



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

INAN • NUMÉRO 013 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 10 mai 2016

Président

M. Andy Fillmore

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le mardi 10 mai 2016

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Andy Fillmore (Halifax, Lib.)): Comme tout le monde semble présent, la séance est ouverte, même si nous sommes en avance de quelques minutes. Nous aurons ainsi plus de temps à notre disposition.

Bienvenue à tous. Merci d'être ici. Nous allons entendre, dans la première heure, les représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Au nom du Comité, je tiens à souhaiter la bienvenue à son sous-ministre adjoint principal, M. Sony Perron; au sous-ministre adjoint des Opérations régionales, M. Keith Conn; au directeur général des Services de santé non assurés, M. Scott Doidge; au directeur exécutif, Bureau de santé de la population et santé publique, M. Tom Wong; à la directrice de la Division des systèmes de soins de santé primaires, Mme Leila Gillis. Merci à vous tous de nous accorder votre temps.

Notre séance a lieu en territoire algonquin non cédé, comme nous le reconnaissons toujours.

Je suis heureux de vous accorder 10 minutes pour votre exposé. Vous êtes libres de répartir ce temps entre vous. Entendrons-nous plus d'un porte-parole?

M. Sony Perron (sous-ministre adjoint principal, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Il y en aura un.

Le président: Seulement un. D'accord.

Sans plus attendre, commençons. Vous avez la parole. Merci.

M. Sony Perron: Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie d'avoir invité la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à cette séance d'information sur les programmes de santé pour les Premières Nations et les Inuits.

Santé Canada tient à donner aux membres des collectivités amérindiennes et inuites toute une gamme de programmes et de services de santé qui correspondent à leurs besoins. L'objectif global est d'améliorer leur état de santé.

[Français]

Comme vous le savez peut-être, les populations des Premières Nations et des Inuits font face à d'importants défis sanitaires. Comparativement à l'ensemble de la population canadienne, ils ont une espérance de vie inférieure, des taux plus élevés de maladies chroniques et de maladies transmissibles, ainsi que des taux plus élevés de mortalité et de suicide.

Ils sont confrontés également à de plus grands défis sur le plan des déterminants sociaux et de la santé, comme des taux de chômage élevés, un niveau de scolarité moins élevé et des taux élevés de surpeuplement dans les maisons.

[Traduction]

De plus, les Premières Nations et les Inuits ont un lourd héritage historique à liquider, par exemple le colonialisme, l'acculturation et la souffrance de plusieurs générations, du fait des pensionnats indiens.

Le système de santé des Premières Nations et des Inuits est complexe. Les provinces et les territoires offrent des programmes d'hospitalisation, d'examen médical et de santé publique à tous les Canadiens, y compris aux Amérindiens et aux Inuits, mais il n'exploite pas de système de santé dans la plupart des réserves. Pour aider les Premières Nations et les Inuits à atteindre un niveau global de santé comparable à celui des autres Canadiens, Santé Canada finance ou fournit une gamme de programmes et de services de santé aux communautés amérindiennes et inuites.

Dans ce contexte, il collabore avec ses partenaires amérindiens, inuits, provinciaux et territoriaux pour fournir des programmes et des services efficaces, durables et culturellement adaptés, pour améliorer la santé et assurer un meilleur contrôle du système de santé par les Premières Nations et les Inuits.

À cette fin, Santé Canada investit plus de 2,5 milliards de dollars chaque année dans la santé des Premières Nations et des Inuits pour renforcer les programmes et services fournis par les provinces et les territoires. C'est plus de 840 millions pour les soins de santé primaires et la santé publique dans les réserves et un milliard pour la prestation de services de santé. C'est aussi plus de 440 millions, cette année, pour l'initiative tripartite de la Colombie-Britannique, une première innovante dans le domaine de la santé des Premières Nations, entrée en vigueur en octobre 2011, lorsque les Premières Nations de la Colombie-Britannique, la province et Santé Canada ont signé l'accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations.

On affecte aussi 240 millions à l'appui de l'infrastructure de la santé, qui favorise, chez les Premières Nations et les Inuits, la capacité de concevoir, de gérer et d'exécuter leurs propres programmes et services de santé tout en appuyant l'innovation, l'intégration et les partenariats dans les services de santé.

Santé Canada finance cinq éléments clés d'appui à la santé chez les Premières Nations et les Inuits: les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, les programmes de protection publique, les services de soins primaires, les services de santé complémentaires et l'appui à l'infrastructure de la santé.

Pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, Santé Canada finance des programmes en ce sens axés sur les communautés pour favoriser le mieux-être mental, le développement des enfants en santé et un mode de vie sain.

On finance, grâce à toute une gamme de programmes, les services visant la promotion de la santé mentale, l'appui aux toxicomanes, la prévention du suicide et l'aide psychosociale, par exemple le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, Grandir ensemble, Pour des communautés en bonne santé et la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Pour le développement des enfants en santé, on favorise, chez les enfants, un meilleur départ dans la vie grâce à des programmes comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme de soins de santé maternelle et infantile.

Dans le cadre de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens, Santé Canada finance aussi et fournit des services d'appui à la santé aux anciens pensionnaires amérindiens et à leurs familles, pour qu'ils puissent résoudre sans danger une large gamme de problèmes de mieux-être découlant de la fréquentation de ces pensionnats.

Pour la protection de la santé, le ministère offre des programmes de protection de la santé publique, y compris de lutte contre les maladies transmissibles, la surveillance de l'eau potable et des eaux usées ainsi que l'inspection, par les services de l'environnement et de la santé publique, des installations et des logements dans les réserves. À cet égard, les services sont fournis par des employés de Santé Canada ou des Premières Nations.

Pour les soins primaires de santé, Santé Canada appuie l'accès aux services de ces soins dans 80 communautés amérindiennes éloignées et isolées, où l'accès aux services de la province est limité. On poursuit les efforts pour améliorer l'intervention d'équipes pluridisciplinaires, accroître le nombre d'infirmières de Santé Canada, y compris d'infirmières praticiennes et augmenter l'accès aux services d'un médecin.

Santé Canada prodigue des soins primaires dans 52 communautés des Premières Nations, tandis que, dans le reste des communautés, ces services relèvent entièrement des Premières Nations.

Grâce à des programmes de soins à domicile et en milieu communautaire, Santé Canada appuie les soins infirmiers à domicile, les soins de relève, l'évaluation des clients et les soins personnels ou le soutien à domicile dans plus de 500 communautés amérindiennes et inuites. La plupart de ces services sont fournis par des professionnels de la santé employés par les communautés des Premières Nations.

● (1535)

Comme je l'ai dit, Santé Canada fournit des services de santé complémentaires. Il subvient à l'un des plus importants programmes de soins de santé au pays et il assure une couverture de produits et services médicalement nécessaires à plus de 824 000 Amérindiens et Inuits admissibles.

Le Programme des services de santé non assurés couvre différents types de soins en sus des services habituellement fournis par l'entremise des provinces, des territoires et des assureurs privés. Il couvre ainsi les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les soins dentaires, le transport pour raison médicale, les fournitures et l'équipement médicaux, les soins de la vue et l'aide en santé mentale.

Le Programme des services de santé non assurés n'impose pas de quote-part ni de franchise et il encourage les fournisseurs de soins de santé à facturer directement le programme, pour que les clients n'aient rien à déboursier de leur poche.

Ce programme fournit une importante couverture pour le transport pour raison médicale aux soins de santé. En 2014-2015,

125 000 clients ont bénéficié de ce transport, dans plus de 300 000 déplacements. La couverture de transport pour raison médicale comprend le transport d'urgence et le transport pour accéder à des soins médicaux, par exemple rendez-vous avec le médecin, soins hospitaliers, diagnostics, traitements médicaux, traitements contre l'alcoolisme et les toxicomanies aux solvants et aux drogues et traitements de désintoxication; guérisseurs traditionnels; rendez-vous pour soins de la vue et soins dentaires; aide en santé mentale.

