



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 018 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 7 février 2005

Présidente

Mme Bonnie Brown

Toutes les publications parlementaires sont disponibles sur le
réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le lundi 7 février 2005

• (1540)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Mesdames et messieurs, bonjour et bienvenue à la dix-huitième séance du Comité permanent de la santé.

Nous allons entendre cet après-midi M. Michael Decter, le président du Conseil canadien de la santé. Notre comité a souhaité le rencontrer pour qu'il nous fasse le point sur les travaux du conseil, qui a été créé il y a maintenant près d'un an.

M. Decter, vous avez la parole.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): J'aimerais formuler une objection avant que nous commençons.

La présidente: M. Fletcher invoque le Règlement.

M. Steven Fletcher: Un simple point de procédure. Je sais que nous ne voulons pas prendre le temps de notre invité spécial, mais le Comité de la santé a adopté il y a plusieurs mois une motion dans laquelle nous invitons le premier ministre à témoigner devant nous, parce que l'ancien premier ministre adjoint avait soulevé certaines questions, dans un livre, au sujet de l'engagement du premier ministre envers la Loi canadienne sur la santé. Plusieurs mois ont passé et je me demande si vous avez obtenu une réponse du premier ministre et si vous pouviez la communiquer aux membres du comité.

La présidente: Je pensais vous en avoir déjà parlé, mais il est possible que j'aie oublié de le faire avec tout ce qui s'est passé juste avant le congé de Noël. Nous avons effectivement reçu une réponse et je pense que la greffière en a fait des copies pour tous les membres. Si cela vous convient, je les distribuerai aujourd'hui.

M. Steven Fletcher: Je vous remercie.

La présidente: Merci.

L'objection a été examinée. Nous allons maintenant reprendre l'audition de Michael Decter.

M. Michael Decter (président, Conseil canadien de la santé): Merci, madame la présidente, et merci, aux membres du comité. Je vous remercie de m'avoir invité à me présenter devant vous aujourd'hui afin de vous rendre compte des activités du Conseil canadien de la santé. Le conseil accorde une grande importance à l'intérêt que lui témoignent les membres du comité et nous sommes heureux de pouvoir vous rencontrer aujourd'hui, et nous le ferons aussi dans l'avenir, afin de parler des progrès réalisés dans le renouvellement de la santé au Canada.

Comme vous vous en souvenez, les premiers ministres ont annoncé que le Conseil canadien de la santé serait inclus dans l'accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé. Il y a à peine plus d'un an, le conseil a débuté ses travaux, en se concentrant sur son mandat unique qui consiste à suivre et à présenter de manière indépendante aux Canadiens les progrès réalisés dans le cadre du

renouvellement des soins de santé ainsi que l'état de la santé des Canadiens, tel que défini dans les accords entre les premiers ministres.

Je suis heureux de vous informer que ce conseil est à présent organisé et prêt à mener à bien sa mission, en partenariat avec le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les fournisseurs de soins de santé au Canada. Il est composé de 27 conseillers représentant les provinces et territoires participants, ainsi que le gouvernement du Canada. Ils constituent, à mes yeux, un excellent groupe—au moins 26 d'entre eux—qui possède des expériences très variées, notamment celle du gouvernement, de la gestion des soins de santé, de la recherche et de la vie communautaire. Nous sommes tous, tant sur le plan individuel que collectif, animés par la volonté d'améliorer le système de santé. Nous disposons d'un petit secrétariat hautement qualifié et notre tâche consiste à favoriser la responsabilité et la transparence dans la mise en oeuvre du renouvellement des soins de santé.

Nous accordons une grande importance à l'indépendance du conseil et nous interviendrons de façon constructive sur toutes les questions auxquelles fait face le système de soins de santé canadien. Nous considérons que notre rôle est celui d'un témoin et d'un conseiller: il s'agit de fournir un point de vue objectif sur le rythme des progrès réalisés, d'attirer l'attention sur les obstacles et de suggérer les moyens de les éliminer.

Notre premier rapport aux Canadiens—« Le renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement »—a été rendu public le 27 janvier à deux pas d'ici. Il traite des progrès réalisés jusqu'ici mais aussi des défis urgents auxquels nous sommes confrontés. Près de 200 représentants des parties prenantes ont assisté à la publication du rapport et leurs réactions ont été très encourageantes. Cela montre qu'il existe un véritable désir de changement.

Nous avons constaté qu'il existait beaucoup de bonne volonté chez les intéressés et que des pratiques novatrices apparaissaient au Canada dans le domaine des soins de santé. Nous sommes cependant convaincus qu'il est nécessaire d'accélérer le rythme du changement. Si nous n'y parvenons pas, nous risquons de perdre l'élan acquis, ainsi que certains progrès que nous avons réalisés.

Nous avons dégagé quatre domaines fondamentaux sur lesquels faire porter notre action pour que les Canadiens aient accès à un système de santé de qualité qui soit viable, accessible et bon marché. Premièrement, il faut améliorer la gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé, afin que le Canada possède la main-d'oeuvre dont il a besoin. Deuxièmement, il faut accélérer la formation d'équipes multidisciplinaires et en faire la base de la réforme des soins de santé primaires. Troisièmement, il convient d'élargir immédiatement le recours aux technologies de l'information pour les dossiers et les soins des patients. Quatrièmement, il y a lieu de réduire les disparités dans le domaine de la santé, en particulier chez les Premières nations, les Inuits et les Métis—nos populations autochtones.

Je parlerai en premier lieu des défis posés aux ressources humaines du domaine de la santé. Très simplement, nous n'avons pas suffisamment de fournisseurs de soins de santé pour répondre à nos besoins futurs. Nous avons besoin d'une stratégie globale en matière de ressources humaines intervenant dans le domaine de la santé. Ce renouvellement passe nécessairement par une planification, une formation et un apprentissage appropriés. Si nous ne relevons pas ce défi, nous n'aurons pas une main-d'oeuvre possédant les qualifications nécessaires à la mise sur pied d'équipes pluridisciplinaires chargées de mettre en place la réforme des soins de santé primaires, de réduire les temps d'attente et de répondre à l'augmentation constante de la demande de services. Si nous n'avons pas suffisamment de professionnels, qu'il s'agisse de techniciens, d'infirmières, de médecins, de personnel pour les soins à domicile et de pharmaciens, tous les autres efforts de renouvellement resteront lettre morte.

Nous avons examiné toutes les initiatives en cours au Canada et nous avons constaté qu'il se fait beaucoup d'excellentes choses dans les provinces et les territoires mais même en les regroupant, nous ne sommes pas certains d'obtenir la masse critique dont nous avons besoin. Pour aider les provinces et les territoires et les fournisseurs de soins, nous allons tenir un sommet au mois de juin à Toronto au cours duquel nous examinerons les mesures concrètes qui peuvent être prises pour améliorer la situation. Nous avons l'intention de réunir les principaux intéressés en vue de trouver les moyens de renforcer nos ressources humaines dans le domaine de la santé de façon à stabiliser la main-d'oeuvre.

• (1545)

Permettez-moi de mentionner ici que nous faisons face simultanément à deux défis. Le premier est la pénurie actuelle et le second, l'aspect démographique. Pour résumer, lorsque les baby-boomers vont avoir besoin de davantage de soins, ceux qui travaillent actuellement dans le système de santé et qui représentent près d'un million de personnes, vont prendre leur retraite; ce qui nous pose donc deux défis et non pas un seul.

Notre deuxième point concerne la nécessité de mettre sur pied rapidement les équipes pluridisciplinaires dont nous avons besoin pour les soins de santé primaires. Nous pensons que le travail en équipe est la bonne façon de procéder et que c'est la solution d'avenir pour la santé; nous avons noté dans notre rapport et dans nos mémoires l'existence de programmes novateurs, ce qui est très prometteur. Il faut néanmoins accélérer les choses et supprimer les obstacles à la formation de professionnels.

Notre troisième recommandation porte sur l'élargissement immédiat du recours aux technologies de l'information dans le domaine de la santé. Notre système bancaire est un des premiers au monde pour ce qui est de l'utilisation de la technologie; il est temps que notre système de santé emprunte la même voie. L'accélération du recours

aux technologies de l'information se traduira par une amélioration de la rapidité et de l'efficacité des soins de santé. Par exemple, les Canadiens vivant dans les collectivités rurales, dans les collectivités isolées ou du Nord, auront plus facilement accès à un meilleur service grâce à la technologie de la télésanté.

L'élément le plus important de la technologie de l'information dans la santé est l'établissement d'un dossier électronique pour les patients. La numérisation du dossier des patients—une technique sécuritaire et efficace—pour l'archivage et la transmission des renseignements améliorera grandement la qualité de notre système de santé. Cela améliorera la sécurité des patients et sauvera des vies. Ces dossiers permettront d'éviter des erreurs qui risquent de mettre en danger la vie des patients. Ils permettront de fournir un accès et des soins plus rapides en simplifiant le transfert des données et des renseignements concernant le patient et en réduisant le double emploi des analyses et des services des laboratoires.

Ces dossiers numérisés offriront également l'avantage de faciliter la circulation de l'information, un élément essentiel à la prestation de soins en équipe. Nous avons mentionné dans notre mémoire trois exemples : PharmaNet, le système de gestion de la Colombie-Britannique, le réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan, et en Ontario, les dossiers électroniques des patients de l'University Health Network à Toronto.

L'Inforoute Santé du Canada poursuit son avancée vers l'informatisation des dossiers de santé qui devrait toucher 50 p. 100 du pays d'ici 2009. On estime que ce projet pourrait être achevé d'ici 2020. Le conseil estime que ce programme doit être mis en place beaucoup plus rapidement. Nous pensons que cet objectif pourrait être achevé en cinq ans, c'est-à-dire d'ici 2010 et non pas 2015, en y consacrant des fonds supplémentaires et en résolvant les questions liées à la protection des renseignements personnels.

Le quatrième défi auquel fait face notre système de santé est celui des disparités qui existent dans ce domaine. Nous ne pourrions pas renouveler vraiment les soins de santé si nous ne réduisons pas les disparités existantes, en particulier celles qui touchent depuis trop longtemps les Premières nations du Canada, les Inuits et les collectivités Métis.

