



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 144



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 14 mai 2019

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mardi 14 mai 2019

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): La séance est ouverte. Bienvenue à la 144^e séance du Comité permanent de la santé. Nous entreprenons une nouvelle étude aujourd'hui.

Monsieur Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Monsieur le président, je ne veux pas retarder la réunion, mais j'aimerais porter quelque chose à l'attention du Comité. Je serai très bref. Je sais que nous approchons de la fin de la session parlementaire, mais je pense qu'il vaudrait la peine de tenir au moins une réunion sur la culture individuelle de marijuana à des fins médicales et les règles qui sont contournées.

Il y a deux installations de culture illégale de marijuana à des fins médicales dans ma circonscription. L'une compte 2 000 plants, ce qui vous donne une idée, et l'autre a une serre pleine de plants. Ces produits sont destinés à des personnes qui ont des ordonnances et qui les cultivent pour elles-mêmes. Le même problème se pose partout au pays et touche la plupart des citoyens que nous représentons. C'est une entorse aux règles, une échappatoire. Je ne dis pas que je suis contre la marijuana à des fins médicales. Tout ce que je dis, c'est que je pense que le Comité devrait se pencher sur cette question et peut-être consulter des fonctionnaires et des policiers, parce que je crois que c'est une question de santé publique très importante. Dans les collectivités que je représente, l'odeur est très forte à proximité de ces installations, et celles-ci ne respectent pas les mêmes règles que les installations autorisées.

Je ne veux pas parler de cela plus longtemps, mais je voulais porter la question à l'attention du Comité. Je suis sûr que certains de mes collègues font face au même problème. Il s'agit d'un problème de santé publique et, sans aucun doute, d'une contravention ou d'une échappatoire aux règles.

Merci.

Le président: Je vous remercie d'avoir porté cela à notre attention.

Nous pourrions soulever la question et en parler un peu plus lors des travaux du Comité à la fin de la journée.

Avez-vous un commentaire?

Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC): Oui, j'ai un bref commentaire à ce sujet. Je voulais vous dire que, dans de nombreux cas au pays, les gens ne se conforment pas à la réglementation en ce qui a trait aux odeurs, tant pour le cannabis à des fins médicinales que pour le cannabis ordinaire, et ne respectent les règles de sécurité ou le nombre de plants.

J'ai fait parvenir de nombreuses plaintes à Santé Canada provenant de Langley—Aldergrove, de la circonscription de Dave Tilson, de la circonscription de Jamie Schmale, de ma circonscription, de Leamington, et de beaucoup d'autres. Le problème, c'est que Santé Canada nous dit d'appeler la police. Les policiers disent qu'ils ne peuvent pas appliquer les règlements de Santé Canada, et Santé Canada ne les applique pas non plus. Il y a donc certainement matière à discussion.

Le président: D'accord. Nous en parlerons lors des travaux du Comité. Vous avez soulevé un problème qui, je crois, est très répandu.

Revenons à la violence subie par les travailleurs de la santé. Ce sera une autre étude intéressante pour nous. Nous souhaitons la bienvenue à nos invités d'aujourd'hui.

Nous accueillons le Dr Alan Drummond, coprésident du Comité des affaires publiques de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Nous recevons aussi Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers.

Nous accueillons Miranda Ferrier, qui représente la Canadian Support Workers Association, par vidéoconférence, de Guelph.

Nous recevons aussi Randy Mellow, président des Chefs Paramédics du Canada. Nous allons savoir si vous portez bien votre nom.

Tout le monde a le droit à une déclaration préliminaire de 10 minutes. Nous allons commencer par le Dr Drummond, de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Dr Alan Drummond (coprésident, Comité des affaires publiques, Association canadienne des médecins d'urgence): C'est plus de temps que ce que j'avais prévu, alors merci beaucoup.

L'Association canadienne des médecins d'urgence, qui compte plus de 2 500 membres, est la société nationale spécialisée en médecine d'urgence au Canada.

Lorsque notre spécialité a vu le jour, il y a environ 40 ans, nous mettions principalement l'accent sur l'éducation et la formation, afin de diagnostiquer et de traiter les problèmes urgents constituant une menace pour la vie et pouvant provoquer la perte d'un membre. Au cours des décennies qui ont suivi, notre rôle a changé. Les urgentologues sont maintenant les témoins quotidiens de l'échec des politiques sociales, qui entraîne une augmentation des visites dans nos services de patients toxicomanes et alcooliques et victimes de pauvreté, de marginalisation et de violence. Ce dernier aspect préoccupe particulièrement nos membres et nos collègues qui s'occupent des soins infirmiers.

Le taux de violence en milieu de travail est quatre fois plus élevé chez les fournisseurs de soins de santé, et 50 % de toutes les agressions contre les travailleurs de la santé se produisent dans les services d'urgence. Nos collègues infirmières, en particulier, assument en grande partie le fardeau de cette violence. La plupart des agressions contre le personnel des services d'urgence sont commises par des patients ou des visiteurs, et le degré de violence physique ne cesse d'augmenter.

Ces cas de violence sont à la fois sous-déclarés et sous-estimés. Des études ont montré que seulement 30 % environ des incidents violents qui se produisent à l'urgence sont signalés aux autorités.

Les causes profondes de la violence et les facteurs qui y contribuent ont été bien décrits. Il existe une vaste base d'ouvrages publiés à ce sujet. Comme c'est le cas pour de nombreux problèmes qui touchent les services d'urgence, les facteurs sous-jacents sont extérieurs à ces services et sont de nature sociétale et culturelle.

L'oppression chronique, qui s'accompagne de racisme, de pauvreté, d'inégalité et d'exclusion sociale, entraîne la toxicomanie, la maladie mentale et des comportements violents.

Tous sont importants, mais c'est la toxicomanie, et en particulier l'augmentation de la consommation de méthamphétamine en cristaux dans les provinces de l'Ouest, qui préoccupe particulièrement bon nombre de nos collègues de ces provinces.

Au fur et à mesure que la population vieillit, les problèmes complexes des personnes âgées qui se présentent à l'urgence, combinés aux attentes prolongées pour obtenir des soins, en raison du surpeuplement des hôpitaux, augmentent les risques de délire et d'actes violents chez ces personnes.

La violence dans la collectivité est certainement un facteur de violence à l'urgence, mais ce n'est pas le seul. Il y a des facteurs intrinsèques à nos services et à nos hôpitaux, y compris le surpeuplement et l'augmentation des temps d'attente, qui causent un stress incommensurable à nos patients et à leur famille, qui doivent attendre 8, 12 ou 24 heures pour être vus. À notre avis, les ratios de dotation en personnel infirmier sont insuffisants, ce qui entraîne une mauvaise communication et des soins de base médiocres pour le patient dont on a déterminé qu'il devait être admis. Ces patients doivent attendre dans les couloirs, et cela est totalement inacceptable.

La conception des locaux laisse aussi à désirer, ce qui accroît le risque de violence dans les services d'urgence.

En ce qui concerne les effets, de multiples études et rapports ont montré que l'exposition à la violence à l'urgence a un effet délétère et démoralisant sur le personnel, surtout le personnel infirmier. La tension au travail, la baisse du rendement au travail, la peur des patients et des agressions futures, ainsi que la diminution du sentiment de sécurité et de la satisfaction au travail, ont toutes été mentionnées.

Cela entraîne aussi de l'absentéisme, des blessures avec interruption du travail et la fin prématurée de nombre de carrières. La violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé a aussi un effet économique important et bien quantifié.

Il s'agit d'un problème national, qui nécessite une solution nationale. Je sais que bon nombre d'entre vous croient que les soins de santé relèvent des provinces, et c'est en grande partie le cas, même si vous y contribuez financièrement. Toutefois, je crois que vous pourriez aider à élaborer un modèle de pratiques exemplaires à communiquer à vos collègues provinciaux.

Comme je l'ai dit, la violence dans les services d'urgence est symptomatique d'un problème beaucoup plus vaste — sociétal dans une large mesure — de racisme, de pauvreté, de toxicomanie, de gangs et de violence contre la personne, ainsi que de ressources insuffisantes en amont pour les personnes atteintes de maladies mentales et, bien sûr, celles qui souffrent de toxicomanie. Il s'agit d'un problème de société qui échappe au contrôle direct des médecins urgentistes.

Au sein des hôpitaux et des services d'urgence proprement dits, cependant, nous pouvons envisager ce qui suit. Bien que les membres du personnel puissent contribuer à la sécurité par leurs pratiques et leur comportement, en dernier ressort, la responsabilité légale et morale d'offrir un milieu de travail sécuritaire incombe à l'employeur, et donc à l'administration de l'hôpital, allant du conseil d'administration jusqu'au ministère.

● (1535)

Ce sont là quelques-uns des principaux facteurs à prendre en considération, et la documentation à ce sujet est assez volumineuse, alors je vais être relativement bref.

Il faudrait mettre davantage l'accent sur la conception appropriée des installations, avec un nombre limité de points d'entrée contrôlés dans les services d'urgence et une capacité de confinement rapide.

La surveillance est souvent une considération secondaire, mais il doit y avoir un agent de sécurité visible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec du renfort adéquat disponible en cas d'incident réel ou potentiel. Cette mesure arrive toujours en dernier, habituellement une fois qu'un incident s'est produit.

En ce qui concerne les compétences et les attitudes, tout le personnel des services d'urgence devrait recevoir une formation appropriée en désescalade non violente pour désamorcer les cas qui se produisent.

Il devrait y avoir des politiques et des procédures claires en place assorties d'une formation régulière du personnel sur la façon dont il devrait réagir à une situation à risque élevé, y compris, malheureusement, le protocole concernant les tireurs actifs, qui est maintenant en place dans de nombreux hôpitaux urbains.

Il devrait y avoir des plans de sécurité. Le personnel de sécurité ainsi que le personnel clinique devraient disposer d'un système permettant de suivre les personnes à risque élevé et de les identifier si elles reviennent et, idéalement, de proposer une approche sécuritaire adaptée aux comportements d'une personne et aux problèmes cliniques connus.

Il devrait y avoir un système de signalement, ainsi qu'un processus d'examen des incidents. Il faut une ligne de responsabilité claire pour tous les aspects de la sécurité des services d'urgence pour nos collègues des soins infirmiers, les patients et nous-mêmes.

Nous entendons l'expression tolérance zéro. Nous croyons — et c'est vraiment très important de le souligner — que la violence à l'urgence est d'abord et avant tout un symptôme d'un problème médical qui nécessite une évaluation, afin de déterminer l'étiologie. L'intoxication, la psychose et la manie, la démence et le délire, les traumatismes cérébraux et les tumeurs au cerveau sont tous des causes possibles de comportement violent.

La violence peut aussi être le reflet d'un problème socioéconomique beaucoup plus vaste, comme on l'a déjà dit. Nous appuyons le concept de tolérance zéro en ce qui a trait à la violence à l'urgence, et chaque incident exige une intervention de l'établissement, mais l'expression « tolérance zéro » ne peut pas être utilisée comme excuse pour expulser des patients qui n'ont pas été évalués correctement ou leur interdire l'accès. Cela ne fait que nous rendre complices d'une culture de stigmatisation et d'iniquité. Nous croyons que les patients violents méritent la meilleure évaluation et les meilleurs soins possible de la part de leurs fournisseurs de services d'urgence. Leur situation sociale individuelle doit être prise en compte dans leur plan de soins ultime. La tolérance zéro, c'est la tolérance zéro d'une administration qui ferme les yeux sur la question de la sécurité dans un service.