En soins dentaires, le programme offre aux Amérindiens et aux Inuits admissibles une couverture pour diagnostics, soins de prévention, restauration, endodontie, périodontie, prothèses dentaires amovibles, chirurgie buccale et orthodontie.

[Français]

Santé Canada fournit également du soutien à l'infrastructure d'établissements de santé à travers le pays, soit 700 établissements. Cela permet d'appuyer la prestation de services et d'aider les Premières Nations dans l'agrément des services de santé, le déploiement de technologies de cybersanté, les ressources humaines en santé autochtone et l'intégration des services.

Santé Canada n'agit pas seul. Les Premières Nations et les Inuits assument eux aussi divers niveaux de responsabilité pour diriger, gérer et offrir une foule de services de santé financés par le gouvernement fédéral.

Les efforts visant à aider les Premières Nations et les Inuits dans leur désir d'influencer, de gérer et de contrôler les programmes et les services de santé qui les touchent continuent d'être essentiels pour améliorer les résultats en matière de santé et accroître l'accès aux services et aux programmes de santé dont ils ont besoin. Cette approche a été motivée non seulement par le désir de donner une plus grande autonomie aux Premières Nations et aux Inuits à l'égard des questions pouvant améliorer leur santé, mais également par les preuves qu'un meilleur contrôle peut améliorer les résultats en matière de santé et rendre les activités de santé publique plus efficaces et respectueuses de la culture.

La majorité des programmes de santé ont été transférés à plus de 400 communautés des Premières Nations, et ce, à divers degrés. Certaines communautés des Premières Nations reçoivent du financement pour concevoir et offrir des services autonomes de santé qui répondent à leurs besoins, tandis que d'autres travaillent avec Santé Canada à l'élaboration de plans de santé communautaires pour modeler les programmes à leurs besoins en matière de services de santé. Enfin, dans quelques communautés, le personnel de Santé Canada assure la prestation des services de santé conjointement avec les équipes de santé locales.

Nous avons réalisé d'importants progrès dans l'intégration des services de santé au cours des 10 dernières années. Dans de nombreuses régions, nous voyons des exemples où plus de médecins sont présents dans les communautés et où le continuum des services de santé offerts à l'intérieur et à l'extérieur s'est amélioré grâce à des ententes de collaboration. Ces efforts ont permis d'obtenir de meilleurs résultats et de mettre en place une approche plus axée sur le patient, malgré la complexité du système.

Les organisations nationales sont consultées régulièrement et les deux principales associations nationales chargées de représenter les Premières Nations et les Inuits sont présentes à la table de gestion de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Des tables de cogestion et des tables tripartites existent dans la majorité des régions du pays pour tenir des discussions officielles avec les partenaires provinciaux et territoriaux et les partenaires des Premières Nations et des Inuits, afin de faire progresser les priorités communes et de régler les enjeux systémiques.

Je voudrais vous parler brièvement des quelques priorités qui nous préoccupent.

[Traduction]

Comme vous le savez, les Amérindiens et les Inuits sont plus susceptibles de souffrir de problèmes complexes de toxicomanie et de santé mentale. Nous avons collaboré avec l'Assemblée des Premières Nations, l'APN, ces quelques dernières années, pour élaborer le cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Ce cadre a été avalisé et publié par l'APN en janvier 2015, et sa mise en oeuvre est en cours avec des partenaires des Premières Nations aux échelons régional et national.

Santé Canada participera aussi à l'approche pangouvernementale visant à répondre à la demande d'action lancée par la Commission de vérité et de réconciliation. Nous collaborons aussi avec l'APN à un examen commun du Programme des services de santé non assurés. Il s'agit d'un examen de chacun des services avec l'APN, pour discuter de l'amélioration des programmes et des services de santé.

Je tiens à remercier le comité de son invitation. Nous serons heureux de répondre à ses questions.

• (1540)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Perron ainsi qu'à vos collègues. Je sais que 10 minutes, c'est vite écoulé, et si vous voulez nous en dire plus aujourd'hui, vous trouverez bien le moyen de nous glisser ces renseignements dans les réponses à nos questions.

Nous passons à une série de questions d'une durée de sept minutes par intervenant, et le premier est Michael McLeod.

M. Michael McLeod (Territoires du Nord-Ouest, Lib.): Je vous remercie d'être tous ici. Les soins de santé préoccupent tous les Canadiens. Je viens des Territoires du Nord-Ouest où, dans tout le Nord, nous avons certainement notre part de problèmes. Sur un vaste territoire, on trouve 33 communautés qui se démènent pour qu'on y fournisse des services. Il est très rare de voir deux fois le médecin dans les communautés. Même les infirmières, des temporaires pour la plupart, viennent pour une courte période, puis repartent.

Environ 70 % du budget du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest est affecté à l'enveloppe sociale. Une grande partie est consacrée à la santé. Chez la population autochtone, certains sont bénéficiaires de soins de santé non assurés, tandis que les Métis bénéficient d'un programme financé par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Ce gouvernement supporte donc de lourdes charges. Il lui est vraiment très difficile de fournir des soins de santé aux Autochtones.

Je suis très curieux de savoir comment sont calculés les soins de santé non assurés. Les Territoires du Nord-Ouest reçoivent un montant fixe annuel. Je ne suis pas sûr si ce montant a augmenté au fil du temps, mais je sais que le gouvernement dépense en gros trois fois ce qu'il reçoit, parce que le gouvernement fédéral, jusqu'ici, n'a pas été désireux d'éponger les coûts réels. Il semble exister une formule qui ne mesure pas vraiment les besoins des Premières Nations en matière de santé.

Ma première question concerne ce point, puis les besoins réels des peuples autochtones des Territoires du Nord-Ouest. Nous n'avons pas non plus de centres de traitement. Les toxicomanies sont donc un problème. La santé en est un. Le délestage vers le gouvernement du territoire en est un autre.

Peut-être pourriez-vous simplement nous en parler un peu, puis je poserai ma prochaine question.

M. Sony Perron: Brossons rapidement un historique. Il y a une vingtaine d'années, le gouvernement fédéral et celui du territoire ont conclu une entente sur le transfert de la responsabilité des services de soins de santé primaires au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits ne fournit pas, dans ce territoire, de services de santé communautaires. Nous avons un accord avec le gouvernement pour les fournir, conformément à un accord pluriannuel, en finançant les programmes de santé publics, par exemple les services de soins à domicile, la santé maternelle et infantile, ce genre de programmes. Nous avons un accord principal avec le gouvernement du territoire pour le financement de ces programmes. Une partie de ces ressources passe directement du gouvernement du territoire à la communauté. C'est ce gouvernement qui a la responsabilité première des soins de santé. Pas Santé Canada.

Là où nous intervenons aussi, c'est pour les Amérindiens ou les Inuits vivant dans les Territoires du Nord-Ouest et bénéficiant de la couverture du Programme des soins de santé non assurés. La gestion et le financement des médicaments, soins dentaires, fournitures et l'équipement médicaux, soins de la vue sont totalement pris en charge par Santé Canada. Nous payons l'intégralité des coûts de ces soins pour le client des Territoires du Nord-Ouest comme de partout ailleurs au Canada.

Pour le transport pour raison médicale, nous collaborons avec le gouvernement du territoire pour payer notre part des coûts pour le client amérindien. Vous avez parlé des Métis. Les Métis ne sont pas admissibles aux soins non assurés. Ce programme, pour le moment, s'adresse par définition aux Inuits ou aux Amérindiens.

Nous avons aussi un accord de financement territorial pour compléter le financement accordé au gouvernement du territoire, pour l'aider à payer les coûts du système de santé. Dans ce cas-là, il existe une enveloppe — que je ne parviens pas à chiffrer exactement, j'en suis désolé — pour le transport pour raison médicale. Le gouvernement du territoire reçoit une enveloppe supplémentaire pour payer le coût de ce transport dans le territoire, parce qu'on sait que le coût du transport, dans le territoire, pour le client qui veut recevoir les soins nécessaires est assez élevé.

Donc, en plus du transfert principal, il existe une enveloppe annuelle, que reçoit le gouvernement du territoire, pour l'aider à payer les coûts du transport pour raison médicale.