Notre conseil s'est réuni en septembre au Nunavut et nous avons pu constater de nous-mêmes les difficultés rencontrées pour attirer et conserver un personnel qualifié, pour mettre en place des équipes et adapter la technologie dans des collectivités isolées et économiquement défavorisées. Les écarts qui existent entre l'état de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis et celui des Canadiens sont extrêmement préoccupants. L'espérance de vie est plus faible chez eux, les taux de suicide, de mortalité infantile et de diabète y sont plus élevés que dans le reste du Canada.

Nous proposons deux mesures importantes. Premièrement, la formation d'une main-d'oeuvre composée de membres des Premières nations, d'Inuits et de Métis; deuxièmement, l'octroi de fonds destinés, au-delà de la santé, au logement, à l'éducation, à la formation et aux programmes sociaux de façon à améliorer les déterminants socio-économiques de la santé et à réduire les écarts dans la situation sanitaire.

La réduction des disparités permettra d'alléger les pressions exercées sur le système canadien des soins de santé, d'écourter les délais d'attente, de réduire les demandes de soins à domicile et se traduira par une meilleure santé pour les Canadiens. Grâce à une action concertée, nous pourrions réduire ou prévenir les maladies comme l'obésité et le diabète, mieux gérer le coût des soins de santé, améliorer la qualité de vie et les possibilités socio-économiques, et parvenir à réduire les dépenses dans des domaines comme l'aide sociale.

J'ai traité des quatre principaux points sur lesquels le rapport insiste mais nous abordons plusieurs autres sujets, notamment le coût des programmes de remboursement des médicaments qui augmentent plus rapidement que l'inflation ou la croissance démographique. Nous préconisons la mise sur pied d'un programme de communication de l'information qui soit indépendant et qui favorise la prescription des médicaments appropriés. Nous pensons également qu'il faut définir une norme minimale pour la prise en charge des médicaments au Canada, de façon à ce que tous les Canadiens aient accès à la même assurance-médicaments de base.

• (1550)

Les soins à domicile constituent un autre domaine à risque. Avec le vieillissement de la population et l'accroissement des demandes faites au système de santé, les soins à domicile peuvent soulager les pressions qui s'exercent sur les hôpitaux, tout en favorisant l'autonomie des personnes qui ont besoin d'un soutien. Le conseil préconise sur ce point que les soins de santé primaires comprennent des soins communautaires de santé mentale à domicile et que cette prise en charge ne se limite pas à une période de deux semaines.

La gestion des périodes d'attente constitue un défi pour les gouvernements et les fournisseurs de soins. Les efforts déployés pour gérer les placements, en mesurant les délais d'attente, en assurant un suivi ainsi que les programmes de gestion mis sur pied paraissent prometteurs.

Enfin, j'aimerais attirer l'attention des membres du comité sur la richesse des données comparatives, qui montrent comment les provinces et les territoires progressent dans divers domaines.

La prochaine année s'annonce chargée et pleine de défis. Voici quelles seront nos principales tâches : organiser le sommet sur les ressources humaines dans le domaine de la santé, consulter les intéressés, produire une série de rapports décrivant les pratiques novatrices utilisées pour les soins de santé primaires, les soins à domicile, la gestion des médicaments, la planification des ressources humaines et la réduction des périodes d'attente, ainsi que la collecte de données en vue de faire rapport sur les fonds dépensés pour le renouvellement des soins de santé et de fournir des conseils sur les avantages obtenus.

Permettez-moi de conclure brièvement. Notre objectif est de faire la lumière sur ce qui fonctionne bien, d'éliminer les obstacles, d'inviter les participants à accélérer leurs efforts pour mettre en place la réforme et améliorer la responsabilité financière. Nous voulons fournir aux Canadiens des renseignements sur les réformes en cours et sur les défis que posent les changements. Nous souhaitons encourager les Canadiens à participer à ce processus. Si nous voulons obtenir ce que les Canadiens souhaitent vraiment, c'est-à-dire un système de santé viable et de haute qualité, nous devons accélérer les choses.

Notre message tient en deux mots : dépêchons-nous, sinon, nous risquons de perdre les bénéfices des progrès réalisés ainsi que la confiance des Canadiens. Nous allons collaborer avec les gouvernements, avec les fournisseurs de soins de santé et avec les Canadiens

pour essayer d'accélérer le changement en vue de moderniser plus rapidement notre système de santé.

Au nom du Conseil canadien de la santé, je vous remercie de votre attention. Je serais heureux de répondre à vos questions.

La présidente: Merci, monsieur Decter.

Nous allons commencer notre ronde de questions avec M. Merrifield. Je lui rappelle que le Parti conservateur dispose de dix minutes. Il peut utiliser ce temps de parole ou le partager.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Merci.

Tout d'abord, monsieur Decter, je tiens à vous remercier d'avoir accepté ce poste. Il semble que depuis une dizaine d'années en particulier, la santé est une question qui a été plus souvent utilisée comme un outil politique qu'une question examinée dans l'intérêt des Canadiens. Les gouvernements provinciaux semblent vouloir en faire porter le blâme au gouvernement fédéral et le gouvernement fédéral fait porter le blâme sur les gouvernements provinciaux. Il y a toutes sortes d'accusations. Vous représentez la première lueur d'espoir qui permettrait à ces deux paliers de gouvernement de travailler ensemble.

J'espère que vous aurez beaucoup de succès. Je suis tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites qu'il faut cesser de s'en prendre aux autres et commencer à travailler dans l'intérêt de tous les Canadiens de la façon la plus efficace possible.

Voilà qui m'amène à ma première question, qui porte sur le sommet sur les ressources humaines dans le domaine de la santé que vous proposez. Cela m'intrigue parce qu'il est évident que les délais d'attente et la pénurie de personnel sont les deux principaux problèmes de notre système de santé. Cet aspect avait été réglé en 2003 avec un projet de loi affectant 90 millions de dollars à la mise sur pied d'un programme de collaboration, d'un projet de coordination des efforts de tous en partenariat, je pense que ce sont les mots exacts de ce texte. Cela découlait de l'entente de 2003. Au sujet de ces 90 millions de dollars, pouvez-vous me dire comment a été utilisé cet argent par rapport aux attentes que l'on pourrait avoir au sujet du sommet sur la santé? Qu'attendez-vous de nouveau du nouveau sommet sur la santé?

M. Michael Decter: Il y a là plusieurs questions. Je vais essayer de les séparer et d'y répondre.

Il se fait beaucoup de choses au Canada dans le domaine des ressources humaines en santé. Toutes les provinces s'en occupent activement. Le nombre des infirmières en formation a augmenté mais l'Association des infirmières et infirmiers du Canada nous dit qu'il en manque toujours. Certaines provinces ont augmenté le nombre des étudiants inscrits dans les facultés de médecine ou annoncé qu'elles allaient le faire. Le gouvernement du Canada a appuyé un certain nombre d'initiatives en matière de planification et je pense qu'une partie de ces 90 millions de dollars a été consacrée à ces actions.

• (1555)

M. Rob Merrifield: Le montant de 90 millions de dollars a-t-il été dépensé de cette façon?

M. Michael Decter: Je ne peux pas vous le dire. Je sais cependant qu'une partie de cette somme a été dépensée. Nous espérons être en mesure de vous indiquer au cours de notre seconde année d'activité dans quel domaine a été dépensée une partie de cette somme.

La question essentielle demeure la suivante. Est-il suffisant de combiner tous ces efforts avec les meilleures données possible ou faut-il faire encore davantage pour pouvoir répondre aux besoins futurs? Le conseil estime que des progrès ont effectivement été réalisés mais qu'il reste encore beaucoup à faire pour régler les deux questions que posent la pénurie actuelle et la retraite des baby-boomers qui va lourdement hypothéquer le secteur de la santé.

Nous ne critiquons aucunement ce qui se fait. La réalité est que bien souvent, ce ne sont pas les ministres de la Santé ou les premiers ministres qui prennent les décisions dans ce domaine. Dans le domaine de la formation, ce sont les ministres de l'Éducation, les ministres des collèges et universités, qui prennent ces décisions, et bien souvent, ce sont les établissements de formation eux-mêmes. Je peux vous dire, par exemple, qu'on apprécie mal au Canada le rôle que jouent les collèges communautaires.

Nous espérons réunir autour d'une table au mois de juin toutes les personnes qui prennent ces décisions, dans un premier temps, pour constater les progrès réalisés et, dans un second temps, pour examiner les autres mesures qui doivent être prises.

M. Rob Merrifield: Je n'aime pas beaucoup attendre pour voir si l'on réalise des progrès. Il me semble qu'il faut plutôt trouver des solutions précises qui permettront de supprimer les obstacles actuels. Prenons le cas des médecins, par exemple. Nous savons que le Canada forme quelque 2 200 médecins. Nous en avons besoin de 2 500 chaque année, voilà ce qu'ils nous disent. C'est un minimum. Il existe une pénurie grave de médecins à l'heure actuelle. Il faut non seulement les former, mais il faut également qu'ils restent au Canada après leur formation, et il faut qu'ils pratiquent leur profession dans les régions où nous avons besoin d'eux.

C'est donc un problème très grave. Je me demande si vous pouvez répondre à la question suivante. Ce problème relève-t-il du palier provincial, puisque c'est là qu'est fournie la formation, ou du palier fédéral? Le gouvernement fédéral pourrait-il faire quelque chose au sujet, disons, des prêts étudiants? C'est un exemple qui relève à 100 p. 100 du gouvernement fédéral.

M. Michael Decter: Il y a toute une série de décisions qui relèvent des gouvernements mais il y en a aussi d'autres qui doivent être prises par les organismes de réglementation, les associations professionnelles. Le gouvernement du Canada peut faire certaines choses et il en fait déjà un certain nombre.

Ce qui manque, à mon avis, même s'il y a d'excellents fonctionnaires de Santé Canada qui connaissent très bien cette question, c'est une bonne vue d'ensemble. Les gens se polarisent sur certaines choses. Vous avez très justement indiqué que nous essayons de faire passer de 2 200 à 2 500 le nombre de médecins qui sont formés chaque année. Il y a encore beaucoup d'incertitude parce que nous constatons, dans les facultés de médecine, que le pourcentage des étudiants qui déclarent vouloir pratiquer la médecine familiale est en forte diminution.

Dans la mesure où il y a encore une pénurie d'omnipraticiens, il est possible que, malgré tous ces efforts, nous fassions du surplace. Nous espérons donc vraiment mieux comprendre la situation actuelle.