Merci beaucoup.

• (1540)

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Silas, de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers.

Mme Linda Silas (présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers): Bonjour à tous.

Je vous remercie de m'avoir invitée au nom de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, qui représente plus de 200 000 infirmières et infirmiers au pays. Je m'appelle Linda Silas. Je suis une fière infirmière et une fière Néo-Brunswickoise. Je remercie le Comité de mener cette étude. Je me souviens d'avoir témoigné ici sur d'autres questions. Lorsque celle de la violence en milieu de travail a été mentionnée, cela a surpris tout le monde, mais nous sommes très heureux que cette démarche ait lieu.

La violence en milieu de travail est une épidémie qui touche de plus en plus les travailleurs de la santé, car les niveaux de dotation diminuent considérablement, les patients ont des problèmes de plus en plus aigus et les protocoles de sécurité n'offrent pas une protection adéquate. Selon un sondage pancanadien, 61 % des infirmières ont déclaré avoir été victimes de violence, de harcèlement et d'agressions au travail au cours de la dernière année. Selon un récent sondage mené ici en Ontario, 68 % des infirmières et des préposés aux services de soutien à la personne ont été victimes de violence au travail. Nous savons que ces chiffres sont inacceptables.

Les membres de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers d'un bout à l'autre du pays m'ont récemment fait part de différents exemples. J'ai envoyé un courriel aux membres de mon conseil d'administration pour leur dire que je comparais devant le Comité le 14 mai et leur demander s'ils avaient des exemples à me fournir. En juin dernier, une infirmière de Terre-Neuve-et-Labrador a été poignardée à plusieurs reprises avec un stylo. L'automne dernier, une infirmière surveillante de l'Île-du-Prince-Édouard travaillant dans un établissement de soins de longue durée a reçu des coups de poing dans la gorge d'un résident, qui l'a aussi pincée et qui l'a fait trébucher. En mars dernier, dans mon propre hôpital au Nouveau-Brunswick, une infirmière a été attaquée et tenue à la gorge pendant 11 minutes par le conjoint d'une patiente avant que la sécurité ne se présente. Bien sûr, elle est toujours en congé de maladie. En Nouvelle-Écosse, la violence dans certains établissements a atteint un point où les infirmières ont commencé à porter des accusations contre les patients et les membres de leur famille lorsque ceux-ci les frappent. Plus tôt ce mois-ci, au Manitoba, une infirmière a reçu trois jours de suite un coup de poing dans l'estomac d'un patient.

Des études menées au Manitoba parlent aussi des services d'urgence où 30 % des infirmières urgentistes ont fait l'objet d'agressions physiques une fois par semaine au cours de la dernière année, comme l'a mentionné le Dr Drummond. L'an dernier, un infirmier de la Saskatchewan a été brutalement agressé par un patient, au point où un autre coup au nez lui aurait été fatal. C'était en mars 2018 et il ne travaille toujours pas. Il ne travaillera probablement plus jamais. En mars dernier, un visiteur a apporté une arme à feu dans un hôpital de l'Alberta. La dernière fois que le Dr Drummond et moi avons témoigné ensemble devant vous, c'était au sujet du contrôle des armes à feu.

Nous sommes très reconnaissants au député Doug Eyolfson de son appui à la pétition électronique que la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers a récemment présentée sur la violence faite aux travailleurs de la santé. Je ne saurais trop insister sur l'importance pour le Canada de s'attaquer à cette crise, non seulement pour les travailleurs de la santé qui ont signé cette pétition partout au Canada, mais pour tous les Canadiens. Comme nous le disons souvent dans le secteur de la santé, lorsque les infirmières et les travailleurs de la santé ne sont pas en sécurité, les patients ne le sont pas non plus. Les infirmières sont encore plus vulnérables à la violence en milieu de travail que tout autre type de personnes qui travaillent directement avec le public. Au cours des cinq dernières années, on a signalé plus de 4 000 incidents de violence grave en milieu de travail à l'endroit d'infirmières et d'infirmiers — des incidents suffisamment graves pour les obliger à s'absenter du travail. Ce nombre d'incidents — 4 000 — est supérieur à ceux qui touchent les policiers et les pompiers réunis. Pour nous attaquer à cette crise croissante, nous devons aller au cœur du problème. Pour ce faire, nous devons tenir compte de la santé et de la sécurité au travail dans la dotation et la formation.

Le 17 janvier dernier, une infirmière et un gardien de sécurité ont été agressés au centre de santé communautaire Southlake, à Newmarket, en Ontario. L'infirmière, une mère de 33 ans avec de jeunes enfants, a été frappée au visage et a subi des fractures du crâne et une hémorragie cérébrale. Entre avril 2018 et décembre 2018, soit sur une période de huit mois, 170 incidents violents ont été signalés par le personnel du même hôpital. Selon les infirmières, la situation est de plus en plus intenable dans cet hôpital.

• (1545)

Nous demandons au gouvernement fédéral d'entreprendre une étude approfondie de la planification des ressources humaines en santé, afin de déterminer la pénurie actuelle et future et de doter les gouvernements de tout le pays des outils nécessaires pour y faire face. Le gouvernement fédéral peut, encore une fois, donner l'exemple. Il peut mettre en œuvre les programmes et les infrastructures les plus complets et reconnus de prévention de la violence, y compris de la formation pratique pour désamorcer les situations violentes, la formation appropriée du personnel de sécurité à l'interne, des outils de communication pour le personnel, des programmes de mieux-être axés sur la santé physique et mentale des travailleurs de la santé, et le repérage des patients ayant des antécédents de violence.

Nous demandons au Comité de recommander que le gouvernement fédéral prévoie des normes nationales minimales de formation en sécurité pour les milieux de soins de santé. Des normes minimales doivent être établies pour veiller à ce que les programmes de formation soient mis en place de façon harmonisée dans le milieu de la santé partout au pays, grâce à des modifications législatives appropriées.

De plus, la sécurité doit faire partie du continuum de soins et être considérée comme faisant partie intégrante de l'équipe de soins. La fédération préconise une révision du Code criminel au moyen du projet de loi C-434, comme outil de prévention de la violence contre les travailleurs de la santé. Le projet de loi modifie le Code criminel, afin que les voies de fait contre des travailleurs de la santé soient considérées comme des circonstances aggravantes aux fins de la détermination de la peine. Une disposition semblable existe déjà pour les policiers et les travailleurs des transports en commun. Nous félicitons le député Don Davies d'avoir présenté ce projet de loi et nous exhortons le Comité à demander au Parlement d'adopter le projet de loi C-434. La fédération demande au gouvernement fédéral d'appliquer la loi Westray, en vertu de laquelle les employeurs sont tenus criminellement responsables dans les cas de négligence entraînant des blessures corporelles aux travailleurs.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de statistiques nationales normalisées sur la violence en milieu de travail. L'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, qui recueille et déclare des données au niveau des établissements, doit publier des données sur la violence en milieu de travail au niveau des établissements.

Enfin, les infirmières du Canada demandent aux membres de ce comité de faire valoir leurs demandes dans le rapport qu'ils soumettront au gouvernement fédéral. Nous demandons une étude fédérale exhaustive sur la planification des ressources humaines en santé; un financement fédéral ciblé pour améliorer la protection des travailleurs de la santé, grâce à des infrastructures et à des programmes de prévention de la violence, la police communautaire étant un partenaire essentiel au sein des comités mixtes de santé et de sécurité; l'adoption par le gouvernement fédéral de pratiques exemplaires en matière de prévention de la violence dans les milieux de soins de santé qu'il réglemente; l'adoption de normes nationales minimales pour la formation en sécurité dans les milieux de soins de santé; l'appui de votre comité au projet de loi C-434 et la promotion et l'utilisation de la loi Westray par les procureurs de la Couronne dans les affaires mettant en cause des travailleurs de la santé; et le financement fédéral de la collecte et de la déclaration de données sur la violence en milieu de travail dans les établissements par l'ICIS.

Merci.

Le président: Merci.

Nous recevons maintenant Miranda Ferrier, par vidéoconférence, qui représente la Canadian Support Workers Association.

Mme Miranda Ferrier (présidente, Canadian Support Workers Association): Merci beaucoup.

Je m'appelle Miranda Ferrier. Je suis une préposée aux services de soutien à la personne. J'ai travaillé dans les secteurs des établissements de soins de longue durée et des soins à domicile en Ontario pendant de nombreuses années, en première ligne des services de soutien à la personne. Je suis également la fondatrice et la présidente de la Canadian Support Workers Association et de l'Ontario Personal Support Workers Association.

Malheureusement, la violence à laquelle font face les travailleurs de la santé n'a rien de nouveau. Au cours des 20 dernières années, l'incidence de la violence contre les préposés aux services de soutien a augmenté au point où s'est installée une situation de crise dans cette profession et, par conséquent, dans les soins de santé au Canada. Au Canada, les préposés aux services de soutien jouent un rôle très particulier dans les soins de santé, en ce sens qu'ils sont responsables au quotidien de fournir aux Canadiens les soins les plus personnels et

intimes qui soient. Ils sont dans l'entourage constant de ces Canadiens et, souvent, ils font partie de la famille.

Les préposés aux services de soutien sont quotidiennement victimes de violence au travail. La situation est tellement répandue qu'elle est maintenant considérée comme la norme. Est-ce acceptable? Absolument pas. Toutefois, nous croyons qu'il suffirait d'un petit changement à notre système de soins de santé pour aider à corriger ce problème.

À l'heure actuelle, les préposés aux services de soutien doivent s'occuper d'un nombre de résidents pouvant aller jusqu'à 15 par quart de travail dans les foyers de soins de longue durée, voire plus, dans certains cas. Ils s'occupent aussi d'un nombre de clients pouvant aller jusqu'à 16 par jour en soins à domicile dans notre province.

Un des cas qui me vient à l'esprit s'est produit en août dernier, près de Toronto, en Ontario. Une de nos préposés aux services de soutien à la personne a été poignardée par le petit-fils d'un client pendant qu'elle prodiguait des soins à ce dernier à son domicile. Elle a survécu, mais cela montre à quel point nous sommes dans une situation critique.

Peu importe le lieu de travail, le système est constamment aux prises avec un manque de personnel pour deux raisons. Il n'y a pas de reconnaissance professionnelle, parce qu'il n'existe pas de réglementation s'appliquant aux services de soutien à la personne et aux travailleurs de soutien en général dans notre merveilleux pays, et qu'il n'y a pas de reddition de comptes. Par conséquent, ils sont isolés sur le plan professionnel, n'ont pas les outils pour assurer leur propre sécurité et doivent composer avec une profession qui est 600 % plus dangereuse que celle de policier ou de pompier. Par contre, ils peuvent être congédiés pour mauvais traitements, puis être réembauchés ailleurs, dans les mêmes fonctions, sans que l'on puisse rien faire. Si l'on ajoute à cela les niveaux d'épuisement professionnel que connaissent ces personnes dans l'ensemble du pays, nous nous retrouvons dans la situation actuelle.

Pour s'attaquer comme il se doit au problème de la violence à laquelle sont confrontés les préposés aux services de soutien, les provinces et le gouvernement fédéral doivent leur permettre de profiter du même respect professionnel que toutes les autres personnes qui travaillent dans le secteur des soins de santé au Canada. Non seulement cette reconnaissance professionnelle s'impose depuis longtemps, mais elle mettra fin à la culture de la peur omniprésente dans les services de santé. Notre association ontarienne milite depuis longtemps pour l'autoréglementation des préposés aux services de soutien, et elle a même reçu l'appui de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Cette culture de tolérance a entraîné une situation où les préposés aux services de soutien sont tout simplement incapables de signaler les cas de mauvais traitements, de peur d'être licenciés et de voir leur réputation professionnelle ternie.