• (1545)

M. Michael McLeod: Je connais très bien l'entente avec le gouvernement territorial. J'ai été ministre au sein du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest pendant 12 ans.

Nous pouvons peut-être entrer dans les détails. Je sais très bien que les Métis sont exclus. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest en a pris la responsabilité.

Étant donné que je n'ai pas beaucoup de temps, je vais seulement poser deux questions. Premièrement, compte tenu de la décision de la Cour suprême dans l'affaire Daniels pouvez-vous nous donner une idée de ce qu'on prévoit faire pour inclure les Métis dans le Programme des services de santé non assurés?

Ma deuxième question concerne les appels à l'action qui figurent dans le rapport de la Commission de vérité et réconciliation, où il est écrit que nous devrions:

...fournir un financement à long terme pour les besoins des centres autochtones, nouveaux et de longue date, voués au traitement de problèmes de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle avec lesquels doivent composer les Autochtones et qui découlent de leur expérience dans les pensionnats, et veiller à accorder la priorité au financement de tels centres de traitement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

J'aimerais vraiment savoir ce que cela signifie et comment cela se traduira dans la réalité.

M. Sony Perron: Pour ce qui est d'inclure les Métis, je peux dire qu'à l'heure actuelle le programme de Santé Canada vise à offrir des services aux Premières Nations et aux Inuits. Depuis la décision de la Cour suprême, il n'y a eu aucun changement sur le plan de l'admissibilité à ce programme. Il appartient aux gouvernements territoriaux ou provinciaux de fournir les services de santé au reste de la population.

En ce qui a trait aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, je peux vous dire qu'il y a sept recommandations qui sont directement liées aux soins de santé ou aux services de santé. Nous travaillons actuellement avec l'Assemblée des Premières Nations, l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami et le Ralliement national des Métis afin d'obtenir leurs points de vue dans le cadre du processus entourant l'accord sur la santé.

Nous nous attendons à obtenir l'opinion de ces trois groupes sur la façon de mettre en oeuvre les sept recommandations qui sont directement liées aux soins de santé. Certaines d'entre elles, comme vous le savez probablement, relèvent de la compétence des provinces ou des territoires, alors nous nous attendons à ce que cette consultation nous donne l'occasion de voir quelle serait la meilleure façon de mettre en oeuvre ces recommandations.

Le président: Cette question et les autres portent sur un grand nombre de sujets. Si vous souhaitez fournir d'autres informations par écrit, n'hésitez pas à le faire. Je vous remercie.

La parole est maintenant à Mme Cathy McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Je suis certaine que vous avez entendu parler du témoignage d'un médecin qui a comparu récemment devant le comité. Aussi, la chaîne APTN a présenté une série d'émissions sur le Programme des services de santé non assurés.

Ce qui me frappe, si on examine par exemple le régime de la fonction publique fédérale, c'est qu'il est assez simple. Pour les traitements d'orthodontie, l'approbation est très rapide. À ma connaissance, les participants au régime de la fonction publique ne se sont jamais vu refuser le remboursement de traitements d'orthodontie. Il semble donc qu'il existe des régimes qui sont simples et qui ne sont pas lourds sur le plan de la paperasse et du processus. Si je pense aux histoires que nous avons entendues, c'est un problème. Vous avez parlé d'un examen du Programme des services de santé non assurés que vous êtes en train d'effectuer en collaboration avec l'APN. Est-ce que vous examinez des façons de

simplifier la prestation des services, ce qui est la norme? C'est ma première question.

Deuxièmement — j'espère ensuite pouvoir parler des soins primaires —, nous avons entendu dire que le formulaire est très restreint. J'aimerais savoir si votre formulaire est semblable au formulaire qu'on voit normalement, par exemple, dans la province de l'Ontario.

M. Sony Perron: Je vais parler d'abord du processus d'examen conjoint du Programme des services de santé non assurés et je vais demander à mon collègue Scott Doidge de donner davantage de détails.

● (1550)

Mme Cathy McLeod: Pourriez-vous m'avertir, monsieur le président, lorsqu'il me restera deux minutes pour que je puisse poser mes questions au sujet des soins primaires? Merci.

M. Sony Perron: L'examen conjoint nous permettra de passer en revue chaque prestation et de voir quels sont les irritants. Nous savons notamment que notre régime est en vigueur dans 13 provinces et territoires et que la majeure partie du système de santé est gérée par les provinces et les territoires. Les formulaires sont différents, la couverture est différente et les pratiques des médecins en matière d'ordonnances sont différentes. Nous devons savoir où se trouvent les irritants en vue de les éliminer.

Mme Cathy McLeod: Puis-je intervenir? Tous les employés du gouvernement fédéral à l'échelle du pays sont couverts par la Sun Life, qui ne se préoccupe d'aucun de ces éléments.

M. Sony Perron: Je crois que, durant le processus d'examen, nous devons nous pencher là-dessus avec l'APN, car la façon dont ce programme est conçu est très importante. J'ai mentionné tout à l'heure qu'il n'y a pas de co-assurance ni de franchise. J'aurais dû mentionner également qu'il n'y a pas non plus de montant maximum. Nous avons des clients qui se font rembourser des centaines de milliers de dollars annuellement parce que c'est ce dont ils ont besoin.

Toutefois, par souci d'équilibre, puisqu'il n'existe aucun montant maximum, le programme est assorti d'un critère aux fins du remboursement, à savoir qu'il doit s'agir de quelque chose qui est nécessaire du point de vue médical. Par exemple, en ce qui a trait aux médicaments, une prédétermination est exigée, essentiellement pour les médicaments qui entraînent une dépendance et qui nécessitent un contrôle. Ce programme a été considéré comme étant l'un des plus efficaces pour éviter que les médecins ne prescrivent trop de médicaments, mais il est assorti de certaines règles, et c'est ce dont nous voulons discuter avec l'APN.

Au sujet des soins dentaires, vous avez parlé du régime des employés de la fonction publique. Encore une fois, il y a des montants maximums. Lorsque vous dépassez le maximum prévu pour une année, vous devez assumer vous-même tous les frais. Dans le cas des traitements d'orthodontie, il y a un montant maximum, qui s'élève à environ 2 000 \$, je crois. Le reste de la facture doit être payé par la famille.

Dans le cas du Programme des services de santé non assurés, si un client est couvert, nous allons payer la somme totale. Il n'y a pas de coassurance ni de franchise. Toutefois, le critère selon lequel ce doit être nécessaire sur le plan médical doit être respecté, ce qui signifie que des traitements d'orthodontie ou même des soins dentaires qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ne seront pas couverts comme ce serait le cas dans le cadre d'un régime privé qui rembourse uniquement une partie des coûts. C'est un choix. Les régimes publics comportent davantage de prédéterminations de façon à offrir une plus grande couverture aux clients.

Pour ce qui est du processus administratif, peut-être que Scott peut nous donner une idée du pourcentage des demandes qui sont approuvées sans autorisation préalable ou prédétermination. C'est très important.

M. Scott Doidge (directeur général, Services de Santé Non Assurés, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé): Je vais peut-être répondre ensuite à votre question liée à la comparaison.

Environ 99 % des demandes de remboursement de médicaments sont approuvées par le Programme des services de santé non assurés, et la majorité de ces demandes — plus de 90 % — sont approuvées sur-le-champ grâce à notre système de traitement électronique des demandes. Le client n'a rien à payer, et le fournisseur est directement remboursé.

Il y a des demandes de remboursement pour lesquelles nous avons besoin d'obtenir davantage d'information, comme Sony l'a mentionné. Un grand nombre des médicaments figurent parmi ceux qui causent une dépendance et font partie de ce que nous appelons notre stratégie de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance, alors nous demandons davantage de renseignements à notre Centre des exceptions pour médicaments, ici...

Mme Cathy McLeod: Je suis désolée, je vais vous interrompre parce qu'il me reste deux minutes et je dois vous poser mes questions au sujet des soins primaires.

Nous avons appris que vous gérez 52 des centres de soins primaires au Canada. Dans chaque endroit, est-ce que le service Internet permettrait la télémédecine? Voilà ma première question.