Je mentionnerais également, parce que j'ai passé un an à faire le tour du pays, en qualité de président du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, que, si on a sans doute davantage parlé des médecins, la situation des infirmières est beaucoup plus dramatique. Le nombre des infirmières formées chaque année est passé de quelque 10 000 infirmières à, au plus bas, 4 000. Nous remontons la pente, mais il y a beaucoup de discussions sur la question de savoir si

nous avons suffisamment redressé la situation pour tenir compte de l'ampleur du problème.

M. Rob Merrifield: Les chiffres que j'ai vus confirment effectivement ce que vous dites. Je crois que vous avez raison. C'est un problème grave. Il y en a beaucoup.

L'autre aspect au sujet duquel je me demande ce que vous faites concerne l'étude qui est parue en juin dernier qui parlait des 24 000 décès ou événements indésirables survenus dans les soins intensifs des hôpitaux au Canada. Qu'allez-vous faire à ce sujet? Je me demande s'il n'y aurait pas lieu d'organiser un sommet sur cette question, sur laquelle personne ne s'est penché jusqu'ici.

M. Michael Decter: Je crois savoir que vous allez bientôt entendre les dirigeants de l'Institut sur la sécurité des patients. Vous allez donc entendre d'excellents témoins. Le Dr. John Wade, qui est le président du conseil d'administration, a exercé dans mon ancienne province, le Manitoba, à la fois comme doyen de la faculté de médecine et comme sous-ministre de la Santé; il apporte beaucoup d'expérience et de talent à ce poste. Phil Hassen, qui vient d'être nommé directeur de cet institut, était le sous-ministre de la Santé de cette province et, avant cela, c'était un des leaders du mouvement pour la recherche de la qualité dans les soins de santé en tant que directeur général d'hôpital en Ontario et en C.-B.

• (1600)

M. Rob Merrifield: Nous allons les rencontrer jeudi.

M. Michael Decter: Je dois vous dire au nom du conseil que nous avons tenu un certain nombre de réunions informelles à la suite de la création d'agences importantes comme le conseil lui-même, l'Institut sur la sécurité des patients, le Service de santé publique et, il y a dix ans, celle de l'Institut canadien d'information sur la santé, que j'ai eu le privilège de présider pendant six ans. Une de nos tâches consiste à ne pas refaire ce que font les autres. C'est pourquoi les présidents et directeurs de ces organismes, avec M. Fellegi de Statistique Canada et quelques autres, se sont réunis pour voir les domaines dans lesquels nous pouvions collaborer.

Je vais vous donner un excellent exemple. Les prescriptions électroniques, qui sont une priorité pour l'Inforoute de Santé Canada, sont également une priorité pour nous. C'est probablement une des façons les plus concrètes de réduire les erreurs commises dans le système de santé et de faire baisser ce chiffre de 24 000, qui est vraiment étonnant.

M. Rob Merrifield: Effectivement.

Pour ce qui est des dossiers électroniques, j'ai appuyé l'Inforoute et l'objectif qu'on lui avait fixé, et je n'ai pas changé d'idée, qui est de rendre accessible le dossier médical de chaque patient de façon à renforcer la sécurité de la médecine au Canada. Cela me trouble beaucoup. Nous avons consacré 1,4 milliard de dollars à l'Inforoute et cela représente beaucoup d'argent. Ils ont reçu cet argent il y a quatre ans et il n'en est encore rien sorti. Je me demande si vous pourriez nous faire le point sur cette question. Cela n'entre pas dans le mandat de la vérificatrice générale et cela n'est pas visé par la Loi sur l'accès à l'information.

Vous pourriez peut-être me dire où nous en sommes.

M. Michael Decter: Eh bien, nous leur avons demandé de venir rencontrer notre conseil lorsque nous avons tenu notre réunion à Halifax. Leur directeur général, Richard Alvarez, qui est relativement nouveau dans ce poste, nous a brossé un tableau très vivant des progrès réalisés dans certaines provinces et des obstacles. Parmi ces obstacles, il n'y a pas seulement le fait que certains gouvernements n'ont pas fait autant que d'autres, mais il y a aussi une certaine résistance de la part des fournisseurs de services. Les membres des services de première ligne ne sont pas tous enthousiasmés par cette nouvelle technologie et son taux d'adoption n'est pas aussi élevé que nous l'aurions espéré dans certaines régions.

Cela dit, cela représente un énorme défi. Nous avons consacré un milliard de dollars à notre Inforoute, ce qui est une somme considérable, mais le premier ministre Blair a consacré 15 millions \$ au R.-U. pour faire le même travail.

M. Rob Merrifield: Combien faudra-t-il payer pour obtenir ce dossier en 2010?

M. Michael Decter: Je ne peux pas vous donner de chiffre.

Cela coûtera davantage que ce qui est prévu. Il faudra que le niveau général des dépenses consacrées au système de santé passe de 1,5 ou 2 p. 100 à 5 ou 6 p. 100. Tout cet argent ne sera donc pas remis à l'Inforoute; l'Inforoute est davantage un outil, d'après moi.

Certains ont déjà fait cet investissement et nous les avons mentionnés : le groupe Health Centre de Sault Ste. Marie utilise déjà le dossier de santé électronique depuis six ans, l'Université Health Network de Toronto l'utilise depuis quelques années, la Capital Health Region d'Edmonton en Alberta l'a introduit. Il y a donc plusieurs organismes de soins qui trouvent le moyen de le faire, parfois avec l'assistance d'Inforoute et parfois avec leurs propres fonds.

Nous allons devoir concentrer davantage nos efforts que nous le faisons à l'heure actuelle. Nous pensons que les avantages que nous allons en retirer pour ce qui est des vies sauvées, des dollars épargnés et de l'amélioration des soins le justifient.

La présidente: Merci, monsieur Merrifield.

Notre prochaine intervenante est Mme Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, madame la présidente.

Bienvenue à nouveau parmi nous. Monsieur Decter, bonjour. Veuillez excuser mon retard. J'étais à une rencontre du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Lorsque j'examine votre rapport, je trouve qu'il y a un petit chevauchement entre les différents organismes. Selon vous, n'est-ce pas un peu trop bureaucratique? N'y a-t-il pas un chevauchement? Le Conseil canadien de la santé s'occupe aussi de questions de santé liées aux toxicomanies et à l'alcoolisme. Je trouve que cela fait beaucoup d'argent. En effet, 4,75 millions de dollars ont été alloués au conseil, mais dans le communiqué de presse du 21 mai 2004, on mentionne que « le Conseil a également confirmé l'approbation de son budget de 6,1 millions de dollars par tous les ministres de la Santé qui ont participé à la réunion ». Est-ce bien 6,1 millions de dollars?

• (1605)

[Traduction]

M. Michael Decter: Oui, c'est bien la somme.

[Français]

Mme Nicole Demers: Comment pouvez-vous expliquer l'écart entre le premier chiffre, qui était de 4,75 millions de dollars, et celui de 6,1 millions de dollars? Au début, on nous avait annoncé qu'il était prévu d'allouer 4,75 millions de dollars au conseil.

[Traduction]

M. Michael Decter: Le montant que le gouvernement du Canada a attribué au conseil par l'intermédiaire de Santé Canada au moment de la conclusion de l'accord de 2003 était de 10 millions de dollars par an. Notre budget est approuvé tous les ans par les membres du conseil, qui sont en fait les ministres de la Santé qui y participent. Le conseil a décidé de demander la somme dont nous pensions avoir besoin pour faire notre travail l'année suivante.

Je pense que, pour notre première année, cette demande s'élevait à 4 millions de dollars, parce que nous étions en phase de démarrage—mais je n'ai pas ces chiffres devant moi. Je pense que pour l'année qui vient, la somme demandée doit être de l'ordre de 6 millions de dollars. Notre budget est approuvé non seulement par le ministre de la Santé du Canada, mais aussi par les ministres de la Santé de chacune des provinces et territoires qui participent à ce programme. Ce sont ces personnes qui approuvent le budget. Nous demandons la somme dont nous pensons avoir besoin.

Notre organisation n'est pas très importante. Pour ce qui est du personnel, nous avons un secrétariat qui comprend 16 personnes. Le conseil lui-même est assez important. Les ministres ont décidé d'avoir un conseil composé de 27 membres venant des différentes régions du pays, ce qui entraîne des dépenses pour réunir un groupe de cette taille.

J'ai passé une bonne partie de ma vie au gouvernement, en qualité de sous-ministre en Ontario et de secrétaire de cabinet au Manitoba, et je dirais que c'est peut-être l'organisation la moins bureaucratique que j'aie connue—et je crois que ce sont les membres du conseil qui souhaitent qu'elle le demeure.

[Français]

Mme Nicole Demers: Monsieur Decter, comment les conseillers sont-ils rémunérés? Vous dites que certaines dépenses sont remboursées. Y a-t-il un autre type de rémunération?

[Traduction]

M. Michael Decter: Il y a deux types de conseillers. Il y a les conseillers gouvernementaux, dont une partie ont été nommés par leur gouvernement et étaient des sous-ministres de la Santé. Les conseillers gouvernementaux ne reçoivent pas d'indemnité journalière, mais leurs frais de déplacement sont remboursés. Les conseillers non gouvernementaux—c'est-à-dire les citoyens qui sont membres du conseil—reçoivent une petite indemnité quotidienne lorsqu'ils assistent aux réunions du conseil. J'ai moi-même refusé ces indemnités; un montant correspondant à mon indemnité est remis à la Stephen Lewis Foundation.

J'ai accepté de présider ce conseil à la condition de ne pas être rémunéré; je voulais le faire comme bénévole, parce que les bénévoles jouent un rôle très important dans le système de santé canadien et je trouve que cela est important. La deuxième condition était que je ne voulais pas être obligé de déménager dans la capitale. J'aime beaucoup la capitale de notre pays, mais je travaille à Toronto. Les ministres de la Santé ont accepté ces conditions.

[Français]

Mme Nicole Demers: Nous sommes au courant depuis longtemps du piètre état de santé des populations autochtones, et vous en avez fait mention dans votre rapport. Pourquoi le conseil ne formule-t-il pas des recommandations concrètes pour améliorer la situation? Je vois que vous parlez d'ébauches de recommandations, mais vous n'avez pas encore énoncé de recommandations concrètes.

[Traduction]

M. Michael Decter: Notre principale recommandation est très concrète et est fondée sur notre expérience. Je dirais que le conseil a la chance de compter parmi ses membres des chefs de Premières nations autochtones et d'Inuits qui sont particulièrement connus et réfléchis : Jose Kusugak, d'Inuit Tapirisat, le chef Roberta Jamieson et d'autres. Notre groupe comprend de brillantes personnalités.

