu'elles aient un salaire et un contrat, pour 36,25 ou 40 heures, dans les soins infirmiers, personne ne travaille ce genre d'heures. Théoriquement, nous pouvons faire des heures et indiquer ce que cela représente mais la réalité est différente.

En outre, comme vous le savez, ceux qui sont rémunérés à l'acte sont incités à travailler autant d'heures que possible. Est-ce que quelqu'un travaillerait 90 ou 100 heures pour assurer les services? C'est possible. Je le fais et je suis salariée. Je n'ai pas le choix; cela fait partie du poste.

Je ne pense pas qu'il y ait de données à ce sujet du tout. C'est théorique, calculé sur un certain nombre de contrats. Je n'ai encore jamais vu de contrat exécuté ainsi dans le système de santé actuel.

[Français]

Le sénateur Pépin: Lors de sa présentation devant notre comité, au mois de mai l'an dernier, Mme MacDonald-Rencz a fait allusion à 11 recommandations qui figurent dans un document sur la stratégie en matière de soins infirmiers, émis par les gouvernements fédéral, et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Où en êtes-vous rendu avec ces recommandations? Qu'est-ce qui se produit dans ce domaine?

Mme Lemire Rodger: L'une des premières recommandation était de former, pour un an, un comité aviseur en soins infirmiers qui avait un mandat spécifique, soit aviser les ministres de la santé concernant ce qu'ils devraient faire dans le domaine des soins infirmiers. Le mandat a une durée d'un an. J'ai mentionné plus tôt que le comité aviseur a remis à un sous-comité son rapport qui a été accepté par le sous-ministre, le 10 juin, et en septembre par le ministre de la Santé.

De plus, certaines recommandations touchent les territoires et les provinces. Il y a eu une formation de comité aviseur parallèle à notre comité national dans chacune des provinces pour voir comment ils peuvent faire certaines choses, tel qu'améliorer l'image de l'infirmière. Ce travail est en cours présentement. Sur le plan national, vous recevrez ce rapport. C'est un rapport unanime de la part de représentants de gouvernement, de représentants d'employeurs, de représentants de syndicats, de représentants d'associations d'infirmières et des infirmières auxiliaires, les infirmières en psychiatrie et les infirmières autorisées et aussi des gens du monde académique. Ce rapport est entériné de façon unanime.

[English]

Senator Cordy: I was particularly interested in the WHO principles you provided us. I found them to be most helpful, in particular, the intersectoral cooperation principle. We all know that you cannot look at health care without looking at the things that affect health care. Of course, I refer to housing, social status, education and a wide variety of things that you have made mention of here.

In Canada, are there any intersectoral cooperation programs? It seems like a wonderful plan, in theory. I am wondering if it is working at all.

Ms Kay: In our brief, there is the example of the Manitoba Health's Primary Care Reform Branch. It is a pictorial model that describes, I believe, what you are talking about in terms of intersectoral cooperation and how health services is but one piece of a larger primary health care system pie. This dates back to 1997. There has likely been progress since then, but there are models that exist that quite graphically demonstrate what you are talking about.

Senator Cordy: What are the practicalities of how it would work? Would the different groups get together once a month, or would they be contacted on a need-to basis? How would it be put into practice?

Ms Kay: This particular model is called Neighbourhood Resource Networks. It is founded on a principle of coordination and integration but not necessarily co-location. It is not necessary for there to be a red brick building where everyone works in cubicles; what is necessary is central coordination and then ways of accessing resources throughout the community and throughout the larger system. Justice and housing are two types of resources that can be accessed from one central coordinating area.

In terms of how they meet and talk with each other, I do not have that level of detail. Certainly, this is an area where the use of technology could benefit and allow for integration and ease of communication between what could be geographically disparate groups.

Ms Lemire Rodger: We have a few other examples of that. When we did the review of the move toward primary health care in Canada by community nurses, we documented some of those examples. There is an example in Newfoundland where policemen, transport people, educators, parents and the health providers get together around a health issue and develop a program and an approach to it. There are several models, but they always stay marginal. They never make it to the mainstream system because we have not accepted the full view of primary health care. We see that as a little project.