Deuxièmement, nous avons entendu parler de la pénurie de ressources et de services... Ayant déjà dirigé un certain nombre de centres communautaires ruraux, je sais que des collectivités ont du mal à obtenir les services de médecins, d'infirmières praticiennes et de thérapeutes en santé mentale, alors je comprends les difficultés à recruter. Est-ce que le niveau de service que vous offrez est comparable à celui offert dans une collectivité éloignée non autochtone? Avez-vous étudié cet aspect? Pouvez-vous nous présenter des études?

Il reste une minute.

M. Sony Perron: L'objectif est d'offrir le même niveau de service. Il y a des difficultés liées à la situation géographique, à la distance et au recrutement d'infirmières, mais il y a aussi des problèmes sur le plan des services médicaux fournis par la province. Au cours de la dernière année, nous avons été en mesure d'accroître la présence de médecins dans les collectivités, et lorsque les médecins ne sont pas présents, les infirmières peuvent communiquer avec un médecin pour obtenir des directives.

Peut-être que Leila pourrait parler du niveau de soins et de l'évaluation que nous avons effectuée récemment à la suite du rapport du BVG de 2015.

Mme Leila Gillis (directrice, Division des systèmes de soins de santé primaires, ministère de la Santé): Il est certain que la situation géographique pose des problèmes, mais nous avons des modèles similaires dans d'autres endroits. Nous sommes sur le point d'effectuer une analyse descriptive et comparative des endroits comparables où des services sont fournis par la province. Toutefois, nous avons des infirmières praticiennes dans un grand nombre de nos postes de soins infirmiers, et nous avons augmenté cet effectif. Nous avons procédé à une analyse de chaque poste de soins infirmiers et des services essentiels qu'ils fournissent, et nous avons l'intention d'accroître la combinaison des compétences, les ententes de pratique en collaboration avec les médecins ainsi que le nombre d'infirmières praticiennes au sein de nos équipes actuelles d'infirmières dans les postes de soins infirmiers.

• (1555)

Le président: La parole est maintenant à Charlie Angus.

M. Charlie Angus (Timmins—Baie James, NPD): Je vous remercie beaucoup pour votre présence. Monsieur Conn, c'est bien de vous voir. Nous portons tous les deux un habit aujourd'hui. La dernière fois que nous étions à Attawapiskat, nous portions nos bottes de caoutchouc.

Je dispose de seulement sept minutes et j'ai beaucoup de questions à poser. J'aimerais y passer la journée, mais je n'ai seulement que sept minutes. Je ne veux pas paraître impoli, mais j'ai de nombreuses questions courtes et j'espère obtenir des réponses brèves.

Pouvez-vous confirmer que le gouvernement conservateur a réservé des fonds pour mettre en oeuvre le principe de Jordan entre 2008 et 2012?

M. Sony Perron: Oui, effectivement, un fonds a été créé à cette époque.

M. Charlie Angus: Je ne l'ai pas vu dans le budget. Est-ce que ce fonds existe en ce moment pour mettre en oeuvre le principe de Jordan?

M. Sony Perron: Le fonds a été éliminé dans la foulée du plan d'action visant à réduire le déficit.

M. Charlie Angus: D'accord. La date limite pour mettre en oeuvre le principe de Jordan est aujourd'hui, alors il n'y a aucun fonds pour respecter le jugement du Tribunal des droits de la personne, mais des fonds avaient été prévus par le gouvernement conservateur, est-ce exact?

M. Sony Perron: Je dirais...

Je ne peux pas vraiment répondre à votre question telle que vous l'avez formulée. Aujourd'hui, c'est la date...

M. Charlie Angus: Aujourd'hui, c'est la date limite...

M. Sony Perron: Pour répondre à votre question, je dirais que nous avons pris certaines mesures pour pouvoir respecter la décision du tribunal. On a indiqué à notre personnel de ne pas s'en tenir à l'ancienne définition, car le tribunal a clairement expliqué l'approche qu'il faudrait adopter.

M. Charlie Angus: D'accord. Mais aucun fonds n'a été mis de côté pour la mise en oeuvre?

M. Sony Perron: L'enveloppe qui avait été prévue jusqu'en 2012 n'existe plus.

M. Charlie Angus: En lisant la décision du Tribunal des droits de la personne, on se rend compte qu'un grand nombre des preuves concernaient les services d'aide à l'enfance, mais une grande partie concernait également votre ministère. Dans les preuves déposées par vos fonctionnaires, on trouve des énoncés assez troublants. L'onglet 78, qui constitue un document sur les lacunes en matière des prestations des services aux enfants des Premières Nations, indique que refuser de rembourser des ordonnances délivrées par des pédiatres est chose courante. Qui décide qu'une ordonnance pour un enfant ne sera pas remboursée ou sur quoi se fonde une telle décision, si l'ordonnance provient d'un médecin?

M. Sony Perron: Je ne peux pas vraiment faire de commentaires au sujet du cas précis lié à cette preuve que la personne ou le témoin a présentée au tribunal. Je peux toutefois demander à Scott de vous donner une idée de notre taux d'approbation.

M. Charlie Angus: Il ne s'agit pas de cas individuels; c'est systémique. C'est ce qu'on dit. Il s'agit de problèmes systémiques. Il arrive régulièrement que les demandes de remboursement de médicaments prescrits à des enfants par des pédiatres soient refusées.

L'onglet 302, que Santé Canada a remis au Tribunal des droits de la personne, indique que, si un enfant qui souffre de plusieurs handicaps a besoin d'un fauteuil roulant, d'un ascenseur et d'un dispositif de repérage, un seul de ces éléments sera remboursé. Si on choisit un fauteuil roulant, il ne sera pas motorisé; il doit s'agir d'un fauteuil roulant à pousser pour adulte. Est-ce que c'est la politique ou est-ce que c'est la décision d'un bureaucrate?

M. Sony Perron: Le taux de remboursement et les critères qui justifient le remboursement dépendent de la nature du handicap de l'enfant. Chaque cas est évalué individuellement. Si le service ou le matériel médical est nécessaire, il sera payé au complet par le programme.

Certains problèmes au sujet des lits médicaux ont été portés à l'attention du tribunal. Nous avons maintenant réglé ces problèmes.

M. Charlie Angus: Et il y a eu le cas d'un enfant qui allait mourir, mais Santé Canada avait refusé catégoriquement de rembourser, et le médecin a payé de sa poche.

Je voudrais vous parler d'une des allégations qui ont été faites durant nos audiences — des audiences très troublantes. On a dit que Santé Canada ordonne aux médecins d'utiliser un seul sac collecteur par jour, ce qui signifie qu'ils doivent le réutiliser. Je ne suis pas médecin et je n'y connais pas grand-chose, mais les médecins disent que cela cause des infections récurrentes et des maladies du rein.

Est-ce une décision qui a été prise par un médecin de votre bureau ou est-ce une décision justifiée par la volonté de faire des économies?

M. Sony Perron: Je n'ai jamais entendu parler d'une telle directive.

Scott, je ne sais pas s'il existe une telle directive en ce qui concerne les fournitures et l'équipement médicaux. Je n'ai jamais vu cette directive et cela fait un certain nombre d'années que je suis en poste.

M. Charlie Angus: C'est une allégation très sérieuse. Le Dr Kirlaw affirme que des enfants meurent de maladies infantiles qui n'existent nulle part ailleurs, comme la fièvre rhumatismale, parce qu'on leur prescrit du Tylenol. Lorsqu'un enfant meurt à un poste de soins infirmiers en raison d'un manque de fournitures médicales, est-ce qu'on mène une enquête pour déterminer la cause de son décès?

M. Sony Perron: Oui, une enquête est menée lorsqu'il y a un incident et pas seulement un décès. Lorsqu'il y a un incident, le protocole exige qu'on examine les circonstances de l'incident, qu'on examine le dossier et que des intervenants externes participent à cet examen si nécessaire. Le but est de comprendre la cause, de déterminer si le fournisseur de soins a une part de responsabilité et d'améliorer le processus.