Afin de s'attaquer efficacement au problème de la violence à laquelle font face les préposés aux services de soutien, la Canadian Support Workers Association et l'Ontario Personal Support Workers Association demandent officiellement au Comité de les appuyer et de recommander en bonne et due forme aux ministères provinciaux de la Santé que la Canadian Support Workers Association et ses sections provinciales servent d'organisme d'autoréglementation pour les préposés aux services de soutien partout au Canada. Cette mesure favoriserait la reconnaissance de la valeur que ces travailleurs apportent aux soins de santé au Canada, grâce à une protection efficace et confidentielle des lanceurs d'alerte. Elle comblerait les lacunes dans la réglementation professionnelle, qui fait en sorte que l'on continue de tolérer des comportements abusifs envers les préposés aux services de soutien et les personnes dont ils ont la charge. Cela donnerait l'assurance qu'il y aura une main-d'œuvre durable et stable pour s'occuper des Canadiens les plus vulnérables pour les décennies à venir. Le taux actuel de départ des préposés aux services de soutien se situe à 33 % par trimestre.

L'autoréglementation créera une profession respectée, offrant le filet de sécurité et la reddition de comptes dont ont désespérément besoin les personnes les plus vulnérables de toutes les collectivités au Canada.

• (1550)

Ce modèle d'autoréglementation a connu du succès en partie en Ontario, où notre association représente plus de 32 000 préposés aux services de soutien à la personne. Jusqu'à maintenant, nous n'avons enregistré aucune allégation de mauvais traitements.

Merci beaucoup de m'avoir accordé du temps.

Le président: Merci.

Pourriez-vous définir « préposé aux services de soutien »?

Mme Miranda Ferrier: On leur donne des noms différents dans chaque province au Canada. Un préposé aux services de soutien s'appelle aussi aide-soignant, préposé aux services de soutien à la personne, préposé aux soins personnels, aide au service de soins personnels, etc. La liste est longue. Nous sommes désignés de toutes sortes de façons un peu partout. Nous travaillons en première ligne dans les foyers de soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires, et parfois dans les hôpitaux et les établissements de soins actifs. Notre profession n'est pas réglementée.

• (1555)

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Randy Mellow, des Chefs Paramédics du Canada.

M. Randy Mellow (président, Chefs Paramédics du Canada): Bonjour monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité.

J'aimerais commencer par vous remercier de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui et de me donner l'occasion de participer à une discussion d'une importance cruciale sur la violence à laquelle sont confrontés les travailleurs de la santé et, plus particulièrement ceux que je représente, les ambulanciers paramédicaux.

C'est un grand honneur pour moi d'être ici aujourd'hui à titre de président des Chefs Paramédics du Canada. Il s'agit d'une association qui représente les chefs paramédics et les chefs de services paramédicaux de toutes les provinces et de tous les territoires.

L'Association des paramédics du Canada, qui représente nos praticiens, devait se joindre à moi aujourd'hui pour mon exposé.

Malheureusement, ses représentants n'ont pas pu venir. Toutefois, nous sommes solidaires dans le message que nous vous transmettons aujourd'hui.

Nous sommes heureux de participer à ce dialogue national sur cette question cruciale pour la sécurité des ambulanciers paramédicaux au Canada, qui travaillent en première ligne, ainsi que dans nos centres de communication et dans nos hôpitaux, et par extension, pour la sécurité des Canadiens.

Nous ne pouvons pas nous attaquer à ce problème sans inclure également dans ce dialogue les organismes de services paramédicaux, leurs dirigeants qui travaillent avec les ambulanciers paramédicaux tous les jours, ainsi que leurs familles, car ils jouent un rôle essentiel pour leur fournir un soutien social.

Au Canada, plus de 40 000 ambulanciers paramédicaux sont prêts à répondre aux besoins des gens dans le besoin et à sauver des vies. Malheureusement, chaque jour, alors qu'elles accomplissent ces tâches avec compassion et dévouement, ces mêmes personnes sont très à risque d'être victimes de violence et de mauvais traitement. Les ambulanciers paramédicaux sont souvent la cible de violence physique et verbale, d'intimidation, de menaces, d'agressions sexuelles et de harcèlement sexuel. Les manifestations de violence physique auxquelles ils font face comprennent les suivantes: pousser, donner des coups, égratigner, donner des coups de pied, mordre, gifler et utiliser des armes. Les actes de violence et les mauvais traitements peuvent provenir des patients, des familles des patients et même des témoins sur les lieux des urgences. Malheureusement, trop souvent, les ambulanciers paramédicaux sont victimes de violence de la part des patients mêmes dont ils s'occupent.

À l'échelle internationale, des études ont révélé qu'entre 55 % et 83 % des ambulanciers paramédicaux subissent des menaces ou de la violence dans l'exercice de leurs fonctions chaque année. Dans une étude menée en 2014 auprès des ambulanciers paramédicaux canadiens, 75 % ont déclaré avoir été victimes d'une forme de violence ou d'une autre, et 74 % ont déclaré avoir fait l'objet de multiples formes de violence chaque année. Sur les 1 676 ambulanciers paramédicaux qui ont participé à cette étude, 67 % ont déclaré avoir été victimes de violence verbale, 41 % ont déclaré avoir subi de l'intimidation, 26 % ont déclaré avoir été victimes de voies de fait, 4 % ont signalé avoir subi du harcèlement sexuel et 3 % ont déclaré avoir été victimes d'agressions sexuelles. Malheureusement, ces ambulanciers paramédicaux ont déclaré qu'ils estimaient que la violence faisait partie de leur travail.

La violence subie par le personnel paramédical a de nombreuses conséquences. Elle a été associée à des traumatismes psychologiques, comme le stress, l'anxiété, le stress post-traumatique et l'épuisement professionnel. La violence a été associée à des blessures physiques, entraînant une perte de temps de travail dans 17 % à 32 % des cas. Elle a aussi été liée à l'intention de quitter la profession de façon prématurée. La violence contre les ambulanciers paramédicaux met en péril la qualité des soins aux patients que les ambulanciers s'efforcent d'offrir. Elle entraîne également d'énormes pertes financières dans le secteur de la santé, sans parler des coûts indirects et directs pour les ambulanciers paramédicaux eux-mêmes et leurs familles.

La violence et les mauvais traitements envers les ambulanciers paramédicaux sont inacceptables. Les Chefs Paramédics du Canada appuient une politique de tolérance zéro à l'égard de toutes les formes de violence et de mauvais traitements dans tous les secteurs de la communauté paramédicale canadienne. Il faut intervenir immédiatement dans ce dossier crucial.

Notre association recommande que les interventions visant à prévenir la violence se fassent à plusieurs niveaux.

Premièrement, nous estimons qu'il faut parrainer et appuyer la recherche. Des recherches sont nécessaires pour mieux comprendre l'ampleur du problème, pour évaluer l'impact de la violence sur le personnel et pour déterminer des moyens d'atténuation, comme on l'a entendu plus tôt aujourd'hui. À l'heure actuelle, un seul article évalué par les pairs a été publié au sujet de la situation des ambulanciers paramédicaux canadiens. Cela est insuffisant.

Deuxièmement, il faut élaborer des stratégies fondées sur des données probantes et offrir de la formation pour la prise en charge de patients violents et la gestion des situations pour le personnel de première ligne.

Troisièmement, nous devons sensibiliser davantage le public aux répercussions humaines et financières de ce problème chez les travailleurs de la santé et les ambulanciers paramédicaux.

Quatrièmement, il faut envisager de modifier les politiques et les lois — comme nous l'avons également entendu plus tôt —, afin de protéger les ambulanciers paramédicaux et les travailleurs de la santé au moyen de mesures punitives plus strictes, au besoin.

Il est certain que nous sommes heureux d'avoir l'occasion de travailler avec le gouvernement fédéral et ses partenaires pour aider à la coordination, à la recherche et à la communication, afin d'assurer la sécurité de tous les ambulanciers paramédicaux et travailleurs de la santé.

Merci.

• (1600)

Le président: Merci beaucoup.

Mme Marilyn Gladu: Sommes-nous appelés pour voter?

Le président: Bon, il semble que nous venons tout juste d'être appelés pour voter. Nous avons besoin du consentement unanime pour continuer. Allons-nous poursuivre encore quelques minutes?

Oh, c'est un appel pour atteindre le quorum. Cela va s'arrêter quand ils auront un nombre suffisant de députés.

Je n'en reviens pas que nous ayons besoin de cette étude, mais j'espère que notre contribution aidera.

Nous allons commencer notre première série de questions avec M. Eyolfson, pour sept minutes.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être venus. J'ai déjà rencontré certains d'entre vous, et je suis heureux de vous revoir.

J'ai présenté la motion en vue de la tenue de cette étude. C'était important pour moi. Un certain nombre de mes collègues ont été agressés au cours de leur carrière. J'ai été agressé deux fois à l'urgence et, dans les deux cas, non seulement on s'attendait à ce que je termine mon quart de travail, mais aussi à ce que je revienne pour le quart suivant. On n'a pas pu me trouver de remplaçant, et on m'a dit que je n'avais pas le choix d'être là.

Docteur Drummond, vous avez mentionné que l'employeur est légalement responsable du bien-être de ses employés. Pensez-vous qu'il est acceptable qu'un employé qui vient d'être agressé se fasse dire qu'il n'a pas le choix, qu'il doit continuer à travailler et qu'il doit se présenter au travail le lendemain?

Dr Alan Drummond: Bien sûr que non.

Vous savez, je travaille dans une petite ville; mon éminent collègue travaillait dans un milieu urbain à Winnipeg. Ma vision du

monde fait que j'ai tendance à considérer ce qui se passe dans mon petit service à Perth, en Ontario, comme représentatif de ce qui se produit à plus grande échelle. Je peux vous dire que dans notre petite ville, où le nombre de patients reçus se chiffre à 30 000 par année, nous ne disposons souvent que de trois infirmières et infirmiers à la fois. Nous manquons constamment de personnel et cette situation est chronique... Nous ne pouvons pas nous absenter pour maladie, parce que cela oblige quelqu'un d'autre à nous remplacer. Bon nombre de ces travailleurs se sentent extrêmement stressés par leur sentiment d'appartenance à leur communauté et leur engagement à travailler malgré la maladie, le stress familial et les difficultés psychologiques.

Dans notre service, où nous avons une équipe fantastique et solidaire — intercollégiale —, bon nombre de nos infirmières et infirmiers en ont assez du degré — je serai poli, pour ne pas choquer des oreilles — d'absurdité qu'ils vivent au quotidien. Il est vrai que la violence que nous vivons n'est peut-être pas aussi grave qu'à Winnipeg, par exemple, mais chaque jour, il y a de la violence verbale, des empoignades, des coups de pied, des égratignures — qui ne sont pas toujours le fait des patients, mais parfois de leur famille —, et les infirmières sont traumatisées.