Notre recommandation la plus importante consistait à demander que soit formé un personnel de santé qui vienne des collectivités qui ont beaucoup de mal à avoir accès à des soins de santé. Nous nous sommes rendus au Nunavut. Nous nous sommes réunis là-bas et avons visité de petites collectivités. Je peux vous dire que, lorsque vous vous trouvez dans l'aéroport de Kimmirut, une collectivité de 500 personnes environ, et que la seule infirmière de l'infirmière—que l'on appelle maintenant le centre de santé communautaire et où travaillent en principe trois infirmières—est assise en train de prier que le prochain vol qui arrive amène une autre infirmière parce qu'elle travaille 24 heures par jour tous les jours depuis trop longtemps, vous constatez également que pratiquement tous les services de santé fournis au Nunavut exigent la présence d'un interprète parce que presque tous les fournisseurs de soins viennent du Sud et ne parlent pas l'inuktituk.

Notre unique recommandation, qui est peut-être la contribution la plus importante que nous puissions faire, est d'accélérer les efforts déployés pour amener les Inuits à devenir infirmiers, infirmiers praticiens, médecins, pharmaciens. Il faut faire la même chose dans les collectivités autochtones, celles des Premières nations et des Métis. Cela me paraît être la seule façon de changer les choses. Les gens qui viennent pour peu de temps, attirés par les primes et à grands frais pour la collectivité, ne réussiront jamais à comprendre ces collectivités, ni à fournir le genre de soins dont elles ont besoin.

Vous avez donc raison, nous allons préparer au cours des prochains mois un rapport plus détaillé sur cette question, mais notre recommandation centrale est qu'il est nécessaire de former du personnel issu de ces collectivités.

• (1610)

La présidente: Merci, madame Demers.

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je vous remercie d'être venu ici et vous félicite pour votre première année d'activité. Je me joins à tous les membres du comité pour vous remercier au nom des Canadiens.

Je salue le geste que vous avez fait de remettre vos indemnités à des organismes de charité. Je ne vais pas aller jusqu'à vous féliciter à ce sujet parce que je ne voudrais pas que des postes comme le vôtre soit attribué à la personne qui demande le moins. Il me paraît important d'avoir des gens de votre calibre et qu'ils soient rémunérés en conséquence pour qu'ils puissent assister aux réunions du conseil. Je comprends néanmoins l'esprit dans lequel vous l'avez fait et j'apprécie votre geste. Il me semble que nous nous inquiétons trop souvent du coût des services fournis au public et pas suffisamment

des résultats. Ce sont les résultats qui m'intéressent et je vous remercie d'avoir accepté ce poste. Vous apportez une grande compétence professionnelle à ce conseil.

Votre exposé se passe, je crois, de commentaires. Vous avez soulevé des points très importants et certaines questions difficiles auxquelles doivent répondre tous les fournisseurs de soins, qu'il s'agisse, comme vous l'avez mentionné, du gouvernement fédéral ou des gouvernements provinciaux—fédéral dans le cas des Autochtones et des affaires du Nord. D'autres responsabilités relèvent des provinces—les universités, les collèges communautaires.

Vous avez parlé de la difficulté à recruter du personnel. Il y a eu quelques améliorations. Vous les avez signalées. Deux facultés de médecine viennent d'ouvrir leurs portes, la formation des infirmières a été améliorée, tout comme les technologies; tout cela ne répond quand même pas à la demande et il est difficile de savoir ce qui arrivera.

Il y a trois choses qui me touchent de près et au sujet desquelles j'aimerais avoir vos commentaires. La première est que j'ai été très heureux d'entendre ce que vous aviez à dire au sujet de la formation des Inuits et des Premières nations, la formation des personnes issues de ces collectivités et qui sont les mieux à même de les servir. Mais il y a également la question des gens qui ont été formés à l'étranger—les diplômés étrangers, le protectionnisme ou le contrôle qu'exercent les organismes professionnels et la difficulté de faire reconnaître leurs diplômes au Canada—les infirmiers praticiens, les adjoints aux médecins, les autres fournisseurs de soins—parce que vous avez parlé de l'approche holistique et d'équipes multidisciplinaires—la question des soins dentaires, la question des chiropraticiens, par exemple, et des autres professions.

Pourriez-vous nous dire comment vous pensez que ces choses vont évoluer et si vous avez constaté des changements dans ce domaine?

M. Michael Decter: J'ai eu le privilège de prendre la parole à un forum qui se tenait au George Brown College de Toronto jeudi soir. Je faisais partie d'un panel qui essayait d'examiner cette question. Je vais répéter rapidement ce que j'ai dit à cette occasion. Ce matin, il y a près d'un million de Canadiens qui se sont levés pour aller travailler dans le système de santé. Parmi ce million de Canadiens, il y a quelque 62 000 médecins et 300 000 infirmières. Mais la majorité de ces personnes ne sont ni des médecins, ni des infirmières. Pendant longtemps, nous avons eu une catégorie « autres ». Lorsque j'étais président du conseil de l'Institut canadien d'information sur la santé, j'ai déclaré qu'il était un peu gênant de constater que la catégorie « autres » était la plus importante. Il faut en fait ventiler ce chiffre et dire qui ils sont. Cette catégorie « autres » comprend toute une série de fournisseurs de soins très importants—les dentistes, les hygiénistes dentaires, les physiothérapeutes, les gens qui utilisent les nouvelles technologies, les informaticiens, les infirmières praticiennes, une petite catégorie en pleine croissance, tout comme les sages-femmes dans certaines provinces. Le fait est que cette catégorie regroupe des professions très diverses et continue à se diversifier.

Il est facile de parler d'équipes multidisciplinaires, mais il est loin d'être facile de créer de telles équipes. Premièrement—et c'est là une question dont nous avons parlé au collège George Brown l'autre soir—, la formation donnée aux professionnels est étroitement définie. Il y a beaucoup de gens qui disent aujourd'hui que si nous voulons que ces personnes travaillent ensemble, lorsqu'elles seront amenées à fournir des soins de santé, il faut également les rassembler pendant leur formation, et les amener à collaborer beaucoup plus que nous ne le faisons à l'heure actuelle. Je pense qu'il y a beaucoup de formateurs qui examinent cet aspect. Il y a des institutions qui jouent un rôle de pionnier dans ce domaine. L'Université McMaster travaille dans ce sens depuis un certain temps pour ce qui est des disciplines de la santé. Je crois que l'on peut dire que lorsque le travail en équipe ne fait pas partie de la formation, il est très difficile d'amener les équipes à travailler ensemble en situation réelle.

Si vous prenez nos grandes réussites, comme ce qui se fait dans les salles d'opération où l'on procède à des interventions chirurgicales remarquables dans de grands hôpitaux, vous constaterez qu'il n'y a pas que le chirurgien. Il y a l'infirmier spécialisé, l'anesthésiste, toutes les personnes qui font que ce travail s'accomplit en équipe. Nous disons en fait qu'il faut procéder de la même façon pour les soins primaires.

Je connais un exemple tout à fait remarquable, celui du programme pour les diabétiques du groupe de santé communautaire de Soo, qui permet aux patients atteints du diabète de rencontrer un diététicien, une infirmière, un éducateur, ainsi qu'un médecin. J'aime le fait que l'infirmière leur demande de retirer leurs chaussures et leurs chaussettes avant que le médecin ne les voie, pour savoir s'ils ont des ulcères; dans une clinique de médecine familiale, un médecin très occupé n'aurait peut-être pas le temps de le faire et risquerait de ne pas voir ce genre de symptôme. C'est une petite chose, mais elle peut éviter beaucoup de complications.

Une des questions que nous voulons aborder au sommet proposé est celle des médecins et des autres fournisseurs de soins formés à l'étranger, de façon à voir exactement quelle est la situation. On déploie actuellement des efforts pour adapter les examens, pour offrir de services de counselling, etc., pour que les personnes qui ont été formées à l'étranger puissent être autorisées à pratiquer au Canada. Là encore, nous nous posons des questions au sujet de ces choses et nous nous demandons si nos politiques d'immigration correspondent vraiment aux besoins de nos associations professionnelles.

Cet aspect a été soulevé avec le RCTA. À l'heure actuelle, on admet des gens au Canada parce qu'ils sont infirmiers. Mais ils ne passent pas les examens d'infirmiers, de sorte qu'ils ne travaillent pas comme infirmiers, mais plutôt comme assistants-infirmiers et dans d'autres emplois, bien souvent à deux ou trois endroits différents, parce qu'une bonne partie de ce personnel travaille à temps partiel. Cet aspect a pris de l'importance au moment du SRAS, parce qu'on s'est demandé pourquoi cette maladie passait d'un hôpital à un autre. Lorsque le personnel travaille dans plusieurs hôpitaux, cela augmente les risques. Lorsque ces personnes obtiennent leur diplôme, elles font face à certains problèmes très réels. Une bonne partie de ces infirmiers formés à l'étranger n'ont pas droit que soit prise en compte pour leur pension de retraite et les autres avantages sociaux la période pendant laquelle ils ont travaillé.

● (1615)

C'est comme s'ils commençaient à travailler le jour où ils obtiennent leur diplôme.

Nous pensons qu'il se fait beaucoup de bonnes choses, mais qu'il faut faire encore davantage lorsqu'on parle de travail en équipe. Cela me paraît très important. Il est parfois plus facile de voir la pénurie de personnel aux échelons supérieurs, mais s'il n'y a personne pour faire fonctionner les machines IRM, il ne sert à rien d'en acheter davantage parce que nous n'aurons pas plus d'images. Et s'il n'y a pas suffisamment d'infirmières praticiennes dans les collectivités du Nord, alors nous serons obligés d'envoyer beaucoup plus de gens dans le Sud pour qu'ils reçoivent les soins. La liste de ces situations est très longue.

Désolé de vous avoir donné une réponse aussi longue, mais c'était une question importante.

La présidente: Merci, monsieur Thibault.

Madame Crowder.

Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD): Je tiens également à vous remercier de l'exposé que vous nous avez présenté aujourd'hui.

Je sais que vous avez reconnu dans votre exposé et dans votre rapport que vous allez obtenir à l'avenir des renseignements plus détaillés en ce qui concerne le financement. J'ai néanmoins certaines inquiétudes à ce sujet, étant donné que vous mentionnez dans votre rapport que les Canadiens veulent savoir si ces fonds sont dépensés sur le renouvellement des soins de santé, ils veulent être informés des programmes et des dépenses actuels, et ils veulent savoir comment on dépense cet argent.