• (1600)

M. Charlie Angus: Le Dr Kirlaw a déclaré hier dans le journal qu'il est préoccupé, en tant que médecin, au sujet du serment d'Hippocrate dans le contexte du Programme des services de santé non assurés, car il sait que « le système cause du tort aux gens », comme il a dit. Je crois que vous devriez vous pencher là-dessus.

Mon temps est presque écoulé. Le ministère affirme qu'il a consacré 300 millions de dollars à la santé mentale l'année dernière. Le Rapport sur les plans et les priorités de cette année indique 270 millions de dollars, alors est-ce que cela signifie que le budget consacré aux programmes de santé mentale a été réduit de 30 millions de dollars et quels programmes sont touchés?

M. Sony Perron: Non, il n'y a eu aucune réduction des dépenses en santé mentale. Cela est probablement attribuable au fait que des programmes sont renouvelés et figureront dans le Budget supplémentaire des dépenses.

M. Charlie Angus: On m'a dit qu'il y a seulement 10 équipes de bien-être mental qui voient à la santé mentale des Autochtones au pays. Les Premières Nations affirment qu'elles en ont besoin de 80. Pouvez-vous confirmer qu'il existe seulement 10 équipes de bien-être mental?

M. Sony Perron: Conformément au Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, nous avons commencé à investir il y a quelques années dans la mise sur pied d'équipes de bien-être mental. C'est un modèle qui s'est révélé efficace. Actuellement, il y a 10 ou 11 équipes qui sont financées au pays. Elles s'ajoutent aux services locaux de santé mentale.

M. Charlie Angus: On nous a dit que seulement 350 000 \$ ont été consacrés au Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Est-ce exact?

M. Sony Perron: L'année dernière, nous avons dépensé environ 300 millions de dollars pour la santé mentale.

M. Charlie Angus: Je sais, mais en ce qui concerne le cadre, on nous a dit que, jusqu'à maintenant, seulement 350 000 \$ y ont été consacrés.

M. Sony Perron: Je ne peux pas vous répondre. Ce cadre vise également à gérer les fonds existants pour les programmes et à faire des modifications sur le plan de ce financement. C'est l'objectif de ce cadre, mais c'est aussi d'orienter les investissements futurs.

M. Charlie Angus: En terminant, j'aimerais revenir sur les problèmes soulevés par les médecins, qui ont fait part au Comité de cas d'enfants qui ont passé 13 heures à un poste de soins infirmiers en pleurant de douleur parce qu'il n'y avait pas d'analgésiques ou d'enfants qui suffoquent parce qu'il n'y a pas de Ventolin. C'est très troublant selon moi. Si c'est courant, ne s'agit-il pas de négligence professionnelle?

Comment peut-on permettre cela dans un système de santé en 2016?

Le président: Le temps est écoulé, malheureusement. Peut-être que vous pourrez obtenir une réponse lors d'une autre question, si c'est pertinent. Je vous remercie.

La parole est maintenant à Rémi Massé.

[Français]

M. Rémi Massé (Avignon—La Mitis—Matane—Matapédia, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de participer aux travaux de ce comité. Votre présence est fort appréciée. Je remercie également vos équipes respectives qui ont travaillé très fort pour que vous puissiez participer à cet exercice.

En 2013-2014, le budget annuel du programme des Services de santé non assurés s'élevait à un peu plus de 1 milliard de dollars, ce qui représentait une baisse de 7 % par rapport à l'exercice précédent. Quelles sont les raisons de ces baisses budgétaires dans un contexte où les besoins augmentent d'année en année.

M. Sony Perron: On note plutôt une augmentation constante de ce budget, mais je n'ai pas les détails avec moi aujourd'hui. Avec le transfert des responsabilités de santé à la First Nations Health Authority de la Colombie-Britannique, le financement pour les différents secteurs du programme a été regroupé dans une enveloppe de 140 millions de dollars qui a été transférée en totalité à cette agence. Par conséquent, les budgets de programmes que vous voyez dans les prévisions ou dans les rapports annuels ont changé parce que les fonds destinés à la Colombie-Britannique ont été séparés et placés dans une enveloppe distincte. Je peux confirmer que, annuellement, le programme des Services de santé non assurés croît à la base de 5 % tandis que les dépenses continuent d'augmenter à un rythme probablement plus marqué. Pour répondre au fond de votre question, le budget n'a pas été réduit.

M. Rémi Massé: Merci.

Quels sont les trois grands enjeux auxquels vous faites face dans la prestation de vos services et, plus particulièrement, quelles sont les solutions que vous identifiez pour améliorer le programme des Services de santé non assurés?

M. Sony Perron: Un des premiers grands enjeux est la disponibilité des ressources en soins infirmiers. Dans les zones éloignées et dans les zones rurales, le recrutement et la rétention constituent des défis. La charge de travail dans les postes de soins infirmiers est vraiment lourde, ce qui fait qu'il est difficile de garder très longtemps les gens en poste. Il y a bien sûr des gens qui y font leur carrière, mais il est difficile d'attirer de nouveaux travailleurs. Nos travailleurs doivent aussi avoir une solide expérience, parce qu'il faut avoir la capacité d'offrir des services diversifiés pour répondre à la demande qui est très grande. Il y a aussi le défi du soutien de ces travailleurs et de la connexion avec le reste du système de santé. Le fait de constituer une enclave de services de santé financés par le gouvernement fédéral encerclée par des services d'activités qui sont de compétence provinciale constitue aussi un défi. Nous avons fait beaucoup de progrès en termes d'intégration, mais cela demeure un défi important.

Par exemple, les médecins relèvent du programme provincial. Ce sont des services assurés. Notre grand défi est d'assurer la cohérence et l'intégration de ces services. C'est la raison pour laquelle le modèle de la Colombie-Britannique auquel j'ai fait référence est si important. Ce modèle permet de placer l'ensemble des ressources, des responsabilités et des autorités sous une entité contrôlée par les Premières Nations. Ainsi, les problèmes de juridiction, d'intégration des services et de collaboration entre les différents services disparaissent. Dans cette dynamique, nous avons donné aux Premières Nations le plein contrôle sur leurs services alors que la province s'est engagée à travailler avec les Premières Nations et le gouvernement fédéral pour agir en tant que partenaire financier et en

tant que partenaire pour résoudre les enjeux auxquels le système est confronté. L'intégration des services est probablement le deuxième grand enjeu.

Enfin, le troisième grand enjeu est la santé mentale. Votre collègue a fait référence précédemment à cette situation. C'est un défi. Les besoins sont grandissants et découlent largement de situations historiques qui ont affecté les communautés. Il y a aussi des besoins nouveaux liés, par exemple, à l'abus de médicaments d'ordonnance. C'est ce genre de défis qui a une grande incidence sur les communautés et, plus particulièrement, sur celles qui sont plus vulnérables. Il y a des situations très criantes. Cela devient un problème pour les services de santé, en ce sens qu'une pression supplémentaire est exercée sur ces services. Cela a eu pour effet de créer des demandes où il n'y en avait pas précédemment. Dans de tels contextes, il faut fournir des services supplémentaires et nous avons des programmes qui permettent de le faire. Le travail avec les Premières Nations et les Inuits pour définir les stratégies est extrêmement important. Il faut bien le faire et le faire dans une perspective culturellement responsable. Il faut rebâtir ce qui a été détruit avec le modèle de colonisation qui a été appliqué pendant plus d'un siècle. Il faut ramener la culture au centre de l'intervention, respecter l'autonomie des Premières Nations, mais cela se fait à petits pas. Un autre défi est de bâtir la capacité dans les organisations et dans les communautés.

Certaines communautés ont des plans très sophistiqués qui leur permettent de prendre en charge les programmes et de les adapter pour qu'ils répondent à leurs besoins. Il faut s'occuper des ressources humaines, attirer dans ces milieux des travailleurs qui veulent rester et apporter leur contribution à ces plans. On voit dans plusieurs communautés des situations extrêmement importantes et des progrès importants. Ce qu'on voit dans les médias, ce sont souvent les défis et il faut y porter attention pour travailler dans les endroits où des défis particuliers se posent. Il y a vraiment des endroits où des progrès extraordinaires ont été faits, où il y a de la créativité et où les Premières Nations exercent le contrôle sur leurs services de santé, conçoivent des plans et des modèles d'intervention qui se révèlent extrêmement intéressants.