Certaines de nos meilleures infirmières, qui travaillent avec moi depuis 10 ou 20 ans, pensent qu'elles en ont maintenant assez et qu'elles vont partir, parce qu'il n'y a tout simplement pas assez de prise en charge des responsabilités de la part de l'hôpital pour régler le problème. Elles estiment, comme ma collègue des préposés aux services de soutien à la personne l'a mentionné, que si elles soulèvent la question, il y aura des représailles ou leurs problèmes ne seront pas pris au sérieux. Elles restent donc silencieuses. Nous sommes au point où le personnel a l'impression que cela fait partie des tâches normales, mais ce n'est pas le cas.

Pour faire suite à votre question, la réponse évidente est non, ce n'est pas acceptable.

M. Doug Eyolfson: Très bien, merci.

C'est pas mal la réponse à laquelle je m'attendais de vous. Mais comme vous le dites, il semble que dans les professions médicales et infirmières, il existe une attitude, à défaut d'un meilleur mot, machiste, c'est-à-dire que si vous ne pouvez pas supporter la pression, vous n'avez qu'à partir. Vous avez raison, il y a cette mentalité selon laquelle si vous êtes malade ou blessé, qu'arrive-t-il? Vous êtes censé être au-dessus de tout cela. Je pense que nous devons évoluer.

Madame Silas, vous avez parlé de problèmes de dotation. Comme vous le savez probablement, au Manitoba, cela a beaucoup fait les manchettes, et j'en ai fait l'expérience personnellement lorsque j'ai emmené un membre de ma famille à l'urgence la fin de semaine dernière. Nous avons de graves problèmes de personnel. J'y suis allé pendant un quart de nuit, alors que presque toutes les infirmières qui venaient de terminer leur quart de jour ont été obligées de rester et de travailler huit heures de plus pendant la nuit. Bien sûr, cela donne lieu à de l'impatience, de la fatigue et des erreurs. Cela a des répercussions négatives sur les patients.

Constatez-vous une augmentation de la violence envers le personnel qui semble être corrélée aux pénuries de personnel dans les services?

•(1605)

Mme Linda Silas: Pour être brève, oui. Mais la situation s'est aggravée. Dans les années 1990, nous avons assisté à une restructuration de notre système de soins de santé. Nous avons maintenant un système axé sur les soins aigus. Si ces soins ne sont pas offerts là, comme l'a dit votre témoin au sujet des préposés aux soins personnels, ils le sont à domicile avec très peu d'appui. C'est comme une cocotte-minute qui pourrait exploser. C'est une question de santé et de sécurité. C'est ce que nous devons examiner. Il faut de la formation et de la formation, de la dotation et de la dotation et de la sécurité, qu'elle vienne des services de police ou des services correctionnels. La sécurité est essentielle.

Je vais vous révéler mon âge, mais la première campagne que nous avons menée pour éviter la violence en milieu de travail remonte à 1991. Nous étions pleins de bonnes intentions dans le secteur de la santé, en disant « pas de violence ici » ou « tolérance zéro ». Je suis désolée, mais c'est de la foutaise. À l'heure actuelle, quand je prends un taxi à New York, il y a une grosse pancarte qui dit que si vous attaquez le chauffeur de taxi, des accusations criminelles seront portées contre vous. C'est ce que je veux voir dans les hôpitaux et dans les soins à domicile. On ne fera plus de faveurs. Si vous touchez un travailleur de la santé, vous irez en prison. C'est aussi simple que cela. Nous doterons notre système de soins de santé du personnel en conséquence. La prévention est primordiale, mais si nous ne pouvons pas prévenir, nous allons avoir recours à des moyens plus coercitifs, comme la prison.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Monsieur Mellow, j'ai une certaine expérience des services médicaux d'urgence. J'ai été directeur médical du programme d'ambulances terrestres du Manitoba pendant six ans. J'ai également travaillé pour notre système provincial d'ambulances aériennes, qui comprenait un volet de transport terrestre. J'ai passé beaucoup de temps à l'arrière des ambulances et j'ai rencontré beaucoup d'ambulanciers paramédicaux. Êtes-vous d'accord pour dire que le public ne se rend pas compte à quel point le métier d'ambulancier paramédical peut être dangereux?

M. Randy Mellow: Je suis tout à fait d'accord avec vous. Je ne pense pas que le public comprenne bien les dangers liés à notre travail. Comme je l'ai dit au début, le nombre de blessures est phénoménal.

J'exploite un petit service d'ambulances ici en Ontario, à Peterborough. C'est à quelques heures d'ici, dans une petite région rurale où l'on retrouve beaucoup de chalets. Au cours des deux dernières années, deux agressions sexuelles se sont produites, de même qu'une agression au couteau apparemment, et ces cas sont actuellement devant les tribunaux. Les gens ne comprennent pas à quel point le travail peut être dangereux, tout comme dans d'autres professions de la santé.

L'un de nos problèmes, c'est que nous circulons souvent deux par deux, sans sécurité et sans personne d'autre pour intervenir. La situation est très difficile, surtout dans les régions rurales de l'Ontario, où il peut s'écouler de nombreuses minutes avant que la police puisse arriver sur les lieux. La loi exige que nous confirmions que nous sommes bel et bien en présence d'une situation dangereuse avant de pouvoir refuser d'intervenir. Les ambulanciers paramédicaux ont l'obligation de se mettre en danger pour confirmer qu'il existe un danger. Ces choses doivent changer. Il faut non seulement changer la perception du public, mais aussi celle de nos gouvernements.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Merci, monsieur le président.

Merci à nos témoins.

J'aimerais commencer par parler de prévention. L'Institut canadien d'information en santé recueille certaines données, mais savons-nous qui est à l'origine de la violence? Savons-nous comment elle se répartit entre les patients et les membres de la famille? Y a-t-il une ventilation entre les toxicomanes et les personnes ayant des problèmes de santé mentale? Avons-nous des données à ce sujet?

Dr Alan Drummond: Pas à ma connaissance.

Mme Marilyn Gladu: C'est donc quelque chose dont nous aurons certainement besoin.

Les ambulanciers paramédicaux travaillent deux par deux, mais ma fille était infirmière en soins à domicile, et dans les soins à domicile, les gens travaillent seuls. Je trouve cela très dangereux. Une protection consisterait à faire travailler les gens deux par deux pour offrir les soins à domicile et à veiller à ce que plusieurs personnes soient formées aux interventions visant à assurer la sécurité. Êtes-vous d'accord?

•(1610)

Mme Linda Silas: Il ne s'agit pas seulement d'intervention. Il faudrait aussi autoriser les dispositifs de protection. Je suis sûre que Mme Ferrier répondrait aussi cela. Il faut que les préposés portent un dispositif de protection. S'ils appuient sur un bouton et que personne ne vient... comme dans le cas de l'infirmière de l'hôpital régional où il a fallu 11 minutes avant que quelqu'un d'autre qu'une collègue se présente. Je compatis avec votre fille. Ces situations sont effrayantes. On ne permet même pas au personnel de porter un cellulaire, et encore moins un dispositif d'urgence.

Le président: Madame Ferrier, quelle serait votre réponse à cette question?

Mme Miranda Ferrier: J'allais simplement dire qu'à l'heure actuelle, on ne permet pas aux préposés aux services de soutien à domicile de porter un cellulaire quand ils sont chez leurs clients. On leur dit qu'en cas de problème, ils doivent utiliser le téléphone du client pour appeler à l'aide. Eh bien, s'ils se trouvent dans une situation dangereuse qui les empêche d'utiliser ce téléphone, ce que nos membres nous disent constamment... Ils sont coincés; ils sont obligés d'essayer de se sortir du pétrin en discutant avec l'agresseur.

N'oublions pas non plus que la formation des préposés aux services de soutien est différente un peu partout au pays. Certains en reçoivent beaucoup, d'autres n'en ont aucune, et l'on ne donne presque pas de formation sur la prévention des crises et sur l'intervention. On ne leur enseigne pas à calmer les clients toxicomanes ou alcooliques.

Nous confions des personnes très à risque à des personnes vulnérables qui sont continuellement en danger dans leur milieu de travail.

Mme Marilyn Gladu: Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Je suis heureuse que vous ayez souligné que les conditions de travail des préposés aux services de soutien à la personne sont inacceptables. Chacun d'eux doit jongler avec une gestion de cas de 15 clients.

Je crois que l'Alberta a fixé une norme maximale de sept clients par préposé. Je me demande si le gouvernement fédéral devrait s'inspirer de cette définition pour imposer une norme dans tout le pays.

Mme Miranda Ferrier: Oui, absolument.

Nous venons tout juste de lancer, par l'entremise de l'association de l'Ontario, une campagne visant à établir un ratio résidents-préposés aux services de soutien à la personne. Nous voyons un peu partout un préposé affecté à 15 ou 20 clients ou même à une charge de 35 à 40 clients pendant la nuit. C'est effrayant.

Les témoins du gouvernement provincial ont souvent mentionné le ratio d'un préposé pour huit clients. Il serait cependant urgent que le gouvernement fédéral intervienne pour imposer cela partout. Sinon, il n'existera plus de préposés aux services de soutien pour prendre soin de nos êtres chers.

Mme Marilyn Gladu: C'est assez vrai.

En ce qui concerne les conditions de travail des préposés aux services de soutien, j'ai entendu dire — et je le vois très souvent en Ontario — qu'on leur confie plusieurs emplois à temps partiel au lieu de leur donner un poste à plein temps avec des avantages sociaux. Pour cette raison, un grand nombre d'entre eux quittent la profession. Avec les conditions de travail, la violence et l'absence d'avantages sociaux, c'est aussi un problème qu'il faut régler.

Êtes-vous d'accord?

Mme Miranda Ferrier: En Ontario, nos membres — et aussi ceux de nos sections locales du Nouveau-Brunswick, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique — nous disent qu'ils désirent vraiment un emploi à plein temps. Ils commencent toujours leurs interventions en disant: « On ne me respecte pas. Personne ne reconnaît mon travail et n'écoute ce que j'ai à dire. » Ensuite seulement ils mentionnent le salaire, le travail à plein temps par rapport à leurs emplois à temps partiel et les avantages sociaux.

C'est pourquoi nous insistons vraiment sur ce modèle d'autoréglementation pour les préposés aux services de soutien à la personne afin qu'ils jouissent d'un certain contrôle.

Mme Marilyn Gladu: Vous avez formulé d'excellentes recommandations sur la restriction de l'accès et sur la présence d'agents de sécurité.

Pourriez-vous nous donner plus de détails sur la présence d'agents de sécurité?

Je crois que Mme Silas a déjà mentionné qu'il leur faut 11 minutes pour arriver sur les lieux. Ce n'est pas bien. On ne peut pas engager un seul agent de sécurité pour tout un hôpital.

Quelle serait la pratique exemplaire, selon vous?

Dr Alan Drummond: Je crois que dans une certaine mesure, cela dépend de l'établissement ainsi que du fait que le budget de la santé n'est pas infini et que les hôpitaux ont parfois de la difficulté à fournir les soins de base. La sécurité des travailleurs de la santé, par exemple, peut perdre de son importance lorsqu'on n'arrive pas à équilibrer le budget du fonctionnement général de l'hôpital. La sécurité des travailleurs devient une arrière-pensée.

On compte environ 850 services d'urgence au pays qui se classent sur 5 niveaux allant des centres de traumatologie tertiaires aux petits hôpitaux ruraux comme celui où je travaille.

Il est sûr que dans les hôpitaux urbains, qui font face à des problèmes de gangs et de toxicomanie, la présence des agents de sécurité est évidente. Ce n'est souvent pas le cas dans les collectivités rurales, où l'on compte sur les services de police locaux pour intervenir en cas de crise.