La raison pour laquelle cet aspect m'inquiète vient du fait que vous ne serez pas amené à examiner cette question avant quelques années et que nous aurons commencé à mettre en oeuvre ce plan de dix ans depuis plusieurs années avant de savoir vraiment comment ces fonds sont dépensés. Dans le rapport préparé par le ministre, celui qu'il présente tous les ans, on mentionnait une décision judiciaire récente qui parlait du fait que ce rapport sur la santé omettait complètement de fournir des renseignements sur un certain nombre de sujets.

Étant donné que la mission du Conseil canadien de la santé est de faire rapport à la population, et non pas de présenter des rapports au Parlement ou au gouvernement, comment pouvons-nous faire en sorte que les divers paliers de gouvernement mettent en oeuvre ce rapport et les renseignements qu'il contient, compte tenu de l'insuffisance de l'information fournie?

● (1620)

M. Michael Decter: Eh bien, officiellement, nous n'avons aucun pouvoir. Nous ne pouvons pas donner d'ordre. Nous ne sommes pas un tribunal administratif, ni judiciaire. Nous avons simplement le pouvoir de persuader les autres. J'aimerais commencer par vous dire que pour qu'une décision soit prise, il faut que les décideurs pensent que c'est une bonne idée et que la population soit favorable à cette mesure.

La deuxième remarque que j'aimerais faire porte sur la question de l'optimisation des ressources. La population veut vraiment savoir comment est utilisé cet argent. Je pense qu'une des raisons à l'origine de la création du conseil en 2003 était que, si vous vous replacez en 2000, on venait de conclure une entente sur la santé. Cela représentait une sorte d'avance sur la réforme proposée par la Commission Romanow ou la Commission royale. Et deux années plus tard, on a affecté un milliard de dollars en 2000 pour ce que l'on a appelé les nouvelles technologies médicales, parce qu'on s'inquiétait beaucoup au Canada de la question de l'imagerie diagnostique, en particulier l'IRM.

Ensuite, deux années plus tard, peu avant l'accord qui a débouché sur la création de notre conseil, il y a eu un article, je crois dans *The Globe and Mail*, écrit par Lisa Priest, qui mentionnait qu'une partie des fonds accordés au Nouveau-Brunswick avaient été utilisés pour acheter des tondeuses pour les hôpitaux. Cela a suscité une grande inquiétude. Je sais qu'il y a eu des premiers ministres que la chose a beaucoup inquiétés et qui ont dit que cet argent ne devait pas être dépensé de cette façon.

Mais notre système de santé est très complexe. Lorsque l'on y consacre des fonds au palier national, ces fonds vont ensuite aux provinces et au réseau de fournisseurs de soins, ce qui explique qu'il puisse arriver qu'ils soient dépensés pour autre chose que ce qui avait été prévu à l'origine. C'est cela qui, je pense, sape la confiance de la population.

Nous essayons de trouver les moyens de savoir avec exactitude comment ces sommes sont dépensées et nous dépendons dans une certaine mesure—en fait, entièrement—des gouvernements qui nous fournissent cette information; mais jusqu'ici cette information n'a pas été complète, mais nous espérons que cela va s'améliorer.

Il nous faut également travailler avec des gens qui ont davantage de ressources que nous. J'ai déjeuné ce matin avec le vérificateur général de l'Ontario et Graham Scott, qui est le président de l'Institut canadien d'information sur la santé. Je leur ai demandé comment nous pourrions collaborer? Le vérificateur de l'Ontario a vu sa mission de vérification de l'optimisation des ressources élargie pour qu'elle englobe les hôpitaux, les universités, les conseils scolaires et il se demande comment faire pour obtenir cette information. Nous nous sommes dit que, si nous pouvions travailler avec le secteur de la vérification, si je peux m'exprimer ainsi, cela nous aiderait à faire notre travail.

Notre rôle n'est pas celui d'un vérificateur général. Nous ne sommes pas vraiment un chien de garde mais nous nous occupons de responsabilité financière. Nous allons devoir travailler étroitement avec les personnes qui ont reçu une mission précise de la part du législateur pour résoudre ces difficultés.

Mme Jean Crowder: Je ne suis pas sûre que les Canadiens pensent que le genre de renseignements financiers que nous avons obtenus dans le passé montrent que le système de santé public est en mesure de rendre compte de ses dépenses. Les Canadiens veulent être sûrs que les services qui sont financés par des fonds publics sont également fournis publiquement. Je sais qu'un certain nombre de rapports qui ont été récemment publiés par les gouvernements provinciaux ne fournissent pas de données à ce sujet. Je note que le Québec et l'Alberta ont refusé de faire partie du Conseil canadien de la santé, de sorte qu'il n'existe pas de mécanisme national en matière de responsabilité financière.

Je me demande comment vous pouvez croire que les Canadiens vont se fier aux rapports financiers qui seront publiés alors que toutes les provinces n'ont pas signé cet accord.

• (1625)

M. Michael Decter: Permettez-moi d'aborder directement cette question parce qu'elle me paraît importante. Nous espérons qu'éventuellement toutes les provinces signeront cet accord, mais c'est à elles de le faire et nous respectons leur décision. En tant que président de l'Institut canadien d'information sur la santé, je peux vous dire qu'il a fallu dix ans pour amener Québec à en faire partie. Le Québec a été la dernière province à en devenir membre, mais il l'a fait avant que je ne quitte cet organisme, ce qui m'a fait grand plaisir. Nous n'amènerons ces deux provinces à signer cet accord qu'en leur donnant l'exemple. Nous ne parviendrons à les convaincre que si

nous réussissons à leur démontrer qu'il serait bon pour elles et pour leur population de le faire.

L'Alberta possède déjà un Health Quality Council et je viens en fait de recevoir vendredi le rapport pour l'année 2004, qui me paraît excellent. Le docteur Cowell, son directeur général, va venir nous rencontrer et parler de collaboration.

J'aimerais d'abord dire que ce n'est pas parce qu'une province ou un territoire n'est pas membre du conseil que nous n'avons pas accès à ses données, parce que tous les gouvernements se sont engagés à placer davantage de données dans le domaine public.

La deuxième remarque que j'aimerais faire, et cela nous invite à faire preuve de prudence lorsque nous faisons des déductions, est que ce n'est pas parce qu'une province ou un territoire est membre du conseil qu'elle fournit tous les renseignements que nous voudrions avoir. Je pense que l'on peut dire que les gens sont en faveur de la transparence et de la responsabilité financière mais un peu plus timides lorsqu'il s'agit de préciser jusqu'où ils sont prêts à aller dans ce domaine et à quel rythme.

Le Québec est en train de suivre un processus intéressant. Il possédait un conseil qui a été remplacé par un commissaire. Je pense que le projet de loi qui crée ce poste est bloqué devant l'Assemblée nationale parce qu'il n'a pas été décidé si le commissaire devait relever du ministre ou de l'Assemblée nationale. J'ai eu des discussions à ce sujet avec le ministre Couillard et il m'a conseillé d'attendre qu'un commissaire soit nommé pour voir s'il y aurait des domaines communs sur lesquels nous pourrions collaborer. Cela ne veut pas dire que le Québec envisage de faire partie du conseil, mais il y aurait peut-être moyen de collaborer, comme cela se faisait avec l'Institut canadien d'information sur la santé avant son adhésion officielle.

Nous avons décidé de présenter dans le rapport des données concernant l'ensemble du pays. Nous avons réuni toutes les données auxquelles nous avons accès et les avons transmises aux provinces et aux territoires pour qu'ils en vérifient l'exactitude. Notre position est que nous sommes le Conseil canadien de la santé, que nous allons faire rapport sur l'ensemble du pays, et que nous le ferons au mieux de nos capacités.

La présidente: Monsieur Savage.

M. Michael Savage (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci, madame la présidente. Je suis heureux de vous revoir parmi nous et en aussi bonne santé.

Monsieur Decter, je suis heureux que vous soyez ici.

La première remarque que j'aimerais faire est que j'examine votre liste des conseillers et que je constate qu'elle est assez impressionnante; je parle du point de vue d'un résident de la Nouvelle-Écosse qui a connu M. Tom Ward et ensuite, Alec Gillis, qui a dû remplacer Tom après son départ. Voilà qui en dit long sur la compétence de ces personnes.

Je note que dans vos dernières remarques, vous avez mentionné que votre objectif était de mettre sur pied un système de soins de santé de grande qualité qui soit viable. Ma première question concerne la promotion de la santé par opposition au traitement des personnes malades. Pour que le système soit viable, il faudrait uniquement s'occuper de promotion de la santé. Je me demande dans quelle mesure vous avez examiné cet aspect.

M. Michael Decter: Nous avons constitué une série de groupes de travail. L'un est le groupe de travail sur la santé des Canadiens que préside le chef Roberta Jamieson. Ce groupe de travail a également décidé de commencer par la question des disparités, dont souffrent les Canadiens dont l'état de santé est le plus mauvais. Ce groupe de travail a également décidé de travailler ensuite sur la promotion de la santé.

Nous avons l'intention de faire cause commune avec le docteur David Butler-Jones, la direction de l'Agence de la santé publique. Nous avons en fait commis une légère erreur à son endroit dans le rapport et je vais la corriger officiellement. Nous avons affirmé qu'il n'existait pas de stratégie nationale en matière de vaccination alors qu'il y en a une. Elle n'est toutefois peut-être pas aussi uniforme que nous le souhaiterions. Il a été très généreux à notre égard parce qu'il n'a pas cherché à bloquer notre premier rapport. J'avais dit que je rétablirais les choses à la première occasion. Voilà qui est fait.

Nous pensons qu'il existe de nombreuses tâches que le conseil, avec son vaste mandat relatif à la santé des Canadiens, peut accomplir de concert avec l'Agence de la santé publique qui est chargée d'effectuer certaines tâches précises; il ne s'agit pas seulement d'amener les provinces et les territoires à agir ensemble pour que tous les enfants canadiens reçoivent les vaccins recommandés mais de vraiment essayer d'informer les Canadiens sur ce qu'ils peuvent faire pour demeurer en bonne santé.