• (1605)

M. Rémi Massé: Merci.

Dans son rapport ou son audit de 2015, le vérificateur général soulevait des enjeux particuliers. Vous avez parlé des comités qui sont composés de représentants de Santé Canada et de différentes instances. On a parlé d'enjeux liés aux champs de compétence. J'aimerais vous entendre sur ce que le vérificateur général entendait par les enjeux en matière de compétence. Quels sont-ils? Quelles solutions a-t-on explorées pour régler ce problème particulier?

M. Sony Perron: Le grand défi est de faire en sorte qu'on puisse fonctionner avec des programmes nationaux dans un contexte provincial. Certaines provinces offrent des services aux Premières Nations dans les réserves et dans les communautés, alors que d'autres ne leur offrent aucun service ou les excluent de leurs systèmes. D'autres provinces encore fournissent des soins de santé primaires à des communautés. Le modèle est donc très différent d'une province à l'autre.

Par conséquent, nos programmes doivent être modulés selon la réalité de chacune des provinces. C'est pour cette raison que nous avons créé des tables trilatérales, où il est possible d'agencer les services, de faire de l'intégration et de discuter des problèmes non seulement avec les communautés, mais aussi avec les partenaires provinciaux et territoriaux. Je peux vous dire que nous faisons des progrès. Nous faisons de petits pas sur chacun des sujets pour en arriver à des modèles qui fonctionnent.

À titre d'exemple, nous participons à une table trilatérale avec l'Ontario et les Premières Nations. Nous faisons des progrès dans des dossiers et des enjeux communs. C'est la même chose dans les provinces de l'Ouest et en Atlantique. Ces tables sont nécessaires pour régler les problèmes d'intégration des services.

M. Rémi Massé: Merci.

[Traduction]

Le président: Nous allons maintenant passer au tour de cinq minutes. La parole est à Todd Doherty.

• (1610)

M. Todd Doherty (Cariboo—Prince George, PCC): Monsieur Perron, j'aimerais parler de l'urgence à laquelle nous sommes confrontés à La Loche et à Attawapiskat. Pouvez-vous me dire pourquoi on tarde à fournir l'aide essentielle dont ces communautés ont besoin? La Loche attend toujours cette aide. Malgré la gravité de la situation, notre cher collègue n'a pas été dur avec les témoins aujourd'hui. Il avait clairement la possibilité de poser ces questions. Il y a une crise, et nous en avons parlé. Les médias en ont largement parlé. Ce n'est pas nouveau. C'est le genre de crise que nous observons dans de nombreuses communautés des Premières Nations, pas seulement dans les deux que nous avons mentionnées. Pouvez-vous me dire précisément pourquoi on tarde à fournir cette aide essentielle à ces collectivités?

M. Sony Perron: Je vais commencer puis je vais laisser mon collègue Keith vous parler de la situation à Attawapiskat. Il revient tout juste de là-bas et il connaît très bien le dossier. Je vais parler de la situation à La Loche.

Il y a, tout près de là, la réserve de la Première Nation des Dénés de la rivière Clearwater. C'est dans cette réserve que la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits doit exécuter son mandat. Nous avons travaillé avec la communauté et avec le conseil tribal de Meadow Lake, qui compte une équipe de bien-être mental qui fournit du soutien à la Première Nation dénée. Il y a deux semaines, j'ai demandé au directeur exécutif régional de communiquer avec le chef pour s'assurer que les mesures que nous avions prises et que les services fournis par le conseil tribal de Meadow Lake étaient satisfaisants. On nous a dit que tout allait bien et qu'on travaillait avec la province.

En ce qui concerne la communauté de La Loche, ce n'est pas un endroit où nous devons exécuter notre mandat. Nous avons travaillé dans la réserve avec la Première Nation dénée. Je dois dire que, dans ce cas-là, nous avons répondu aux besoins. Nous examinons maintenant les besoins à long terme de cette communauté. Heureusement, le conseil tribal de Meadow Lake, qui est responsable de la prestation de services aux Premières Nations de la région, compte une équipe de bien-être mental, dont nous avons parlé aujourd'hui. C'est elle qui a fourni des ressources. Nous avons également obtenu de l'aide d'autres organismes des Premières Nations en Saskatchewan, qui sont venus prêter main-forte à la communauté dans le contexte de cette situation tragique.

Je vais demander à Keith de parler un peu de la situation à Attawapiskat.

M. Keith Conn (sous-ministre adjoint, Opérations régionales, ministère de la Santé): En ce qui concerne Attawapiskat, d'après nos communications avec le chef, le conseil et les membres de la collectivité, nous avons compris qu'il y avait des problèmes à régler, alors nous avons affecté des ressources en santé mentale par l'entremise de la nation Nishnawbe Aski, qui a une unité d'intervention en cas de crise. Même avant la déclaration, nous avons contribué au déploiement d'une capacité de mobilisation dans la collectivité.

Après la déclaration d'urgence, il a fallu environ deux jours et demi pour déployer une équipe d'intervention d'urgence dans la collectivité, grâce à notre partenariat avec la nation Nishnawbe Aski. Nous avons entre autres fait appel à des conseillers en matière de crise en santé mentale et à un coordonnateur jeunesse.

Puisqu'il s'agit d'une situation de crise, il y a une certaine rotation. Comme le chef l'a mentionné, nous devons envisager des solutions à moyen ou long terme pour assurer la transition de la situation de crise à l'offre constante de services en santé mentale à l'ensemble des jeunes de la collectivité.

Je pense que nous avons su réagir à la situation. Nous avons maintenant des partenaires provinciaux. Je ne peux pas parler en leur nom, mais je sais qu'ils assurent actuellement une présence physique sur place. Il s'agit de l'équipe d'aide médicale d'urgence qui a été déployée une semaine après la déclaration d'urgence, si je ne me trompe pas. Le ministre Hoskins a su prendre les mesures nécessaires à cet égard.

L'équipe est sur place et continue d'offrir ses services. Elle est composée d'infirmières et infirmiers praticiens, de travailleurs en santé mentale et de psychologues qui ont été embauchés par la nation Nishnawbe Aski et qui assurent une présence par rotation. Certaines personnes ont besoin de répit, évidemment, compte tenu de la quantité de travail et de l'intensité des efforts à fournir dans la collectivité.

Nous voulions d'un modèle plus durable en fait de planification à moyen terme. Des cadres du gouvernement fédéral seront là-bas cette semaine pour évaluer les processus de planification à moyen et long terme.

M. Todd Doherty: J'apprécie vraiment vos commentaires, mais je crois que si vous demandiez à nos honorables collègues de La Loche et de Timmins—James Bay ce qui se passe réellement là-bas, ils auraient un tout autre discours. Les besoins à moyen et à long terme sont criants. Nous avons des défis à relever dès maintenant. L'épidémie de suicides sévit toujours. Il y a encore des enfants qui choisissent cette avenue ou qui la considèrent comme la seule issue.

Je vais m'arrêter ici. J'espère que mon collègue de Timmins—James poursuivra dans cette veine.

Merci de votre temps.

Le président: La prochaine question sera posée par Don Rusnak.

•(1615)

M. Don Rusnak (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): J'ai travaillé un peu dans le domaine de la santé dans le nord du Manitoba. J'oublie en quelle année, mais si vous connaissez « l'accord 64 », qui prévoyait entre autres la répartition des tâches... Souvent, nous parlions de l'accord « des médecins du Nord qui décident autour d'une bouteille de rye qui va faire quoi pour quelle collectivité ». Certaines collectivités, Norway House, par exemple, avaient un hôpital fédéral. Je ne sais pas s'il est toujours là. Les postes de soins infirmiers provinciaux offraient des soins aux collectivités comme Easterville. C'était il y a de nombreuses années, alors ma mémoire me fait défaut. Cet accord était probablement efficace à l'époque, mais peut-être plus aujourd'hui. Je ne sais pas où on en est avec cet accord. Lorsque j'étais au ministère de la Santé du Manitoba, nous étions en discussion avec Santé Canada, le gouvernement provincial et les Premières Nations afin d'arriver à une meilleure solution. Je sais que c'est ce qui doit arriver à l'échelle du pays. Il existe des modèles éprouvés qui permettent d'offrir des soins de qualité et de manière constante aux collectivités autochtones et aux membres des Premières Nations de l'ensemble du Canada.