What happens is that when the funding runs out, so does the project. Projects are short-lived. Until they are mainstream, you will never have the full benefit of that.

[Traduction]

Le sénateur Cordy: J'ai été particulièrement intéressée par les principes de l'OMS que vous nous avez fournis. J'ai trouvé cela très utile, en particulier pour ce qui est de la coopération intersectorielle. Nous savons tous que l'on ne peut considérer la santé sans considérer ce qui touche à la santé. Je pense au logement, à la situation sociale, à l'instruction et à tout un éventail de choses que vous avez mentionnées.

Au Canada, a-t-on des programmes de coopération intersectorielle? Cela semble en théorie magnifique. Je me demande si cela fonctionne.

Mme Kay: Nous indiquons dans notre mémoire l'exemple de la Manitoba Health's Primary Care Reform Branch. C'est un modèle qui décrit, je crois, ce que vous entendez par coopération intersectorielle et comment les services de santé doivent être considérés dans un contexte de santé beaucoup plus large. Cela remonte à 1997. On a probablement progressé depuis mais il y a des modèles qui démontrent tout à fait graphiquement ce dont vous parlez.

Le sénateur Cordy: Comment cela fonctionne-t-il? Est-ce que les différents groupes se réunissent une fois par mois ou sont-ils contactés selon les besoins? Comment cela peut-il fonctionner dans la pratique?

Mme Kay: Ce modèle particulier s'appelle Centres locaux de ressources et de soins médicaux. Il est fondé sur un principe de coordination et d'intégration mais pas nécessairement de regroupement des services. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait un bâtiment de brique rouge dans lequel tout le monde travaille; ce qui est nécessaire, c'est une coordination centrale et des moyens d'avoir accès aux ressources qui existent localement et dans le système en général. La justice et le logement sont deux types de ressources auxquelles on peut avoir accès du même centre de coordination.

Quant à la façon dont ils se voient et sont en contact entre eux, je ne le sais pas. Il est certain que c'est un domaine où l'utilisation de la technologie peut être très utile et permettre une plus grande intégration et de meilleures communications entre des groupes géographiquement séparés.

Mme Lemire Rodger: Nous avons quelques autres exemples semblables. Lorsque nous avons étudié les soins de santé primaires et les soins infirmiers communautaires du Canada, nous avons donné quelques exemples. Il y a un exemple à Terre-Neuve où les policiers, les responsables des transports, les éducateurs, les parents et les prestataires de soins de santé se réunissent pour parler d'une question de santé et élaborer un programme et la façon de l'offrir. Il y a plusieurs modèles mais cela reste marginal. Ça ne se généralise jamais parce que nous n'avons pas accepté la pleine dimension des soins de santé primaires. Nous considérons cela comme un petit projet.

Ce qui se produit, c'est que lorsque l'on manque de fonds, le projet disparaît. Les projets ne durent pas. Tant qu'ils ne seront pas passés dans la norme, on ne pourra jamais en voir tous les avantages.

Mr. Calnan will give us some examples of that. In the last two and a half years, some sectors of government have been looking at an intersectoral approach. One of the difficulties is the stovepipe approach to governments, both federal and provincial, in looking at housing in one pot, et cetera. I was a resource person for a national conference on intersectoral collaboration. It had all of the sectors looking at possible projects to try to minimize governmental barriers to funding. There are some barriers in the system because the vision is not accepted. It is marginal, which does not help to propel it.

Mr. Calnan: One that has been ongoing in Victoria is the James Bay Community Project. It started out as a group practice of physicians on salary with a nurse practitioner. It has since expanded to include social workers and financial advisors. The community policing office is now within that same facility. It has been operating for about 25 years. It has worked within in that community. There is a drop-in centre for seniors and resources available for people. That is one model.