La plupart de ces hôpitaux ne sont pas rattachés au poste de police par une ligne directe. Il faut composer le 911 pour faire venir un policier, ce qui cause souvent de longues attentes.

Ma collègue a parlé des mesures qu'a prises l'administration de notre hôpital à la suite d'un incident violent. Il y a deux ans, une infirmière de notre hôpital partenaire de Smiths Falls a été poignardée par un patient. Il a fallu cela pour que notre hôpital installe enfin un dispositif de verrouillage à la salle d'urgence. Après les heures de bureau, il fallait sonner pour y être admis. L'administration a alors engagé une entreprise de sécurité pour assurer la présence d'agents après les heures de bureau, parce que les incidents violents se produisent habituellement à ce moment de la journée. Ces agents sont des octogénaires affublés d'une veste qui ne sont probablement pas très utiles, mais qui font bonne figure dans l'hôpital. Nos infirmières se sentent encore en danger.

Pourquoi ces besoins ne sont-ils que des arrières-pensées? Je crois que les dirigeants pensent que cela fait partie du travail des préposés. Il faut changer cela une fois pour toutes. Comme vous l'avez entendu, un vaste consensus parmi les travailleurs de la santé... L'ampleur de la violence dans les salles d'urgence et dans le secteur des services d'urgence ainsi que dans les secteurs hospitalier et communautaire est telle que nos gens les plus talentueux et expérimentés s'en vont. Ils quittent leur emploi.

• (1615)

Le président: Merci beaucoup.

Madame Ferrier, pourquoi ne vous autorise-t-on pas à garder votre cellulaire sur vous au travail?

Mme Miranda Ferrier: Je pense que de nombreux clients se sont plaints de voir des préposés aux services de soutien à la personne ou des travailleurs de soutien utiliser leur cellulaire pendant les heures de travail. Je suppose que les employeurs essayaient de faire preuve de diligence raisonnable en leur interdisant de garder leurs cellulaires au travail afin qu'ils se concentrent davantage sur leurs tâches. Je suis sûre que ces plaintes venaient de clients soignés à domicile, mais cette interdiction expose les préposés à d'énormes risques.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Davies, à vous la parole.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être venus.

Je reconnais qu'en parlant du système de soins de santé, nous désignons divers contextes qui exigent des interventions particulières. J'aimerais me concentrer un peu sur le cas des grands hôpitaux urbains.

Quelle est la fréquence des épisodes violents dans un grand hôpital urbain typique? Ces incidents sont-ils quotidiens ou hebdomadaires?

Dr Alan Drummond: Ils surviennent quotidiennement.

J'ai mentionné la méthamphétamine en cristaux parce qu'elle préoccupe toujours plus nos membres dans l'Ouest. Sa consommation en Alberta, en Saskatchewan et aussi à Winnipeg a beaucoup augmenté. On commence à constater cela à Hamilton aussi. Cette drogue produit des psychoses et rend les consommateurs très agressifs et violents.

Au cours de ces 10 dernières années, la violence en salle d'urgence découlait d'autres problèmes, comme du manque de personnel infirmier pour les foules de clients qui se présentaient. Mais à cela s'ajoute ce nouveau petit monstre, et nos membres sont très inquiets.

M. Don Davies: Madame Silas, constatez-vous aussi que les incidents de violence surviennent quotidiennement dans les grands hôpitaux urbains?

Mme Linda Silas: Oui. Dans la région du Dr Doug, nous avons constaté une augmentation de 1 200 % de la violence au cours de ces 5 dernières années, ce qui correspond à l'augmentation de 1 200 % de la consommation de méthamphétamine en cristaux dans la région de Winnipeg.

M. Don Davies: Bon, j'aborderai la question des taux dans quelques instants.

L'une des premières suggestions qui me viennent à l'esprit, c'est qu'à Vancouver, on affecte des policiers en permanence dans les écoles, alors il y a une présence policière dans chaque école. Dans les grands hôpitaux urbains où l'on s'attend chaque jour à faire face à un crime ou à une agression, ne serait-il pas logique d'établir une présence policière permanente à la salle d'urgence et non d'embaucher des gardiens de sécurité, des octogénaires ou des personnes munies de radios? Ne faudrait-il pas y placer un agent de police pour prévenir ces incidents?

Dr Alan Drummond: Vous avez utilisé le mot « crime ». Je n'aime pas tellement cela. Est-ce qu'un octogénaire atteint d'une pneumonie et en plein délire qui essaie de vous étrangler avec son cathéter Foley commet vraiment un crime? En quoi est-ce un crime? Il n'a aucun contrôle sur ses actes. Le patient toxicomane que la méthamphétamine en cristaux rend psychotique et violent commet-il vraiment un crime? Leurs actes ne découlent-ils pas en réalité du syndrome toxique qui a envahi leur corps?

Je suis profondément conservateur, croyez-moi, alors je suis convaincu qu'il faut punir le crime, mais dans le contexte des services d'urgence, je n'aime pas que l'on considère ces actes comme des crimes et non comme des comportements aberrants causés par une maladie organique ou par un syndrome toxique. C'est la première chose...

• (1620)

M. Don Davies: Docteur, permettez-moi de vous interrompre, nous discuterons de cela dans une minute.

À mon avis, toute agression contre une personne est un crime, mais la sentence relève des tribunaux. Nous pourrions y revenir plus tard.

Pour établir une politique de tolérance zéro afin que les travailleurs de la santé ne s'attendent plus à se faire étouffer, cracher dessus, agresser, pincer ou étrangler, à mon avis, il faut établir une forme de présence sécuritaire efficace. Laissons à d'autres le soin de rendre une décision judiciaire.

J'aimerais maintenant parler de l'arrêt Westray que vous avez mentionné, madame Silas. C'est très intéressant. A-t-on déjà porté accusation contre un administrateur en vertu de l'arrêt Westray au Canada?

Mme Linda Silas: On l'a soulevé dans le cas d'un hôpital ontarien, mais cet argument a été tout de suite rejeté.

M. Don Davies: Disons que je suis administrateur d'hôpital et que je sais que tous les jours, mes travailleurs sont exposés à un danger. Ils en subissent déjà les conséquences que vous avez décrites. Ils ont des troubles de stress post-traumatique, les TSPT, ils quittent leur emploi et souffrent de toutes sortes de maux. En quoi cette situation diffère-t-elle de celle du contremaître d'une usine qui voit de l'huile répandue sur le plancher ou des pièces pointues et piquantes auxquelles on risque de s'accrocher...? Dans une usine, on s'attend à

ce que le contremaître prenne toutes les mesures raisonnables pour que ses travailleurs ne se blessent pas.

Pourtant, nous observons tous ces dangers, et les torts sont aussi prévisibles que la pluie à Vancouver au mois de janvier. Ces torts vont se produire, mais imposons-nous aux administrateurs des établissements de santé — comme vous l'avez dit, docteur Drummond — la responsabilité de transformer leur arrière-pensée en une priorité, en une obligation en vertu de la loi?

Mme Linda Silas: Ce que vous dites est très intéressant, surtout si l'on compare cela au secteur privé, qui place la sécurité au premier rang de ses priorités. Nous ne pensons pas ainsi dans le secteur public, et le secteur des soins de santé le fait encore moins. En Ontario seulement, les résultats de l'étude récemment menée sur les indemnités versées aux travailleurs de la santé qui avaient subi de la violence indiquent que l'année dernière, on leur a versé près de 5 millions de dollars. La sécurité est donc reliée à des questions d'argent.

Quant à la présence policière que vous avez suggérée, elle n'est que symbolique. Nous avons vu deux cas de mesures positives en Ontario, à l'hôpital Michael Garron et ici même dans la région d'Ottawa, à L'Hôpital d'Ottawa, prises à la suite de graves incidents violents. Il est plus efficace de former les agents de sécurité à l'interne. Il faut en placer plus d'un dans l'hôpital. On ne les équipe pas d'une arme à poing, mais d'un bâton.

J'ai demandé à mon expert en sécurité par quels signes on reconnaît un bon gardien de sécurité: par les lignes de son uniforme? Non. Les agents équipés d'un bâton ont reçu plus de formation et sont plus compétents. Il faut travailler avec eux. Il faut placer un peu partout des agents de sécurité bien formés et efficaces. L'hôpital Michael Garron, par exemple, a augmenté son nombre d'agents dès qu'il a placé la sécurité au premier rang de ses priorités. Dans tout l'hôpital, il y avait 29 caméras. Il y en a maintenant 350. On peut observer tous les recoins de cet hôpital. En Nouvelle-Écosse, la région de Bill Casey, un incident grave a eu lieu dans la circonscription du premier ministre, alors je vous garantis que la violence y est devenue la principale priorité.

Elle pourrait le devenir dans toutes vos circonscriptions. Il faut que nous parlions d'assurer la sécurité dans les établissements de santé en formant adéquatement les agents et en collaborant avec l'équipe de soins. Cette équipe englobe tous les fournisseurs de soins, des médecins jusqu'aux préposés aux services de soutien à la personne.

• (1625)

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Mellow, vous avez demandé la parole.

M. Randy Mellow: Je voulais juste dire que je suis tout à fait d'accord avec vous. Il faut tenir les employeurs responsables de la sécurité en milieu de travail. Cependant, il faut aussi que nous nous efforcions tous — et j'espère que les personnes ici présentes seront d'accord avec moi — de les aider à le faire.

Dans le cas des TSPT, par exemple, nous nous sommes unis pour investir dans la recherche afin de mieux comprendre ces troubles et les stratégies d'atténuation. Nous avons élaboré un plan d'action national et nous aurons bientôt un cadre national à cet égard. À mon avis, il faudrait suivre cette même approche pour contrer la violence en milieu de travail.

Dans le cas des TSPT, nous avons collaboré avec l'Association canadienne de normalisation pour élaborer une norme sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. Ce type de norme pourrait aussi s'appliquer à la prévention de la violence, si l'on s'efforce de mieux comprendre ce problème. À mon avis, nous avons l'obligation de soutenir les employeurs avant de leur réclamer des comptes.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant la parole à M. McKinnon.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous d'être venus.

Docteur Drummond, vous avez commencé à mentionner quelque chose en répondant à M. Davies. Je voudrais que vous nous parliez des symptômes médicaux qui entraînent la violence. Vous avez souligné que dans ces cas, l'agression ne serait pas nécessairement criminelle, parce qu'il n'y aurait pas de responsabilité criminelle.

Je crois que tous nos témoins décrivent des milieux de travail qui se situent à différents endroits du continuum. Dans un hôpital, on peut évaluer les symptômes médicaux des patients à la salle d'urgence et peut-être pendant le processus d'admission, mais la situation n'en demeure pas moins dangereuse lorsque ces symptômes déclenchent un comportement violent.

Que pourrions-nous faire pour protéger les travailleurs, les fournisseurs de soins, d'un danger découlant de symptômes médicaux?

Dr Alan Drummond: C'est une excellente question, et je pense que tout cela revient à l'éducation et à la formation, mais il faut que quelqu'un en assume les coûts. Si nous parlons des techniques verbales de désescalade de l'hostilité, de la colère et de l'agressivité, il faut que quelqu'un paie cette formation, que l'on devrait offrir à toutes les infirmières, à tous les médecins et à tous les commis des services d'urgence.

Si la désescalade verbale échoue, il existe d'autres méthodes pour atténuer l'agressivité d'un patient suivant les circonstances, qu'il s'agisse d'un syndrome toxique, de démence ou de délire. On peut administrer des médicaments ou des contraintes chimiques. À mon avis, il serait bon de promouvoir des pratiques exemplaires à appliquer aux différents syndromes toxiques que nous voyons à l'urgence ainsi qu'aux types de médicaments à utiliser en milieu rural et urbain.