Il est évident que nous faisons face à un énorme défi. Nous avons fait des progrès considérables. Si on remonte au rapport Lalonde de 1974, on peut se demander ce que nous avons fait en 30 ans. Eh bien, nous avons réduit de près de 50 p. 100 le tabagisme au Canada, ce phénomène est passé de 30 à 20 p. 100, ce qui est une diminution considérable. Nous avons également fait diminuer de façon dramatique la conduite en état d'ébriété. Nos routes et nos véhicules sont plus sûrs.

Il y a cependant d'autres aspects qui évoluent en sens contraire. Nos enfants et nos adolescents ont souvent des comportements qui nuisent à la santé, au point où l'obésité est devenue un véritable problème chez eux. Nous allons peut-être perdre certains avantages que nous avons obtenus.

Il existe des populations particulières, dans les régions où résident les Premières nations, les Inuits et les Métis, et dans d'autres régions, où la santé de la population est très mauvaise. Cela reflète la situation des facteurs déterminants. C'est une question qui nous paraît très importante.

Je crois qu'un des meilleurs investissements que le Canada ait jamais fait, même si cela n'a jamais été vraiment évalué, est l'argent, la somme de 2,2 milliards de dollars, qui a été consacré à la petite enfance dans l'accord de 2000. Le docteur Fraser Mustard a défendu ce projet avec beaucoup de vigueur et il a fait comprendre à l'ensemble de la population que les premières années d'une vie affectent la santé pour le reste de la vie. Le conseil est très favorable à cette initiative. Je pense que vous entendrez parler de notre action dans ce domaine.

• (1630)

M. Michael Savage: Mon temps est-il écoulé?

La présidente: Vous pourriez peut-être poser une très courte question, et obtenir une réponse brève.

M. Michael Savage: Oui, une question très courte.

Nous avons fait beaucoup de progrès sur des choses comme le tabac, mais pour ce qui est de notre façon de vivre, de la nutrition, de

l'activité physique dans les écoles, et ce genre de choses, ce n'est pas le cas.

Je suis ravi de constater que vous allez travailler avec le Dr Butler-Jones, un homme dans lequel les Canadiens peuvent avoir une grande confiance, et la Dre Sylvie Stachenko, qui travaille également pour l'Agence de la santé publique. Je dirais également qu'il y a d'autres organisations sans but lucratif, celles qui s'occupent du cœur et des crises cardiaques, du cancer et du diabète, qui oeuvrent au sein du système de santé, même si on ne pense pas toujours à elles.

Je vous remercie.

La présidente: Très bien. Voulez-vous une réponse?

M. Michael Savage: Non. Je vous remercie.

La présidente: Merci, monsieur Savage.

L'intervenant suivant est monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Merci, madame la présidente.

Bienvenue au comité, monsieur Decter.

L'annexe 5A du rapport du conseil contient un résumé détaillé de tous les programmes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux mais ne couvre pas les programmes d'assurance-médicaments fédéraux qui ont récemment fait l'objet d'un examen de la part de la vérificatrice générale du Canada.

Pourquoi le Conseil de la santé a-t-il décidé d'examiner uniquement les activités des gouvernements provinciaux et territoriaux en excluant la responsabilité fédérale? Comme nous le savons, le gouvernement fédéral se place au quatrième rang pour ce qui est de l'assurance-médicaments au Canada.

M. Michael Decter: Eh bien, vous m'avez pris un peu par surprise; je n'étais pas au courant de cette omission et personne ne m'en a parlé, ce qui veut dire peut-être deux choses. Il s'agit simplement d'un oubli et la page qui devait être là n'y est pas ou... ce n'est certainement pas intentionnel. Nous voulions faire rapport sur tous les gouvernements. Je suis franchement un peu surpris de constater que le gouvernement fédéral ne se trouve pas dans cette annexe, ce qui veut dire que j'ai peut-être mal relu le rapport.

Tout ce que je peux vous dire pour répondre à votre question, c'est que nous avons l'intention d'inclure le gouvernement fédéral lorsque nous ferons rapport à l'avenir sur les programmes d'assurance-médicaments, ce qui est prévu. Je ne sais pas pourquoi il ne figure pas ici, cela devrait être le cas.

M. Steven Fletcher: Très bien. Dois-je en conclure que les renseignements qui concernent ces programmes existent?

M. Michael Decter: Je pense que la vérificatrice générale a effectué un examen approfondi de ces programmes. Elle a fait quelques commentaires acérés. Cela fait partie du domaine public et je ne pense pas que vous devriez avoir beaucoup de mal à vous procurer cela.

M. Steven Fletcher: Merci.

Le gouvernement fédéral se place au cinquième rang des fournisseurs de services de santé, puisqu'il dessert près d'un million de personnes à un coût d'environ 4 milliards de dollars et vous avez préparé un certain nombre de rapports qui traitent de cette responsabilité. Le gouvernement fédéral est également chargé de la prestation de services de santé aux Premières nations et aux Inuits, aux anciens combattants, au personnel de l'armée, aux détenus des pénitenciers fédéraux, aux membres de la GRC, notamment. Le rapport fédéral de 2004 indique qu'il n'existe aucune donnée concernant la plupart de ces populations. C'est pourquoi le rapport ne contient aucune analyse de fonds de la performance du gouvernement fédéral dans la prestation de services de santé pour ce qui est des indicateurs comparables.

Le Conseil de la santé a-t-il examiné les rapports sur les indicateurs comparables du gouvernement fédéral ainsi que les façons d'améliorer le rendement dans ce domaine?

• (1635)

M. Michael Decter: Nous avons examiné tous les rapports de tous les gouvernements qui ont été publiés vers la fin-novembre ou au début du mois de décembre. Nous étions déjà en train de préparer notre rapport de sorte qu'il n'a pas toujours été facile de présenter ces renseignements. J'ai assisté à une réunion de la Conférence des sous-ministres de la Santé au mois de décembre et je leur ai signalé que certaines provinces et territoires ne nous transmettaient pas tous les renseignements dont nous avons besoin, que certaines provinces le faisaient très bien alors que d'autres ne le faisaient pas.

Nous avons eu d'autres réunions à ce sujet avec le gouvernement du Canada. Des représentants du conseil ont rencontré des fonctionnaires de Santé Canada et on nous a assurés qu'à l'avenir, nous aurions accès à beaucoup plus d'informations.

L'information est un aspect essentiel pour nous. Si les gouvernements ne nous communiquent pas les renseignements qu'ils possèdent, nous ne pouvons pas présenter aux Canadiens des rapports de qualité. Il y a eu, à mon avis, une amélioration constante et progressive dans ce domaine, mais il demeure encore de graves lacunes.

M. Steven Fletcher: Cela m'intrigue beaucoup. Quelles sont les provinces et les territoires qui ne respectent pas les normes souhaitées? Donnez-nous des noms, monsieur.

M. Michael Decter: J'hésite à le faire. J'aime être positif. Nous avons souligné que le gouvernement de la Saskatchewan avait non seulement répondu à toutes nos demandes, mais qu'il l'avait fait de façon très complète et efficace. Nous avons fait savoir aux autres provinces et territoires que nous serions très heureux qu'ils adoptent la norme de la Saskatchewan.

Je tiens à être prudent; nous avons connu quelques difficultés au cours des six premiers mois, avant l'approbation de notre budget et la mise en route de notre secrétariat. Nous avons des groupes de travail qui ont embauché des consultants pour obtenir l'information. Certains gouvernements ont très bien collaboré avec nos groupes de travail et d'autres ont été un peu moins coopératifs au cours de la deuxième ronde. Je n'aimerais donc pas pénaliser qui que ce soit. Je pense...

M. Steven Fletcher: Monsieur Decter, est-ce que le gouvernement fédéral respecte cette norme?

La présidente: Monsieur Fletcher, votre temps de parole est écoulé. Vous avez largement dépassé vos cinq minutes. Nous allons maintenant donner la parole à M. Lunney.

Monsieur Lunney.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci. Tout d'abord, sur le plan de votre organisation, vous avez mentionné que vous vous réunissiez quatre ou cinq fois par an. Est-ce bien cela? C'est une véritable réunion, n'est-ce pas? Il ne s'agit pas de téléconférence. Vous vous trouvez tous physiquement au même endroit?

M. Michael Decter: Oui. Nous avons eu cinq réunions la première année et nous avons prévu en avoir quatre cette année-ci. Il s'agit de réunions auxquelles assistent les membres du conseil. Entre ces réunions, les six groupes de travail ainsi que le Comité des finances et de la vérification ont des réunions fréquentes—ou plus fréquentes—par téléconférence.

M. James Lunney: Ces six groupes de travail sont composés de membres du conseil, et non pas par des membres de votre personnel. Combien y a-t-il de personnes qui travaillent pour vous?

M. Michael Decter: Je crois que nous en sommes à 15 ou 16 à l'heure actuelle; tous les postes sont comblés.

M. James Lunney: Je voulais revenir sur certains de vos objectifs : le « renforcement de la gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé de façon à avoir la main-d'oeuvre dont nous avons besoin au Canada » et « accélérer la formation d'équipes multidisciplinaires... ». Ces objectifs ont été mentionnés à plusieurs reprises dans votre rapport sur les soins de santé primaires. Vous avez parlé de la difficulté que pose l'intégration des fournisseurs de soins primaires, les infirmières praticiennes et les pharmaciens. Vous parlez également du fait que les équipes multidisciplinaires de fournisseurs de soins permettent de réduire les erreurs cliniques et augmentent la satisfaction des patients, entre autres choses.

M. Thibault a mentionné cet aspect il y a une minute, la liste des « autres » dont vous avez brièvement parlé. Une des principales composantes de la catégorie « autres » pour ce qui est des contacts primaires sont les chiropraticiens. Il y a environ 7 000 praticiens qui offrent des soins primaires, ce qui place cette profession au troisième rang des fournisseurs de soins primaires après les médecins et les dentistes. Je me demande pourquoi nous avons encore l'impression que les chiropraticiens n'ont pas vraiment été invités à participer à vos travaux; lorsque vous avez parlé ensuite des dentistes, des physiothérapeutes et des techniciens, vous avez encore une fois oublié les chiropraticiens. Est-il dans votre intention d'englober la chiropratique?