There is a facility in Edmonton, the Northeast Project, which we spoke about in our brief. There is also a new centre developing in Calgary, the Crowfoot Clinic, which is mainly based with nurses and physicians. That project was looking at expanding. There is also a centre in Saskatchewan where nurses, social workers and physicians are working together with the community of Meadow Lake.

Senator Cordy: Ms Rodger spoke about peripheral groups, and I have seen that in Nova Scotia. For example, Phoenix House is a non-profit organization that deals with homeless youth. Homelessness is an issue in itself. It is similar to health. I am not sure if "interdependent" is the correct word, but certainly the ramifications of other factors come into play.

[Translation]

Senator Pépin: With respect to health-care teams and street nurses, I understood that there was a team like that in Ottawa. Are there such teams in other Canadian cities?

[English]

Mr. Calnan: I believe that is what Dr. Rodger is saying. We do have pockets and projects, but that is still marginalized and has not become the norm. Montreal, Toronto and other major cities have two or three projects, but to date they are not the norm.

Senator Cook: You have all spoken to concerns that are rattling around in my head.

I wish to return to the National Forum on Health's recommendations. Approximately \$150 million was put into a number of pilot projects, both provincial and federal.

How can we ever move from taking that which has been proven to be evidence-based and good into the mainstream? It seems we are paralyzed by change. What is the barrier? Is it just funding? What is it? We spend inordinate amounts of money

M. Calnan va nous en donner quelques exemples. Depuis deux ans et demi, certains secteurs du gouvernement examinent une approche intersectorielle. Une des difficultés vient du cloisonnement dans l'administration, que ce soit au niveau fédéral ou provincial. J'étais une des personnes ressources à une conférence nationale sur la collaboration intersectorielle. Tous les secteurs examinaient des projets possibles pour réduire au minimum les obstacles administratifs au financement. Il y a certains obstacles qui viennent du fait que la vision n'a pas été acceptée. Tant que cela reste marginal, il est difficile de le développer.

M. Calnan: À Victoria, il y a le James Bay Community Project. Cela a commencé par un groupe de médecins salariés avec une infirmière praticienne. Cela a été développé pour inclure des travailleurs sociaux et des conseillers financiers. Le bureau de la police communautaire se trouve maintenant dans le même bâtiment. Cela fonctionne depuis environ 25 ans. Cela marche bien dans cette localité. Il y a un centre d'accueil pour les aînés et différentes ressources sont offertes. C'est un modèle.

Il y a un service à Edmonton, le Northeast Project, dont nous avons parlé dans notre mémoire. Il y a encore un nouveau centre à Calgary, la Crowfoot Clinic, essentiellement des infirmières et des médecins. C'est un projet que l'on voulait développer. Il y a encore un centre en Saskatchewan où des infirmières, des travailleurs sociaux et des médecins travaillent avec la localité de Meadow Lake.

Le sénateur Cordy: Mme Rodger a parlé des groupes périphériques et j'ai vu cela en Nouvelle-Écosse. Par exemple, Phoenix House est une organisation à but non lucratif de jeunes itinérants. L'itinérance est un problème en soi. C'est comme la santé. Je ne sais pas si l'on peut parler d'«interdépendance», mais il y a certainement des ramifications d'autres facteurs.

[Français]

Le sénateur Pépin: En ce qui a trait aux équipes de santé et aux infirmières de rue, j'ai cru comprendre qu'il y avait une équipe semblable à Ottawa. Des telles équipes existent-elles dans d'autres villes canadiennes?

[Traduction]

M. Calnan: Je crois que c'est ce que dit Mme Rodger. Nous avons des exemples et des projets, mais cela reste marginal plutôt que la norme. Montréal, Toronto et d'autres grandes villes ont deux ou trois projets mais, jusqu'ici, ce n'est pas la norme.

Le sénateur Cook: Vous avez tous parlé de préoccupations qui retiennent mon attention.

Je voudrais revenir aux recommandations du Forum national sur la santé. On a investi environ 150 millions de dollars dans un certain nombre de projets pilotes, au plan provincial et fédéral.