Il y a une solution dont nous n'aimons pas parler, mais c'est une réalité: la contrainte physique. À quel point devrait-on accroître l'intensité de l'intervention pour réduire les torts qu'un patient risque de subir?

Nous avons la désescalade verbale, les contraintes chimiques et les contraintes physiques. Il faut que quelqu'un assume les coûts de tous ces niveaux d'éducation. On ne peut pas en faire des occasions uniques. Il faut que ce soit un processus continu de perfectionnement professionnel afin de retenir le personnel. Par conséquent, la priorité que l'administration attribue à la sécurité dans la salle d'urgence doit figurer parmi les principes fondamentaux de l'établissement. Il faut assurer non seulement la sécurité des patients, mais celle du personnel.

Avec tout cela, nous oublions de mentionner les effets qu'a cette violence sur les autres patients qui se trouvent à l'urgence. Vous avez un parent assis avec son enfant qui a mal à l'oreille, et dans la pièce d'à côté, un type qui lance des jurons à tout casser en urinant tout autour de lui. C'est très traumatisant pour les jeunes familles et pour

les proches de personnes âgées qui doivent souvent attendre 24 heures à l'urgence avant qu'un lit d'hôpital se libère. On mène beaucoup d'études sur les effets qu'ont ces incidents sur les infirmières et sur les médecins, mais on n'en effectue pratiquement pas sur les effets qu'a cette violence sur les autres patients qui se trouvent à l'urgence.

M. Ron McKinnon: Merci.

Quelqu'un d'autre voudrait-il répondre à cette question?

Mme Linda Silas: Je suis tout à fait d'accord. Le problème provient aussi du manque de personnel. Il nous faut assez de gens pour prendre soin des malades. En outre, quand la violence découle d'un symptôme médical, il faut des gens adéquatement formés.

M. Ron McKinnon: Vous avez tous souligné que cette violence ne provient pas toujours des patients, mais aussi d'autres personnes ou de proches qui se trouvent là. De quel type de violence s'agit-il? Qu'est-ce qui la déclenche? Ces gens ont-ils des troubles émotionnels ou ont-ils eux aussi des problèmes médicaux?

• (1630)

Dr Alan Drummond: Le service des urgences est extrêmement stressant, et il l'est devenu encore plus. J'ai passé mon temps dans les services d'urgence non seulement pour y travailler, mais aussi avec des membres de ma famille.

L'engorgement des urgences au pays représente le principal problème pour le personnel des urgences, les urgentologues et probablement aussi le personnel infirmier et, dans une certaine mesure, les ambulanciers paramédicaux. Tous les hôpitaux du pays sont engorgés, ce qui signifie que des gens restent allongés sur des civières pendant 8,12,16 et même 28 heures à l'urgence à attendre qu'un lit devienne disponible ou qu'un de leurs proches puisse être traité correctement. Cela entraîne des soins inadéquats à l'urgence comme tel parce que nos infirmières d'urgence sont formées pour faire face aux situations d'urgence. Ce n'est pas vraiment leur travail de s'occuper de la toilette d'une personne de 85 ans allongée sur une civière dans un couloir.

Les personnes âgées reçoivent de mauvais soins, non pas par malveillance, mais simplement en raison de la nature du système. L'état des patients qui arrivent à l'urgence doit toujours être évalué. Si j'étais assis avec mon père âgé dans une urgence à Montréal et que je devais l'accompagner pendant 24 heures dans un couloir trop éclairé, sans aucune intimité, et sans que l'on ne s'occupe de ses soins personnels et de ses besoins humains fondamentaux, je serais fâché, à juste titre. Si j'accompagnais un enfant qui a subi une lacération au visage par suite d'une morsure de chien et que je devais m'asseoir au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario pendant 12 heures en attendant que quelqu'un évalue son état, je serais en colère.

Cette situation, nous la vivons tous les jours. Le problème fondamental, c'est l'engorgement des hôpitaux qui entraîne la congestion des services d'urgence, ce qui donne lieu à des soins de longue durée qui sont tout à fait inacceptables dans notre système de soins de santé, sans compter le fait que le personnel infirmier est en nombre insuffisant et que des ambulanciers paramédicaux doivent laisser leurs patients s'asseoir dans les couloirs en attendant qu'une civière se libère à l'urgence.

S'il existe un problème institutionnel au coeur de tout cela, je crois que c'est bel et bien l'engorgement.

M. Ron McKinnon: Merci.

J'ai le temps de poser une brève question à Mme Silas. Vous avez dit qu'il faudrait munir le personnel de la sécurité d'une matraque. Ne devrions-nous pas leur fournir un pistolet Taser?

Mme Linda Silas: Excusez-moi, pourriez-vous répéter? Je n'ai pas entendu.

M. Ron McKinnon: Vous avez dit qu'il serait important de munir le personnel de sécurité d'une matraque. Je me demandais si un pistolet Taser serait utile, approprié ou contre-indiqué de quelque façon que ce soit.

Mme Linda Silas: Avec tout le respect que je vous dois, comme je suis loin d'être une experte en sécurité, c'est à l'équipe de sécurité de décider. Celle-ci nous a toutefois demandé de signaler certains patients. Nous devons signaler les patients qui ont des antécédents de violence, ceux dont des membres de la famille ont des antécédents de violence. C'est très tabou dans le domaine des soins de santé, vous en conviendrez, parce qu'il est délicat de faire un tel signalement en toute discrétion. Nous signalons les allergies, les patients végétaliens ou végétariens, mais pas ceux qui sont violents ou qui ont des antécédents de violence. Nous devons les traiter comme les autres.

Les employés de la sécurité doivent composer avec les outils dont ils disposent, et leur employeur doit leur fournir ceux dont ils ont besoin.

Le président: D'accord, nous avons terminé.

Nous allons maintenant commencer notre tour de cinq minutes avec M. Lobb.

M. Ben Lobb: Merci beaucoup, monsieur le président.

Il y a beaucoup de choses à discuter, et je pense que les témoins d'aujourd'hui ont soulevé d'excellents points. Monsieur Drummond, vous avez soulevé un bon point au sujet de l'engorgement et nous pensons à la population, je ne sais pas si on peut parler d'une explosion, mais à la croissance de la population dans nos régions urbaines. Vous avez parlé d'Ottawa et comment Ottawa s'est développé au cours des 10 dernières années. Les installations ont-elles vraiment été en mesure de suivre le rythme? Je ne crois pas, si bien que...

Dr Alan Drummond: Ce qui a changé, c'est le pourcentage de personnes âgées, qui est actuellement d'environ 13 % ou 15 %, ceux d'entre nous qui ont plus de 65 ans, *c'est moi*, et qui augmente de sorte que d'ici 2030, environ 30 % de la population sera âgée. Nous ne nous sommes pas préparés à cela.

En fait, avec la restructuration des soins de santé au milieu des années 1990, nous avons réduit d'environ 30 % le nombre de lits de soins actifs dans l'ensemble du pays. Parmi les lits qui restent disponibles, nous avons un taux d'ANS d'environ 15 %, c'est-à-dire le patient qui doit être ailleurs qu'à l'hôpital, mais qui ne peut pas retourner chez lui. Entre le milieu des années 1990 et 2019, nous avons en fait connu une réduction d'environ 45 % du nombre de lits de soins actifs.

Les gens continuent d'arriver, mais ils n'ont nulle part où aller. Nous avons toujours promis de fournir de meilleurs soins de santé préventifs et de soins à domicile. Je peux vous dire que c'est une blague. Comme les gens ne peuvent pas rentrer chez eux, ils finissent par attendre des mois à l'hôpital pour trouver un lit dans une maison de soins infirmiers, ce qui n'existe pas. C'est l'un des problèmes qui causent un engorgement. Ce n'est pas la croissance de la population, c'est l'âge relatif de la population et les ressources sociales insuffisantes pour les personnes âgées.

● (1635)

M. Ben Lobb: Je réfléchissais aux commentaires de M. Davies à savoir si une personne qui donne des coups de poing ou des coups de pied doit être accusée de voies de fait, et ainsi de suite. Je comprends le point de vue de M. Davies, mais je pense que dans l'une des collectivités que je représente à Goderich, il y a un étage pour les soins de santé mentale et il y a probablement deux, trois ou quatre chefs d'accusation qui sont portés tous les jours en raison de coups de pied, de coups de poing, de crachats, de bousculades, et ainsi de suite à l'endroit du personnel. C'est un équilibre délicat, et je pense que nos travailleurs de la santé et que nos médecins en endurent beaucoup; cela ne fait aucun doute. Si vous lisez les nouvelles, vous verrez que les employés des magasins d'alcool sont agressés par des gens qui essaient de se sauver avec de l'alcool qu'ils ont volé. Les employés de dépanneurs et de pharmacies laissent sortir des gens avec des biens volés parce qu'ils ont peur d'être poignardés ou frappés au visage.

Je sais que nous avons toujours eu ces problèmes, mais ils semblent plus fréquents aujourd'hui. Est-ce parce qu'il y a un manque général de respect pour les êtres humains, ou est-ce en raison de la consommation plus répandue de drogues? Nous venons de terminer une étude sur la dépendance à la méthamphétamine en cristaux. Est-ce parce que les gens sont tellement dépendants maintenant qu'ils sont désespérés et qu'ils posent des gestes désespérés? Qu'est-ce que c'est? Je sais que nous avons parlé d'engorgement des hôpitaux, mais ce ne sont pas des gens de l'âge de mon père qui font ces gestes. Est-ce que les toxicomanes sont à la source des problèmes actuellement, ou bien où en sommes-nous?

Dr Alan Drummond: Je pense que c'est un problème plus général. Je pense qu'il y a beaucoup d'iniquité dans les soins de santé; il y a beaucoup de pauvreté; il y a du racisme qui mène à la violence dans l'ensemble de notre collectivité. Une grande partie du dialogue doit porter sur ce que l'on peut faire en milieu hospitalier. Je ne suis pas un libéral, mais mon côté libéral poserait ces questions. Que faisons-nous en amont pour aider les schizophrènes non traités qui n'ont pas accès aux soins de santé mentale dans une collectivité rurale? Que faisons-nous pour les gens qui ont des problèmes de toxicomanie, qui n'ont pas accès aux programmes appropriés pour gérer leur toxicomanie? Que faisons-nous pour aider les personnes désespérées dans le centre-ville? Il faut s'attaquer à ces problèmes, sinon la violence ne disparaîtra pas.

M. Ben Lobb: Cela ne fait aucun doute. Nous n'avons pas besoin de beaucoup nous éloigner du Parlement pour constater les problèmes liés à l'itinérance et à la toxicomanie ici, à Ottawa.

J'ai une dernière question parce que je n'ai plus beaucoup de temps. Ma question s'adresse à Miranda. Combien de préposés aux services de soutien de la personne, ou PSSP, manque-t-il en Ontario ou au Canada? Il doit en manquer des dizaines de milliers, à mon avis. Avez-vous un chiffre?