Je vais bifurquer un moment, car je veux clarifier les propos tenus par mon ami, M. Angus, lorsqu'il vous a posé une question sur le fonds établi par l'ancien gouvernement relativement au principe de Jordan. Vous avez commencé à répondre à la question en disant que le fonds n'existait plus, et qu'il avait été éliminé en raison des compressions budgétaires. C'est arrivé en quelle année?

M. Sony Perron: C'était en 2012.

M. Don Rusnak: D'accord, alors il a été établi par l'ancien gouvernement et c'est aussi lui qui l'a éliminé. Je veux seulement que ce soit clair, parce que j'aime les choses claires et je crois que c'est important de citer les faits.

M. Sony Perron: Je crois que le fonds a été établi en 2008, mais il a été aboli en 2012.

M. Don Rusnak: Je vais bifurquer encore une fois, mais il ne me reste que cinq minutes. Dans son rapport de 2015, le vérificateur général a indiqué que sur les 45 membres du personnel infirmier, un seul avait terminé les cinq cours de formation obligatoires de Santé Canada. Selon la recommandation formulée dans l'audit, Santé Canada devrait s'assurer que les membres de son personnel infirmier qui travaillent dans les communautés éloignées des Premières Nations ont suivi et réussi les cours de formation obligatoires exigés par le ministère.

En réponse à cette recommandation, Santé Canada a indiqué que ce qui a compliqué le respect de ces exigences a été les taux élevés d'emplois vacants et de roulement au sein des soins infirmiers.

Pourquoi le personnel infirmier ne suit-il pas les cours de formation obligatoires avant d'être affecté aux collectivités des Premières Nations?

M. Sony Perron: C'est une excellente question. Depuis la publication du rapport du vérificateur général, nous avons réalisé certains progrès. Leila peut faire le point avec vous pour chacun des cours. Ce sont les cinq cours obligatoires exigés par Santé Canada afin de bien préparer le personnel infirmier au travail qu'il devra effectuer dans les collectivités éloignées et isolées. Le plan consiste à former les membres du personnel infirmier à leur arrivée, et c'est ce que nous faisons. Avant d'être envoyé sur le terrain, le personnel infirmier doit suivre une semaine ou deux de formation intensive — intégration — afin de se préparer au travail qui l'attend. On s'assure ainsi qu'il satisfait aux exigences obligatoires. Ce qui complique notamment les choses, et c'est lié aux postes vacants, c'est le

renouvellement de la formation. Après deux ans, le personnel infirmier doit suivre une formation en vue du renouvellement de sa certification. Lorsqu'il y avait trop de postes vacants à certains endroits — et c'est encore le cas —, il était difficile d'envoyer un membre du personnel infirmier en formation pendant deux semaines, alors que les besoins en soins infirmiers étaient grands. C'est à partir de ce moment que nous avons commencé à prendre du retard dans la formation. Au cours des deux dernières années, le taux de postes vacants est passé d'environ 35 % à 16 %, alors nous avons fait des progrès. Tous les membres du personnel infirmier qui arrivent doivent être formés. Qu'ils travaillent à temps partiel ou à temps plein, ils reçoivent la même formation.

Leila, vous pourriez peut-être nous donner quelques chiffres concernant le respect des exigences en fait de formation pour chacun des programmes.

Mme Leila Gillis: Bien sûr. Nous avons cinq cours obligatoires, et ils sont offerts dans le cadre du programme d'intégration. C'est le renouvellement de la certification qui déséquilibre les statistiques à ce sujet. Pour le personnel infirmier qui travaille sur le terrain, le pourcentage a grimpé à 55 %. Notre objectif est d'arriver à 100 % d'ici la fin de l'année financière en cours. C'est l'objectif que nous avons établi pour nos employés. Je ne sais pas si vous vouliez des données précises, mais les cours sont les suivants: cours avancé en réanimation cardiorespiratoire; soins avancés en réanimation pédiatrique; formation internationale en traumatologie; manipulation des drogues et des autres substances contrôlées, et vaccination. Nous surveillons que tous les employés ont une certification active dans tous ces domaines.

•(1620)

Le président: Notre prochain intervenant est Kevin Sorenson. Je vous en prie.

L'hon. Kevin Sorenson (Battle River—Crowfoot, PCC): Je ne suis pas un membre régulier du Comité, mais j'apprécie néanmoins vos témoignages aujourd'hui. Je suis un député de l'Alberta. Notre regard est évidemment tourné vers le nord de la province, en ce moment. En Alberta, c'est la région de Fort McMurray que nous surveillons. Nous avons parlé de la situation d'urgence à Attawapiskat. C'est bien sûr un problème de taille auquel il faudra s'attaquer sans tarder, et c'est aussi le cas à La Loche.

J'aimerais savoir de quelle manière Santé Canada participe à l'évacuation, s'il y participe. Lorsqu'il y a eu des incendies à La Ronge, dans le nord de la Saskatchewan, il y a quelques années, j'étais à un site d'évacuation à Saskatoon et j'ai été impressionné de l'organisation du site. Je pense que des employés de Santé Canada étaient là, à poser des diagnostics et à examiner les gens, surtout des membres des collectivités autochtones et des Premières Nations. On s'assurait qu'ils allaient bien et qu'ils n'avaient pas d'autres problèmes de santé.

Participez-vous à l'évacuation en Alberta?

M. Sony Perron: Nous y prenons part avec des partenaires, y compris des partenaires des Premières Nations. C'est une situation tragique, et nous avons une responsabilité dans ce contexte. Dès que les Premières Nations des réserves sont touchées, nous devons intervenir. J'ai mentionné au début que nous avons un rôle à jouer dans l'offre de services de prestations de santé, de services de protection de la santé et des services de soins infirmiers. Notre équipe de la région de l'Alberta travaille avec le ministère de la Santé de l'Alberta et les autorités d'urgence afin d'organiser la prestation des services. Nous avons assuré une capacité de pointe à notre bureau régional en déployant du personnel infirmier supplémentaire. Nous avons fait appel à nos bureaux régionaux afin de mobiliser d'autres agents d'hygiène du milieu. Nous avons aussi organisé des services pour les gens qui ont quitté leur demeure. Ceux qui partent peuvent, par exemple, avoir laissé leurs médicaments derrière, alors l'équipe de Scott a mis en contact pharmaciens et clients pour faciliter le renouvellement des prescriptions. Nous avons envoyé plus d'employés sur place. Nous travaillons donc sur plusieurs fronts avec les Premières Nations. Nous travaillons avec des partenaires provinciaux et fédéraux pour répondre aux besoins des collectivités des Premières Nations qui sont touchées par la situation.

La question de l'hygiène du milieu pose problème, alors nous allons dépêcher nos agents pour qu'ils inspectent les lieux et déterminent si les logements des membres des Premières Nations sont salubres. C'est le genre de choses que nous faisons.

Il y a une chose que je voulais mentionner, mais j'ai oublié. C'était pourtant très important.

Désolé, c'était à propos de Fort McMurray. Plusieurs collectivités des Premières Nations sont desservies par Fort McMurray. Les gens vont là pour consulter un médecin, se rendre à l'hôpital et obtenir les services dont ils ont besoin. Dans les premières heures de la crise, nous avons pris des mesures pour rediriger les clients de toutes ces collectivités des Premières Nations vers d'autres points de service. Ils pourront ainsi continuer à se faire suivre par un médecin et à accéder à des soins, mais pas à Fort McMurray. Parce que nous gérons le transport médical, nous avons dû nous occuper de certains détails logistiques. C'était probablement une des premières tâches entreprises par notre bureau régional de l'Alberta, c'est-à-dire de rediriger les clients vers d'autres points de service.