J'aimerais attirer votre attention, au cas où vous ne la connaîtriez pas, sur une étude importante publiée dans les Archives of Internal Medicine, qui explique qu'il y a environ un million de personnes qui bénéficient de soins médicaux ordinaires et 700 000 personnes qui ont bénéficié des mêmes soins avec une couverture chiropratique, mais avec une réduction générale de 12 p. 100 des coûts de santé. J'aurais pensé que votre organisation aurait souhaité examiner cet aspect. Je me demande s'il existe un forum où vous pourriez parler aux chiropraticiens pour voir comment ils pourraient s'intégrer à ces équipes multidisciplinaires, en particulier puisque vous recherchez des ressources qui existent déjà dans les collectivités. En élargissant un peu le périmètre de nos recherches, nous constaterions peut-être qu'en fait, la pénurie que nous trouvons inquiétante n'est peut-être pas aussi grave que nous l'imaginions. Il y a déjà beaucoup de praticiens dans ce domaine qui sont peut-être sous-utilisés.

•(1640)

M. Michael Decter: Je vais d'abord répondre à votre remarque générale au sujet de l'étendue de la pratique, parce que je suis tout à fait d'accord avec vous là-dessus. Lorsqu'on examine la réglementation des pratiques, on constate qu'il y a beaucoup de tâches qui pourraient être effectuées par des infirmières ou par des infirmières praticiennes qui sont confiées actuellement à des médecins et, de la même façon, il y a des tâches qui sont effectuées par des spécialistes et qui pourraient l'être par des généralistes. La question de la répartition des tâches est donc un des domaines où il est possible, dans un contexte de travail en équipe, de modifier certaines choses. Dans la situation actuelle, lorsque l'on modifie les tâches, il faut également modifier les budgets, ce qui explique qu'il soit difficile de s'entendre sur ces choses.

Pour en revenir plus précisément à votre remarque au sujet des chiropraticiens, je vais vous dire très franchement qu'étant fils de chirurgien orthopédique, il m'a fallu très longtemps pour surmonter les préjugés que j'avais sur cette question depuis mon enfance. Certaines personnes ont une opinion très négative des chiropraticiens et il arrive que certains chirurgiens orthopédiques aient des opinions particulièrement négatives à leur sujet. J'ai eu l'occasion au cours de ma vie de parler à des chiropraticiens et à leurs associations professionnelles, ce qui m'a permis de comprendre beaucoup mieux ce qu'ils font.

Nous recherchons, il me semble, une main-d'oeuvre qui englobe le plus possible de professionnels de la santé et je crois que votre remarque est excellente. Ce n'était pas une omission délibérée de ma part; je ne voulais pas prendre le temps de la période des questions des membres du comité pour énumérer toute la gamme des fournisseurs de soins, parce que cette liste est très longue. Certaines provinces couvrent, de façon inégale, les services de chiropratique et je pense que les chiropraticiens font partie de l'équipe de soins de santé dans un sens large. À l'avenir, je crois que nous essaierons de déterminer ce que chaque profession peut faire pour combler les lacunes de notre système.

M. James Lunney: Je vous pose en fait la question suivante, si la nouvelle commission de santé n'a pas pour mission d'examiner pour le compte des Canadiens l'efficacité et la rentabilité du système, alors qui le fera? A-t-on tenté de vérifier l'efficacité et la rentabilité d'autres applications cliniques? La commission pourrait peut-être travailler avec les IRSC pour travailler sur des objectifs de recherche qui montreraient qu'il existe déjà des ressources permettant d'améliorer la rentabilité mais qu'elles sont sous-utilisées.

M. Michael Decter: Oui, voilà une excellente remarque. L'accord de 2003 ne mentionnait pas les résultats; l'accord de 2004 l'a fait et nous avons été un peu pris entre les deux. Nous étions en train de remplir notre mandat initial quand l'accord de 2004 a été signé, en nous confiant dans certains domaines un rôle élargi. Cet accord nous confie beaucoup plus clairement que le précédent le soin d'examiner les résultats en matière de santé, et nous sommes en train de réfléchir à la façon de le faire, mais nous le ferons.

De l'excellent travail a déjà été fait au niveau provincial par des groupes comme l'Institut de recherche en services de santé, le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, par exemple. Nous aimerions pouvoir prendre ces travaux et les utiliser au palier national. J'ai effectivement rencontré le Dr Bernstein et les directeurs scientifiques des IRSC, et nous étudions la façon d'utiliser leurs travaux.

L'autre domaine dans lequel notre mandat a été précisé est celui de l'état de santé. En 2004, notre mission a été précisée, et d'une

certaine façon réduite, pour ce qui est des temps d'attente. Nous allons bientôt préparer notre deuxième rapport et nous nous demandons comment intégrer les changements apportés à notre mission, étant donné que nous venons à peine de commencer nos activités; les IRSC représentent une ressource considérable pour le Canada parce qu'ils nous permettent de mieux comprendre ce qu'offrent les divers types d'intervention en matière de santé et ce que nous pouvons savoir à leur sujet. Cela est extrêmement important. Nous parlons fréquemment du fait que nous sommes fiers de notre système de santé, mais nous sommes encore en train de parler des intrants; nous parlons de dollars et du nombre des fournisseurs de soins. Nous devrions plutôt commencer à nous intéresser aux résultats. Qu'est-ce que nous obtenons en fin de compte? Qu'est-ce qu'apporte ce genre d'intervention aux patients et à la population?

•(1645)

La présidente: Merci, monsieur Lunney.

M. Carrie va terminer la première ronde et nous entendrons ensuite M. Savage.

Monsieur Carrie.

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

Je vais poursuivre sur le sujet qu'a abordé mon collègue. Vous avez dit que les gouvernements de la Saskatchewan et de l'Ontario avaient d'excellents modèles de comptabilité. Étant donné que le gouvernement fédéral vient au cinquième rang des fournisseurs de services de santé, puisqu'il dessert près d'un million de personnes à un coût de 4 milliards de dollars, je me demande si le Conseil canadien de la santé s'attend à recevoir un rapport annuel sur les dépenses du gouvernement fédéral.

M. Michael Decter: De notre point de vue, le gouvernement fédéral est bien évidemment un des participants. Ma réponse serait donc oui. Il est évident que le gouvernement fédéral a un rôle en matière de réglementation et d'établissement de politiques, mais il joue également un rôle en matière de prestation de soins. C'est un rôle qui est plus important que celui d'un certain nombre de provinces, si l'on se base sur le nombre des Canadiens qui dépendent directement du gouvernement du Canada pour leurs soins de santé.

M. Colin Carrie: Y a-t-il d'autres provinces qui ont commencé à utiliser des mécanismes assurant la responsabilité financière?

M. Michael Decter: Oui. Je crois que l'on peut dire que toutes les provinces et territoires travaillent sur cette question, en lui accordant parfois une importance différente. Par exemple, l'Ontario est la dernière province à ne pas avoir de structure régionale; le gouvernement ontarien a pris des initiatives en ce sens mais il s'intéresse encore davantage à la façon dont les hôpitaux rendent compte des fonds qui leur sont attribués. C'est le rôle qui a été confié au vérificateur provincial en Ontario.

Dans d'autres provinces, les autorités de santé régionales sont maintenant les principaux organismes de prestation de soins et elles ont conclu des ententes de rendement et utilisent des mécanismes de responsabilité financière. Le monde d'aujourd'hui est bien différent du monde d'hier, dans lequel le gouvernement jouait principalement le rôle de financier, alors que maintenant nous nous intéressons davantage à la responsabilité financière, et que nous disposons de données bien meilleures que celles que nous avions auparavant.

M. Colin Carrie: Je vais légèrement changer de sujet et poursuivre sur les aspects de la question du personnel qui ont été abordés par mon autre collègue; dans ma propre circonscription d'Oshawa, je connais deux médecins qui ont été formés à l'étranger et qui travaillent dans un dépanneur et vivent dans un sous-sol. Est-ce que vous étudiez les programmes que pourrait mettre sur pied le gouvernement fédéral, comme par exemple des prêts étudiants, ou un programme d'apprentissage, qui nous permettraient d'avoir accès le plus tôt possible aux services que pourraient offrir les professionnels qui vivent dans nos collectivités?

M. Michael Decter: Nous voulons examiner soigneusement ce qui se fait déjà. L'Ontario a organisé son premier examen destiné à des diplômés étrangers—je ne sais pas si c'est aujourd'hui ou cette semaine—et le gouvernement de cette province espère qu'un certain nombre d'entre eux obtiendront leur diplôme.

Je dois vous dire que, pendant des années, l'accès à la profession a été très sévèrement restreint. Je pense qu'à l'époque où je travaillais au ministère de la Santé, on autorisait chaque année 25 médecins à pratiquer leur profession. Je crois que nous en sommes aujourd'hui à plusieurs centaines.

Mais il faut néanmoins équilibrer les choses. Là encore, je dois dire que c'est une question complexe, car le gouvernement fédéral peut certainement aider ces nouveaux Canadiens en leur accordant des prêts étudiants et d'autres choses, mais il y a deux obstacles : il y a les organismes de réglementation, qui jugent les compétences et les diplômes des candidats, et il y a les gouvernements provinciaux qui ressentent de façon très immédiate les répercussions financières de l'arrivée de ces nouveaux médecins, et qui doivent ensuite répartir dans la province en fonction des besoins. Il faut donc que ces trois forces aillent dans la même direction, ce qui complique les choses; mais la réponse est en fait oui, nous voulons examiner de très près cette ressource et savoir ce qu'il faut faire pour que des médecins formés à l'étranger puissent pratiquer leur profession au Canada.

M. Colin Carrie: Mais si le gouvernement fédéral fournit, de façon indépendante, des services de santé à près d'un million de Canadiens, ne pourrait-il pas également réglementer de façon indépendante certaines de ces professions et décider qui peut en faire partie?

Vous avez parlé de modèle multidisciplinaire. Je pense que le gouvernement fédéral a la possibilité, par le biais du Conseil de la santé, de prendre des initiatives dans ce domaine pour le bien des collectivités autochtones, dont les besoins sont si criants. Qu'envisage-t-on de faire à ce sujet?

• (1650)

M. Michael Decter: Le gouvernement du Canada travaille, comme il l'a fait dans le passé, avec un certain nombre d'organisations d'Inuits, de Premières nations et de Métis ainsi qu'avec les gouvernements territoriaux. Le gouvernement du Nunavut, par exemple, a lancé une initiative très importante appelée Closer to Home, qui vise à embaucher du personnel pour les centres de santé communautaire et à les relier à la télésanté, ce qui s'est fait, je crois, le mois dernier, ou à peu près, et qui améliorera beaucoup la situation.