Mme Miranda Ferrier: Vous savez quoi? Nous sommes la seule association de préposés aux services de soutien au Canada. Nous n'avons que des estimations. En Ontario seulement, nous estimons qu'il y a environ 135 000 préposés aux services de soutien à la personne, dont seulement 52 000 travaillent actuellement. Si vous comparez le grand nombre de préposés en Ontario en comparaison du Nouveau-Brunswick, disons, ce chiffre est beaucoup moins élevé pour les préposés aux services de soutien et les PSSP parce que la province est plus petite. Nous constatons une diminution énorme du nombre de PSSP, un point c'est tout. Partout au Canada, des écoles où l'on formait ces préposés ferment leurs portes. Nous avons dépassé l'état de crise. Nous sommes en grave déficit en ce qui concerne les soins de santé de première ligne au Canada.

M. Ben Lobb: Merci.

Le président: Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président. Je partagerai mon temps de parole avec Doug.

Merci à tous les témoins.

Docteur Drummond, vous avez parlé d'engorgement. Je viens de Brampton-Sud, où il y a 900 000 habitants. C'est la neuvième ville en importance, et nous n'avons qu'un seul hôpital. Il y a encore des compressions dans les soins de santé à l'échelle provinciale. Ce n'est pas acceptable; tout le monde mérite d'être bien soigné. Ma question est la suivante: où voyez-vous le plus d'incidents? Est-ce dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée ou les foyers?

• (1640)

Dr Alan Drummond: Pour le service d'urgence, c'est clair. C'est une question qui préoccupe quotidiennement les régions rurales et urbaines. Les degrés de violence diffèrent. Il y a peut-être une grande différence entre le fait de tirer sur quelqu'un à Cobourg et de jurer contre une infirmière, mais nous avons tous droit à un milieu de travail respectueux et sécuritaire. Il ne s'agit pas de minimiser la violence verbale. J'en fais l'objet plus que ma part. Cela épuise beaucoup de gens. Elles portent leur uniforme d'infirmière, elles vont travailler, elles sont axées sur la collectivité, elles veulent faire du bon travail pour leur collectivité, elles sont là pour servir, elles sont là pour aider, mais elles ne sont pas là pour être le bouc émissaire ou la cible de comportements inacceptables. Cela se produit dans toutes les collectivités.

Mme Sonia Sidhu: Je pense, comme mon collègue l'a dit, que nous devons faire de la recherche pour établir des données nationales. Êtes-vous d'accord avec cela?

Dr Alan Drummond: Le Canada est un pays de recherche, de documents et d'études qui finissent tous par accumuler la poussière dans un classeur quelque part. Le message à retenir ici doit être que, peu importe ce que les études démontrent, à chaque étape du continuum des soins de santé, il doit y avoir une responsabilité institutionnelle à l'égard de la sécurité de nos travailleurs et de nos patients. Pas besoin de recherche.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Doug, c'est à vous.

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup, Sonia.

J'aimerais revenir sur les questions posées par mon ami, M. Davies, au Dr Drummond.

Je suis un libéral à l'âme sensible et s'il y a quelque chose...

Dr Alan Drummond: Je n'ai pas parlé d'« âme sensible ».

M. Doug Eyolfson: En fait, je suis plus libéral que M. Davies à ce sujet.

Je ne suis en général pas enclin à porter des accusations criminelles. Dans l'agression dont je parle, où ma tête a presque défoncé un mur, le patient était très clairement en psychose grave. On a appelé la police parce que l'incident se poursuivait, mais j'ai dit à la police dans ma déclaration que je n'étais pas enclin à porter des accusations. Cet homme a besoin d'un hôpital, il est venu à l'hôpital pour se faire traiter — point final.

Pour ce qui est de la présence de la police, serait-il utile — et Mme Silas pourrait également vous donner son avis à ce sujet — que des agents soient présents simplement pour assurer la protection, étant donné qu'ils sont très bien formés et qu'ils peuvent aider à faire face à une situation dangereuse davantage qu'un gardien de sécurité? Y aurait-il un rôle à jouer à cet égard, davantage du point de vue de la prévention?

Dr Alan Drummond: Je ne travaille pas dans les collectivités urbaines — je l'ai déjà fait —, mais il y a un sous-ensemble de la population qui craint quelqu'un qui porte un uniforme de police. Ce n'est peut-être pas le meilleur choix pour un service de sécurité en milieu hospitalier.

M. Doug Eyolfson: Merci.

J'ai un commentaire pour M. Mellow. Il est intéressant que vous ayez dit que vous n'avez pas le droit d'attendre que la police intervienne à moins que vous soyez certain d'un danger.

S'agit-il d'un protocole à l'échelle de la province ou est-ce propre à votre région?

M. Randy Mellow: C'est un problème en Ontario. Nous avons fait des progrès, comme mon collègue l'a mentionné, pour ce qui est de pouvoir signaler certains résidents...

M. Doug Eyolfson: Appliquez-vous les protocoles MPDS?

M. Randy Mellow: Non.

M. Doug Eyolfson: D'accord, c'est là le problème.

Il s'agit d'un système de répartition prioritaire des soins médicaux. Outre mon emploi de directeur des SMU, j'ai été directeur médical du centre de répartition des ambulances du Manitoba pendant six ans. Le MPDS est une norme reconnue internationalement pour la répartition des ambulances.

Vous voudrez peut-être en parler à vos supérieurs, car il y a un mécanisme implicite qui va dans le sens contraire de ce que vous dites. S'il y a le moindre doute, les équipes sont obligées d'attendre que les forces de l'ordre viennent assurer la sécurité.

Donc, si vous faites le contraire, je dirais que quelque chose dans votre système expose les ambulanciers paramédicaux à des blessures.

M. Randy Mellow: L'Ontario se déplace à la vitesse d'un glacier dans ce domaine.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Le président: Nous pourrions peut-être vous aider.

Merci beaucoup.

Nous cédon maintenant la parole à Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Merci, monsieur le président.

Je vais commencer par les changements d'infrastructure qui pourraient contribuer à régler ce problème. Je viens d'une collectivité à la fois urbaine et rurale et je constate que, dans les collectivités rurales partout au pays, l'infrastructure hospitalière n'a pas été bien entretenue parce qu'il y a si peu d'argent dans le système. En plus des pannes électriques et mécaniques qui peuvent en résulter, il est probablement irréaliste de penser convertir une salle d'urgence de façon à pouvoir assurer un confinement, un point d'entrée unique et tout le reste.

Avons-nous une idée du coût typique de la conversion à une telle pratique exemplaire?

• (1645)

Dr Alan Drummond: Non.

Mme Marilyn Gladu: Cela ne me surprend pas.

Parlons un peu des établissements de soins de longue durée, parce que nous en avons besoin de plus et qu'ils en construisent davantage, mais le problème avec les gens et la population vieillissante, c'est que de plus en plus, les gens vivent assez longtemps pour être atteints de démence. Maintenant, il existe un tas d'établissements de soins de longue durée où résident de nombreuses personnes atteintes de démence et à qui il arrive fréquemment de ne plus savoir où elles se trouvent ou de réagir violemment à la situation dans laquelle elles se trouvent.

Quelles sont les recommandations quant à la façon de doter en personnel ces établissements afin de protéger la sécurité des patients et des travailleurs?

Miranda, nous pourrions peut-être commencer par vous. Avez-vous une idée de ce que nous devrions faire à cet égard?

Mme Miranda Ferrier: J'ai beaucoup d'idées.

En fait, j'ai travaillé à l'unité de confinement d'un établissement de soins de longue durée — je suis spécialisée en santé mentale et en démence — et une vieille dame d'à peine 80 livres m'a cassé le nez et m'a projetée de l'autre côté de la pièce. J'étais seule pendant un quart de nuit, et j'étais la seule employée pour 32 résidents. Le public, en général, croit que la nuit, les gens dorment. Malheureusement, il y a ce qu'on appelle le syndrome des états crépusculaires. Cela se produit chez les gens qui sont atteints de démence. Pendant un quart de nuit, dans une unité de confinement en soins de longue durée, au moins la moitié des résidents sont éveillés, errent dans les couloirs et ont des comportements difficiles à gérer.

Ce qu'il faut vraiment examiner, c'est l'augmentation des ratios de personnel pour le quart de nuit. À l'heure actuelle, partout en Ontario — je peux aussi parler pour le Nouveau-Brunswick et un certain nombre d'autres provinces —, il y a un préposé aux services de soutien à la personne ou un auxiliaire en soins de santé — peu importe comment on les appelle maintenant — pour jusqu'à 50 résidents dans une unité de confinement. Il y a une infirmière. Vous avez de la chance si elle ou il est dans l'unité de confinement avec vous tout le temps, parce qu'ils ont fort à faire. Les catastrophes sont inévitables, et elles se produisent effectivement dans différentes situations.

Mme Marilyn Gladu: Quelqu'un d'autre veut-il intervenir à ce sujet?

Mme Linda Silas: Je suis entièrement d'accord avec ce que nous venons d'entendre.

Mme Marilyn Gladu: Bien.

J'ai aimé votre idée, madame Silas, au sujet de la signalisation pour dissuader les gens et leur faire savoir que s'ils s'attaquent à un

travailleur de la santé, ils devront en subir les conséquences. Les gens oublient où ils sont. Ils oublient qu'ils commettent de véritables attaques et qu'ils devront en assumer les conséquences.

Mme Linda Silas: Nous devons déresponsabiliser les travailleurs de la santé. Si un travailleur de la santé ou une infirmière subit une blessure en raison d'un acte de violence et que le patient ou un membre de sa famille, quiconque l'attaque — l'accusé — brise du matériel de l'hôpital, l'hôpital portera une accusation contre lui pour se faire rembourser le matériel de l'hôpital, mais il n'aidera pas le travailleur de la santé à porter une accusation.

Je dis toujours qu'une personne qui n'est ni avocate, ni criminaliste ne devrait pas avoir à décider si des accusations criminelles doivent être portées. Ces accusations devraient être automatiques, à moins que le tribunal ne décide autrement. Ce n'est pas une question de diagnostic. Le diagnostic exige une dotation en personnel sécuritaire et la formation qui s'impose. C'est ainsi que nous prenons soin des malades. Si cela ne fonctionne pas, c'est un dossier criminel.

Mme Marilyn Gladu: Avez-vous une brève question, Len?

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Oui, j'aimerais poser une question rapidement.

Monsieur Mellow, est-il courant que les ambulanciers paramédicaux soient jumelés à un partenaire au travail un peu partout au pays?

M. Randy Mellow: Oui, ils ont le plus souvent un partenaire au travail.

M. Len Webber: Madame Ferrier, ces préposés aux services de soutien de la personne, ce n'est qu'une personne dans un foyer, la plupart du temps. Je n'ai pas bien entendu leur nombre, mais je vous vois hocher la tête en signe d'approbation. Je sais que vous êtes à court de préposés, mais je pense qu'il faudrait envisager de jumeler les préposés à un partenaire au travail dans ces foyers. Qu'en pensez-vous?

Mme Miranda Ferrier: Tout à fait. Je pense que cela attirerait plus de gens dans le domaine.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à M. Ouellette.

M. Robert-Falcon Ouellette (Winnipeg-Centre, Lib.): Merci beaucoup de votre témoignage.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le sexe de la personne joue un rôle important dans les soins de santé comme facteur de risque de violence en milieu de travail. Une grande partie des employés du secteur de la santé sont des femmes. De plus, les femmes ont tendance à se concentrer dans certains des emplois les moins bien rémunérés et les emplois de moindre statut dans le secteur. Comme elles n'ont pas de pouvoir et d'autorité dans leurs postes, elles risquent davantage d'être victimes de violence, y compris d'infractions sexuelles. Pourriez-vous décrire le rôle que le sexe d'une personne pourrait jouer dans le risque de violence contre les travailleurs de la santé?