L'hon. Kevin Sorenson: M. Rusnak a déjà posé la question que j'avais pour vous. Le rapport de 2015 du vérificateur général a effectivement souligné les besoins en personnel infirmier. Mon épouse est infirmière, de même que ma fille, et nous savons qu'elles font du bon travail.

Il a également mentionné que le fonds avait été aboli en 2012 par l'ancien gouvernement, mais les chiffres montrent que le financement a tout de même connu une hausse de 5 % au cours de ces années.

M. Sony Perron: La hausse de 5 % est attribuable au programme des services de santé non assurés, qui couvre les médicaments, les soins dentaires, les fournitures médicales, les soins de la vue, etc. Ce budget prévoyait un facteur de progression de 5 % à environ 1 milliard de dollars. D'autres programmes ne sont toutefois pas assortis de facteur de progression. Pour celui-ci, il est de 5 %...

L'hon. Kevin Sorenson: Certains programmes, selon ce qu'on en juge, sont abolis ou encore maintenus au même niveau. Pour d'autres, le financement est augmenté. Est-ce bien cela?

M. Sony Perron: Exactement.

L'hon. Kevin Sorenson: Nous aimons bien avoir tous les faits devant nous. Nous voulons que tout soit clair.

Pourriez-vous aussi nous dire quelle est la proportion du personnel infirmier de Santé Canada qui a réussi les cours de formation obligatoires? Est-ce qu'on a atteint le niveau souhaité?

• (1625)

Mme Leila Gillis: Comme je le disais, 55 % de tout le personnel infirmier satisfait aux exigences obligatoires — l'objectif à atteindre est de 100 %.

L'hon. Kevin Sorenson: Avez-vous fixé un échéancier pour l'atteinte de cet objectif de 100 %?

Mme Leila Gillis: Nous voulons l'atteindre d'ici la fin de l'année financière en cours.

Le président: Merci. Ce sera tout. Nous vous remercions.

Notre dernier intervenant sera Mike Bossio. Je vous en prie.

M. Mike Bossio (Hastings—Lennox and Addington, Lib.): Merci à vous tous encore une fois d'être ici aujourd'hui et de nous transmettre ces renseignements fort utiles. Comme Charlie le disait, nous avons une tonne de questions.

Quel pourcentage des employés de Santé Canada sont Autochtones?

M. Sony Perron: C'est une question intéressante.

Je ne saurais dire pour l'ensemble de Santé Canada, mais dans notre direction générale, qui compte 2 400 employés à l'échelle du pays, le taux de représentation est de 26 %. Nous voulons atteindre 30 % au cours des quatre prochaines années.

M. Mike Bossio: Qu'en est-il du bureau exécutif du ministère?

M. Sony Perron: Je n'ai pas ces données. Nous avons un programme de perfectionnement des gestionnaires autochtones, qui vise à accroître la représentation des Autochtones au sein du bureau exécutif.

M. Mike Bossio: Quel pourcentage d'infirmiers et de médecins sont d'origine autochtone?

Mme Leila Gillis: À l'heure actuelle, 24 % des membres du personnel infirmier se déclarent autochtones.

M. Mike Bossio: Je présume qu'on alloue des ressources très précisément pour recruter et former des infirmiers et infirmières autochtones pour qu'ils travaillent dans leurs collectivités?

M. Keith Conn: Pour ajouter à la réponse de M. Perron à votre question sur le bureau exécutif, je sais qu'il y a cinq cadres supérieurs qui sont Autochtones à la direction générale.

M. Mike Bossio: Sur combien?

M. Keith Conn: Environ 20.

M. Mike Bossio: Y a-t-il un programme voué au recrutement et à la formation du personnel infirmier et des travailleurs de la santé autochtones?

Mme Leila Gillis: Le programme n'est pas aussi ciblé que cela, car l'organisation accepte tous les infirmiers et infirmières sans exception. C'est un programme de recrutement et de maintien en poste très vaste. Nous travaillons avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada pour encourager les Autochtones à choisir les soins infirmiers comme domaine de carrière, peu importe pour qui ils choisiront de travailler.

M. Mike Bossio: Sur le plan de l'éducation, y a-t-il un programme spécialisé qui vise à inciter les jeunes Autochtones à étudier dans le domaine de la santé ou à choisir un métier spécialisé dans le domaine de la santé?

M. Sony Perron: Il existe différents programmes spécialisés, mais les jeunes Autochtones constituent un segment que veulent attirer plusieurs universités et collèges. Nous avons un programme, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, qui offre 3 millions de dollars par année en bourses par l'entremise de la Fondation Indspire.

M. Mike Bossio: Une partie du problème réside dans le fait qu'il faut sortir ces gens de leurs collectivités, et ils finissent par s'intégrer à d'autres collectivités ou ils ne reviennent plus chez eux.

Étant donné la technologie disponible aujourd'hui pour offrir des programmes en ligne, y a-t-il des programmes en ligne qui pourraient servir à la formation du personnel infirmier? Oui, il faut les amener ailleurs pour les formations pratiques, mais pour la majeure partie de la formation, cela peut se faire à partir de leur propre collectivité.

M. Sony Perron: Même pour la formation obligatoire dont parlait ma collègue, Leila, il faut que le personnel infirmier soit sur place pour le volet pratique de la formation. Le métier d'infirmier s'apprend par la pratique. La technologie peut servir pour l'apprentissage théorique, mais cela se fait généralement dans les universités et collèges.

Nous utilisons la télésanté pour la formation, mais surtout pour les activités de formation précises à délai déterminé qui visent à rafraîchir les connaissances...

M. Mike Bossio: Avec l'avènement des cours en ligne ouverts à tous et d'autres cours électroniques, il y a certainement plus d'options qui s'offrent à nous. Je pense que nous devons trouver des solutions innovatrices pour offrir des programmes de formation aux Autochtones.

De quelle façon détermine-t-on le financement en santé dans les collectivités? Est-ce par habitant, par comparaison aux normes provinciales? Sur quels critères s'appuie-t-on?

M. Sony Perron: La plupart des collectivités ont un plan de santé communautaire, et elles ont été financées pour élaborer ces plans. Le

facteur de base est la taille de la population, et c'est rajusté pour les collectivités éloignées. Le rajustement est établi en fonction du type de programme, qu'il soit assuré par la collectivité elle-même ou par Santé Canada.

Chaque cas est unique. Une formule a été élaborée il y a des années et celle-ci tient compte de la taille de la population et de l'emplacement, mais au fil du temps, des programmes ont été ajoutés en fonction de la capacité...

• (1630)

M. Mike Bossio: Je suis désolé, mais il ne me reste qu'une seule question à vous poser. Vous avez mentionné que les Inuits des Territoires du Nord-Ouest et de la Colombie-Britannique avaient commencé à exercer un plus grand contrôle — autodétermination, l'autonomie gouvernementale — sur la prestation des programmes de santé. Avez-vous comparé les résultats de ces efforts avec ceux des collectivités non autochtones, et des autres collectivités autochtones qui ne bénéficient pas de l'autodétermination?

M. Sony Perron: Il est trop tôt en Colombie-Britannique pour mesurer les effets sur la santé, parce que sur le plan opérationnel, le transfert a été effectué en 2013. Cependant, nous avons vu que l'autonomie gouvernementale et le contrôle accru ont mené à des résultats intéressants dans d'autres régions du Canada.

M. Mike Bossio: Merci. Je suis désolé de vous avoir interrompu si souvent, mais je n'ai pas beaucoup de temps.

Le président: Je remercie MM. Doidge, Conn, Perron et Wong, ainsi que Mme Gillis, de nous avoir accordé de leur temps et d'avoir répondu à nos questions aujourd'hui.

Nous savons que le travail que vous faites est très difficile et que vous travaillez très fort pour arriver à vos fins.

Nous allons faire une courte pause. Nous allons donc reprendre dans environ deux minutes. Merci.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>