Que pouvons-nous faire pour généraliser les approches qui s'avèrent bien fondées? Nous semblons être paralysés par le changement. Où est la pierre d'achoppement? Est-ce seulement un manque de financement? Quel est le problème? On dépense des

acquiring this evidence-based information that is good, but we do not move that information into the mainstream. We seem paralyzed in our ability to change the system.

Ms Lemire Rodger: Until we have a clear vision coming from the federal level of health care — and I do not mean in isolation of the provincial level — there must be an articulation of a vision. The Senate committee and the Romanow commission are good ways of doing that.

We suggest that primary health care is a good way to go because Canada signed onto that in 1978. We have made some strides. At some point, we need that articulated vision and we need to start rolling in the funds on that vision with a tracer. I call that a “lollipop solution.” You satisfy this concern because they think it is a good idea and you appease the issue.

Frankly, Canada has almost.

Look, for example, at the statements in the reports of the national, territorial and provincial governments of the early 1990s: “Seven years to put your house in order”; “no extra billing.” At the end of the 1990s, all the provinces had royal commissions, all of which recommended the same things. Most of the recommendations were for primary health care principles, although the expression “primary health care” was not there.

Where did it all go? We tried to address this issue in the 1980s. The best thing we could do was to push an amendment to the Canada Health Act, section 6(a), to open the door of the Canada Health Act to ensure that nurses could be directly accessed as well as other health professionals, not just physicians.

We tried to obtain an amendment to extended health care so that the five principles would apply. We did not achieve that. We were against extra billing user fees, et cetera. Honourable senators know the story. We thought that would open the window for reform.

In the 1990s, we did our best to influence the process. When we saw the reports, we thought that the rhetoric was right. We were positioned to think that finally, after signing off on this matter in 1978, we would turn the corner.

In the 1990s, we ended up with less of the same. What we had were cutbacks. Everything was marginalized and we did not reform the mainstream.

We now believe we have one shot at this until 2010. The direction will come from the national vision. Using processes, policies, procedures and funding with the attached strings is the way to redirect this big ship. That will not bring us more money, but rather a better utilization, increased capacity and a redirection in the health care system.

sommes énormes pour acquérir ces connaissances fondées sur des preuves, mais on ne met pas en pratique ces connaissances à l'échelle du système. C'est comme si nous sommes paralysés dans notre capacité de réformer le système.

Mme Lemire Rodger: Jusqu'à ce que nous ayons une vision claire du gouvernement fédéral en ce qui concerne les soins de santé — et par cela je ne veux pas dire en excluant les provinces — il faut articuler une vision. Le comité du Sénat et la commission Romanow conviennent très bien à cette fin.

À notre avis, les soins primaires constituent une bonne approche parce que le Canada a pris un engagement à cet égard en 1978. Nous avons fait des progrès. À un moment donné, il faut articuler cette vision et investir des fonds considérables dans cette vision, tout en prévoyant un mécanisme de suivi. J'appelle cela une sucette. Vous trouvez une solution qui répond au problème, puisqu'on trouve que c'est une bonne approche.

Pour parler franchement, le Canada a presque...

Songeurs, par exemple, à ce que disaient les trois paliers de gouvernement au début des années 90: «On a sept ans pour redresser les finances»; «pas de surfacturation». À la fin des années 90, toutes les provinces ont eu leur commission royale, et elles ont toutes fait les mêmes recommandations. La plupart d'entre elles mettaient de l'avant les principes de soins primaires, même si on ne les appelait pas ainsi.

Qu'en est-il résulté? Nous avons tâché d'aborder la question dans les années 80. Le mieux que nous ayons pu faire, ça a été de réclamer une modification à l'alinéa 6a) de la Loi canadienne sur la santé, afin de permettre aux patients d'avoir un accès direct aux infirmières et aux autres professionnels de la santé, et pas seulement aux médecins.

Nous avons réclamé une modification pour élargir les soins de santé, afin de mettre en pratique les cinq principes. Nous n'avons pas réussi. Nous avons lutté contre la surfacturation, le ticket modérateur, et cetera. Les sénateurs savent ce qui s'est passé. Il nous semblait que la situation ouvrirait la porte à la réforme du système.