•(1650)

Mme Linda Silas: Merci d'avoir soulevé la conclusion de l'Organisation mondiale de la santé, mais aussi, en juin, l'OIT, l'Organisation internationale du travail organise un congrès sur la violence en milieu de travail, et sur les travailleurs de la santé, et une analyse comparative entre les sexes est utilisée. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les syndicats et les employeurs y seront pour en discuter. C'est un problème. C'est aussi un problème dans le domaine de la santé, parce qu'encore aujourd'hui, 90 % des travailleurs de la santé sont des femmes, et il y a ce devoir de compassion — un facteur de culpabilité supplémentaire — qui est imposé à ces femmes.

Comme Mme-Ferrier l'a dit, peu importe qu'il s'agisse d'un foyer, d'un établissement de soins de longue durée ou de soins actifs, si vous travaillez seule et que vous êtes une femme, vous êtes dans une situation plus dangereuse. Espérons que lors du congrès qui aura lieu en juin avec l'OIT et le gouvernement canadien...

M. Robert-Falcon Ouellette: Dans quelle mesure la race et le fait d'être une femme — par exemple, être Philippine, petite, infirmière...? Ces femmes sont-elles plus à risque de subir de la violence qu'un homme gros et grand?

Mme Linda Silas: Bien sûr. Comme partout ailleurs dans la société, lorsqu'on est racialisé, c'est encore plus dangereux. C'est malheureusement la discrimination qui existe partout. Dans le domaine des soins à domicile, c'est là que vont beaucoup d'infirmières de toutes les catégories parce qu'elles n'ont pas trouvé d'emploi dans le secteur des soins actifs. Elles vont travailler seules dans le domaine des soins à domicile, et les résultats sont désastreux, d'après ce que nous entendons dire.

Miranda pourrait vous raconter encore plus d'histoires d'horreur.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je partagerai mon temps de parole avec Mme Damoff.

Mme Pam Damoff (Oakville-Nord—Burlington, Lib.): Merci, Robert.

Chef Mellow, vous avez mentionné notre travail au sujet des blessures de stress post-traumatique, et j'y participe depuis le début. J'ai été frappée par le fait que beaucoup des choses dont nous avons parlé relèvent en fait des provinces et sont financées par les provinces.

Pour ce qui est de la violence faite aux travailleurs de la santé — Monsieur Drummond, vous avez parlé de formation —, y a-t-il une formation standard qui pourrait être offerte aux travailleurs de la santé? Pourrions-nous avoir un rôle à jouer, d'abord pour sensibiliser les gens, mais aussi pour être en mesure d'offrir la meilleure formation possible aux travailleurs de la santé? Je sais qu'à Halton, il y a un programme appelé COAST, dans le cadre duquel des travailleurs en santé mentale travaillent avec la police. Ils sont spécialement formés pour traiter des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales, et ce partenariat a permis de réduire sensiblement le nombre de blessures subies par les policiers.

Je vous demande à tous, en fait, de voir si nous pourrions avoir un rôle à jouer dans la création de ce cadre et des pratiques exemplaires.

M. Randy Mellow: Je pourrais commencer brièvement. Mes collègues ne seront peut-être pas d'accord, mais on m'accuse parfois d'être paralysé par le besoin de preuves. Des hypothèses fantastiques ont été avancées, et nous y avons répondu de façon anecdotique. Il faut arrêter cela. Nous avons besoin de recherches concrètes sur ce qui... Où est la prévalence? Quelles sont les bonnes stratégies

d'atténuation? Qui sont les différents groupes cibles? Qui est le plus vulnérable? Nous avons besoin d'un peu plus de preuves à ce sujet.

Je ne pense pas que nous devrions arrêter nos interventions, pas plus que nous le faisons en santé mentale. Nous devons poursuivre avec certains de ces programmes que nous menons concernant la reconnaissance de la violence, la désescalade, le désengagement tactique, s'il y a lieu, des programmes comme la protection des patients et des travailleurs grâce à une forme de soutien, comme nous en avons parlé plus tôt — des contraintes chimiques et ce genre de choses. Nous devons mettre en place certaines de ces mesures maintenant, mais nous ne pouvons pas le faire sans avoir des preuves suffisantes. Nous devons faire plus de recherche, et je pense que c'est le rôle que ce groupe pourrait appuyer.

Mme Pam Damoff: Quelqu'un veut ajouter quelque chose?

Mme Linda Silas: Oui. Nous avons besoin de données, et c'est l'une de nos recommandations, mais nous ne pouvons pas attendre. J'ai constaté une augmentation de 1 200 % des incidents violents à Winnipeg. Désolée, mais nous ne pouvons pas attendre. Ce que le gouvernement fédéral peut faire, c'est promouvoir les pratiques exemplaires. Elles existent, comme je l'ai mentionné, à l'hôpital Michael Garron. Elles sont transférées ici à l'Hôpital d'Ottawa grâce à un champion, M. Kitts, le président et chef de la direction. Il a vu ce qui se passait, est allé là-bas et a dit que c'était une question de formation, de dotation et de sécurité. Les trois vont de pair, et on change les façons de faire à Ottawa. Nous avons d'autres exemples.

Le gouvernement fédéral peut transmettre ces pratiques exemplaires et, oui, faire l'analyse des données et présenter les preuves.

•(1655)

Le président: Merci beaucoup. Le temps est écoulé.

Nous passons maintenant à M. Davies.

M. Don Davies: Eh bien, cela fait 11 ans que je suis au Parlement comme député néo-démocrate, et je n'ai jamais été la personne la plus conservatrice dans la salle avant...

Des voix: Oh, oh!

M. Don Davies: ... alors j'essaie de comprendre, mais je me suis mal exprimé.

Je tiens à apporter une précision. Je ne veux certainement pas laisser entendre qu'une personne âgée qui est manifestement atteinte de démence et qui frappe quelqu'un devrait faire l'objet d'accusations criminelles. Bien sûr, ce n'est pas ce que je veux dire. Ce que je voulais dire, c'est qu'avec la présence d'un agent de police, la capacité d'intervenir immédiatement pourrait, selon moi, être améliorée. Je fais confiance aux professionnels de la santé pour faire la distinction entre ces situations et celles où il y aura des comptes à rendre.

Cela m'amène à une question, et je me demande si vous pourriez m'aider. Selon vos estimations, quel pourcentage des gestes de violence dans le milieu de la santé sont commis par des personnes qui ne sont pas légitimement responsables, par rapport à celles qui pourraient l'être?

Dr Alan Drummond: Comme je n'aime pas les suppositions, je ne ferai pas d'estimations.

M. Don Davies: Y a-t-il des données selon vous?

Dr Alan Drummond: Pas à ma connaissance, en fait. Ce que je dirais, c'est qu'il y a un sous-ensemble de personnes qui commettent des gestes de violence, ou qui y participent, et cela correspond probablement à leur vision du monde.

La violence des gangs constitue malheureusement un grave problème au Canada, et lorsque la violence des gangs est transposée à l'urgence, vous devenez une cible tout à fait légitime de poursuites judiciaires. Lorsque vous êtes l'être cher de quelqu'un qui est présent à l'urgence et que vous frappez un membre du personnel, vous n'avez pas l'excuse d'être en psychose.

Il y a, bien sûr, un sous-ensemble de la population qui bénéficierait de cette approche.

M. Don Davies: Madame Silas, avez-vous quelque chose à dire pour nous aider à comprendre?

Mme Linda Silas: Non. Ce ne serait vraiment que des suppositions. Il y a des histoires d'horreur des deux côtés, des patients, des membres de la famille et des amis, ainsi que des collègues. Nous avons simplement besoin de plus de données.

M. Don Davies: J'allais justement dire cela. Il me semble que nous avons vraiment besoin de ces données, car il est très difficile de prévenir la violence commise par des gens qui n'ont pas de comptes à rendre. Cela va arriver. Je pense que nous avons besoin de stratégies différentes pour atténuer ce problème par rapport à quelqu'un comme un membre de la famille qui laisse libre cours à sa frustration s'et qui frappe ou bouscule une infirmière ou menace quelqu'un dans la rue.

Dans un hôpital, y a-t-il une différence? La prédominance de la violence se produit-elle dans les salles d'urgence ou dans les unités? Dans l'affirmative, y a-t-il des secteurs en particulier où il y a davantage de violence? Est-ce davantage dans les foyers de soins prolongés ou dans la rue? Avons-nous une idée générale des endroits où cette violence se produit?

Dr Alan Drummond: Oui. Il existe une bonne documentation sur la violence. Les trois principales sources de violence dans le secteur hospitalier sont le service d'urgence, l'unité gériatrique et l'unité des soins psychiatriques. Ce sont ces trois secteurs qui sont les plus touchés.

Mme Linda Silas: Oui, et le nouveau et le prochain sur la liste est celui des soins à domicile.

M. Don Davies: Monsieur Mellow, je vous laisse le dernier mot. Je n'ai plus que trois minutes.

Vos membres sont dans la rue, alors le milieu de travail est très différent. Quelles suggestions concrètes aimeriez-vous voir mises en œuvre pour que ces ambulanciers puissent profiter d'un milieu de travail plus sécuritaire et plus sain?

M. Randy Mellow: Encore une fois, nous sommes dans la rue, mais ce n'est pas si différent des autres travailleurs qui font des visites à domicile. C'est même très semblable.

Nous avons besoin de soutien dans tout ce continuum pour comprendre comment reconnaître et désamorcer les situations de conflit potentiel et protéger les personnes au besoin. Il faut que le public comprenne. Nous devons faire passer ce message.

Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, nous devons aider les employeurs à prendre les mesures de sécurité nécessaires, mais nous devons aussi réduire la stigmatisation et donner à nos travailleurs les moyens de se défendre et de signaler ces incidents. Nous avons besoin d'un engagement ferme de la part des employeurs et de la part de la collectivité afin de pouvoir tenter des poursuites lorsqu'il y a lieu de le faire.

Nous comprenons que la majorité des incidents ne sont pas attribuables à des comportements extrêmes. La majorité d'entre eux sont peut-être liés à un autre problème d'ordre médical. La plupart des cas de violence verbale et d'intimidation sont flagrants et nous devons faire comprendre que ce n'est pas acceptable, et appuyer nos travailleurs et nos employeurs pour y mettre fin.

● (1700)

Le président: Le temps est écoulé.

Je tiens à dire, au nom du comité, que je ne peux imaginer personne qui aurait pu mieux définir ce défi que vous quatre. Vous avez très bien expliqué le problème. C'est la première réunion que nous tenons sur cette question, mais je sais, de mon point de vue, que le problème est plus répandu et plus sérieux que je ne le croyais.

Merci à tous pour ce que vous avez fait.

Madame Ferrier, je sais qu'il est difficile de faire ce que vous avez fait, en vidéoconférence, mais vous vous en êtes très bien tirée. Merci beaucoup.

Mme Miranda Ferrier: Merci.

Le président: Chef Mellow, nous avons accueilli ici des ambulanciers paramédicaux lorsque nous avons mené un examen des troubles de stress post-traumatique, et nous ne sommes pas près d'oublier leurs histoires.

Quoi qu'il en soit, merci beaucoup à vous tous de nous avoir aidés. Il s'agit de la première réunion et il nous en reste trois. Nous en apprendrons beaucoup d'ici à ce que nous ayons terminé, mais vous nous avez donné un bon départ.

Nous allons suspendre la séance pendant quelques minutes.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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