Au cours des années 90, nous avons tout fait pour influencer le processus. Nous avons été rassurés par ce que nous avons vu dans les rapports. Nous avons osé penser qu'enfin, des années après l'engagement initial de 1978, le Canada allait prendre ce virage.

Dans les années 90, nous avons perdu du terrain. On a réduit les budgets. Tout a été marginalisé, et le système n'a pas été réformé.

Nous croyons que d'ici 2010, il y aura une seule occasion de le faire. La vision nationale indiquera le cap à suivre. Afin de faire prendre le virage à ce gros navire, il faudra des processus, des politiques, des procédures et du financement assorti de conditions. Cette approche n'aboutira pas à des ressources financières accrues, mais plutôt à une meilleure utilisation, une plus grande capacité et à une réorientation du système de soins de santé.

Nurses have not advocated for more money in the health care system. Nurses have always advocated for better utilization of the money that is there, to reinvest in that system and to turn it in direction we need to go.

There is another chance here. I hope you will be able to help us.

Ms Kay: When you get down to business and you actually want to move forward, which we all do, we need to have a summary or an idea of the key findings of all of these projects that are underway.

When you speak about the 141 projects funded under the Health Transition Fund, I am not certain that people know what the key findings or best things were that came out of all those different projects. We need to summarize that.

When we are faced with a practice issue in clinical practice where there are different ways of doing things, we sit down and compare those different ways of doing things and look at the evidence and the research and develop a best-practice guideline. We are talking about a best-practice guideline. Let us look at the best evidence, get the key findings and then say, based on the strength of evidence, that such and such is the best way to go at this time.

The Chairman: On that score, one of our witnesses referred to pilot projects as a Canadian disease, in the sense that we do pilot projects but they never lead anywhere.

I wish to thank all three of you. You certainly had the committee's attention. I appreciate the fact that you were willing to stay with us to answer all of our questions.

The committee adjourned.

Les infirmières n'ont pas demandé qu'on investisse davantage dans le système. Elles ont toujours préconisé une utilisation plus efficace des budgets existants, des réinvestissements dans le système et une réorientation du système.

Cette possibilité de réforme se présente maintenant. J'espère que vous allez pouvoir nous aider.

Mme Kay: Quand on se penche sur les aspects pratiques pour vraiment aller de l'avant, ce que nous souhaitons tous, il faut disposer d'une synthèse ou d'une idée des constatations principales de tous les projets en cours.

Quand vous parlez des 141 projets subventionnés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé, je ne suis pas convaincue qu'on sache quelles sont les meilleures idées ou conclusions à retenir de tous ces projets. Il faut faire la synthèse de tout cela.

Dans la pratique clinique, s'il existe différentes approches dans une situation donnée, nous analysons les diverses approches, les données cliniques et les recherches, et nous élaborons une ligne directrice sur la meilleure pratique à suivre. On parle d'une ligne directrice sur la meilleure pratique à suivre. Nous analysons les preuves cliniques les plus fiables, faisons ressortir les constatations clés et, sur ces bases, décidons de la meilleure marche à suivre dans l'état des choses.

Le président: À cet égard, un témoin a parlé des projets-pilotes comme étant une maladie canadienne, c'est-à-dire que nous faisons des projets-pilotes mais ils ne mènent jamais nulle part.

Je voudrais vous remercier tous les trois. Vous avez certainement retenu l'attention du comité. Je vous remercie d'être restés pour répondre à toutes nos questions.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES:

From the Canadian Nurses Association:

Ms Ginette Lemire Rodger, President;
Mr. Robert Calnan, President-Elect.

From the Canadian Practical Nurses Association:

Ms Kelly Kay, Representative.

TÉMOINS:

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:

Mme Ginette Lemire Rodger, présidente;
M. Robert Calnan, président élu.

De l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada:

Mme Kelly Kay, représentante.