Vous avez raison lorsque vous dites que le gouvernement du Canada a la possibilité de faire preuve de leadership en matière de prestation de soins. Il existe au sud de la frontière un modèle, l'administration des anciens combattants des États-Unis, qui a fourni pendant des années les pires soins de santé aux États-Unis. La situation était vraiment catastrophique. Il a fallu un leader inspiré du nom de Dr Ken Kizer, à qui ce service a été confié, et qui a fait de

cette administration un modèle de qualité, et en particulier, pour la qualité des soins primaires.

Il a affecté une bonne partie des ressources aux soins primaires—j'ai assisté à quelques-unes de ses conférences—et je crois qu'il y a des leçons à tirer de cette expérience. Il a dit qu'il y avait des hôpitaux qui utilisaient une technologie de pointe mais que des anciens combattants sans domicile vivaient dans la rue. Ces gens-là n'avaient pas besoin d'hôpitaux modernes mais de soins primaires de base.

Dans les collectivités du Nord, on constate que les gens ont besoin de choses fondamentales. Le gouvernement du Canada pourrait faire beaucoup de choses avec les organisations qui représentent ces collectivités. Je ne pense pas qu'il puisse y parvenir seul, mais il peut faire preuve de leadership.

La question des diplômes dépend d'un organisme indépendant. C'est un organisme de réglementation de la profession qui décide si un infirmier ou un médecin peut pratiquer, et il y en a dans chaque province et territoire. Mais la personne qui est embauchée, qui fait partie de l'équipe, est choisie par les responsables du financement, de sorte que les gouvernements peuvent influencer cette situation et je pense qu'ils le font.

En Ontario, les mouvements en faveur des réseaux de santé familiale et des équipes de santé familiale ont réussi à étoffer ces équipes.

M. Colin Carrie: Je remarque...

La présidente: Monsieur Carrie, votre temps de parole est écoulé.

Nous allons maintenant passer à M. Savage.

M. Michael Savage: Merci, madame la présidente.

Nous reconnaissons tous qu'il faut accorder une attention spéciale aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis. C'est un aspect qui n'a pas reçu l'attention qu'il méritait.

Mais ailleurs, il existe également de grandes disparités dans notre système de santé. Je viens de la région de l'Atlantique, qui est la région où, sans parler des collectivités que je viens de mentionner, les maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires et les cancers sont les plus fréquentes. Le diabète est une maladie endémique dans la région de l'Atlantique. Il existe de grandes disparités au sein de notre système de santé pour ce qui est des temps d'attente, des soins à domicile, des soins palliatifs, de l'assurance-médicaments. En fait, on parle même de médecine à deux vitesses, ce qui est inquiétant, et l'on pourrait même dire qu'au sein du système de santé publique, il existe une médecine à deux vitesses, si l'on compare les provinces entre elles.

Je me demande si nous arriverons vraiment un jour à réduire l'écart entre les provinces dans le domaine de la santé. Il me paraît important d'augmenter les budgets, comme nous avons accepté de le faire cet automne, mais est-il réaliste d'espérer combler un jour l'écart entre les provinces pour certains de ces programmes clés?

M. Michael Decter: Si vous examinez les écarts qui existent entre les deux services qui sont assurés depuis une très longue période—les hôpitaux, étant donné que les lois sur les hôpitaux remontent aux années 50, et les services médicaux, qui remontent à la fin des années 60 et au début des années 70—vous constaterez que ces écarts ont beaucoup diminué. Il y a des écarts, mais je dirais qu'ils sont sans doute plus importants entre les régions d'une même province qu'entre les provinces. C'est-à-dire que les différences que l'on constate en matière d'accès aux soins hospitaliers et médicaux entre le centre-ville d'Halifax et certaines parties du Cape Breton ressemblent beaucoup aux différences qui existent entre le centre-ville de Toronto et le nord de l'Ontario.

Dans le cas des soins à domicile et de l'assurance-médicaments, il existe effectivement des écarts importants entre les provinces, mais je crois qu'en 2003 et 2004, les gouvernements se sont officiellement engagés à réduire ces écarts. Les normes minimales en matière de soins à domicile devraient réduire ces disparités, lorsqu'elles seront mises en oeuvre. La dernière fois que j'ai examiné ces chiffres, c'était il y a un an environ et j'ai constaté que certaines provinces dépensaient 130 \$ par habitant pour les soins à domicile et que d'autres ne dépensaient que 30 \$ dans ce domaine. Il existe donc un écart de un à quatre.

Pour ce qui est des soins hospitaliers, il existe des différences, mais elles découlent en général des coûts et se rapprochaient davantage de 30 p. 100 que de 300 ou 400 p. 100.

Pour ce qui est de l'assurance-médicaments, la population qui réside dans la région de l'Atlantique n'est pas couverte pour les médicaments dont le coût est prohibitif. Cette question était à l'ordre du jour de la rencontre des premiers ministres. Un groupe de travail a été constitué qui est coprésidé, je crois, par le ministre fédéral de la Santé et le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, et qui devrait présenter un rapport en juin 2006. Le conseil entend participer aux travaux de ce groupe de travail et présenter un rapport sur les mesures qui pourraient être prises pour que tous les Canadiens puissent avoir accès à un régime d'assurance-médicaments qui soit abordable.

Comme vous le savez, au cours de la dernière ronde de négociations, les premiers ministres ont invité le gouvernement fédéral à prendre en charge toute cette question. Le gouvernement fédéral a décliné l'invitation. Les gouvernements se sont entendus pour essayer de réduire ces disparités.

Je suis optimiste, car si je ne l'étais pas, je n'aurais sans doute jamais accepté ce poste. Je pense que nous y parviendrons, parce que si nous ne le faisons pas, cela aura des conséquences qui ne toucheront pas seulement les citoyens. Lorsque les médicaments et les soins infirmiers sont couverts par une assurance lorsque le patient est à l'hôpital mais qu'ils ne le sont plus lorsque le patient rentre chez lui, la situation devient délicate. Les praticiens, les médecins et les autres professionnels refuseront de renvoyer un patient chez lui s'ils savent qu'il n'aura alors plus accès à des médicaments. Ce qui veut dire qu'en fin de compte, nous utilisons la ressource du système qui est la plus chère, l'hôpital, pour faire des choses qu'il ne devrait pas faire, pour la seule raison que le patient n'est pas assuré lorsqu'il est chez lui.

Je pense que nous y parviendrons, mais cela prendra quelques années. Cela soulève des questions délicates, dans le domaine des médicaments, dans la façon de les prescrire, de les remettre aux patients, et le respect des normes. Il ne s'agit pas simplement de rembourser les médicaments; il faut convaincre la population d'utiliser les médicaments de façon appropriée.

• (1655)

La présidente: Merci, monsieur Savage. M. Savage était le premier intervenant de la deuxième ronde. J'ai plusieurs noms sur la liste.

Je constate qu'il est presque 17 heures. Un autre comité arrive à 17 h 30 et vous savez qu'il n'est pas agréable d'avoir à attendre que les gens ramassent leurs documents. Je vais donc terminer la séance à 17 h 25, pour que nous ayons le temps de sortir et de faire place au groupe suivant. Je crois qu'ils vont également utiliser ces machines. Il est possible que quelqu'un en Angleterre attende de leur parler.

Compte tenu de tout cela, je vous invite à être brefs dans vos questions et dans vos réponses, de façon à pouvoir donner la parole à tous.

La prochaine intervenante est madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci, madame la présidente.

Je voudrais d'abord dire que je suis contente d'avoir entendu mon collègue Thibault dire que dans le domaine de la santé, ce sont les résultats qui comptent et non les sommes dépensées pour les obtenir. Cela va nous aider dans nos débats futurs. Merci beaucoup.

L'hon. Robert Thibault: C'est complètement faux. Ce n'est pas ce que j'ai dit.

[Traduction]

Mme Nicole Demers: C'est ce que vous avez dit.

Monsieur Decter, est-ce bien cela?

[Français]

Vous avez dit que les régimes d'assurance-médicaments coûtent très cher, ce qui est exact, et que vous avez étudié certaines mesures qu'on pourrait prendre pour diminuer les coûts de ces régimes. Pouvez-vous nous parler de quelques-unes de ces mesures?

[Traduction]

M. Michael Decter: Certainement. Les produits pharmaceutiques viennent aujourd'hui au deuxième rang pour ce qui est des dépenses en matière de santé. Notre nation dépense aujourd'hui davantage pour les médicaments que pour les services médicaux, ce qui représente un changement considérable en 20 ans.

Nous avons formé un excellent groupe de travail sur les produits pharmaceutiques, présidé par Bob Nakagawa de la Colombie-Britannique, qui est un véritable expert national dans ce domaine.

Lorsqu'on examine ce qu'ont fait les provinces pour essayer de contrôler le coût des médicaments—et nous allons publier un rapport uniquement consacré à ce sujet—il nous paraît extrêmement important—et nous le disons dans notre rapport—que les médecins et les pharmaciens aient accès à une source d'information indépendante, une source d'information qui ne soit pas les gens qui fabriquent et qui font la promotion de ces médicaments.

Il nous paraît également extrêmement important que le public ait facilement accès à de l'information concernant les médicaments qui sont prescrits pour en connaître les avantages. Il y a eu récemment des incidents assez troublants concernant des médicaments très populaires; les données sont en train de sortir. C'est un domaine que nous voulons vraiment approfondir et le fait qu'il existe des approches différentes au Canada nous offre la possibilité de partager les leçons positives. Nous avons cependant souligné l'intérêt qu'offre le programme PharmaNet de la Colombie-Britannique, qui consiste pour l'essentiel à conserver un dossier électronique de tous les médicaments.

Le docteur Vertesi, un urgentologue de la Colombie-Britannique et qui est membre de notre conseil, apparaît dans le vidéo et signale simplement qu'il est très utile de savoir quels sont les médicaments que prend un patient, lorsqu'un médecin s'apprête à lui fournir des soins. De nos jours, les personnes âgées prennent souvent plusieurs médicaments, ce qui entraîne des conséquences.

Je regarde la présidente et je me rends compte que la concision n'est peut-être pas mon point fort.

Des voix: Oh, oh!

• (1700)

[Français]

Mme Nicole Demers: Monsieur Decter, on sait que les aînés, en plus de prendre les médicaments qui leur sont prescrits, prennent beaucoup de médicaments naturels. Est-ce que cela fait aussi l'objet de l'étude que vous faites sur la prise de médicaments, ainsi que de l'information et de la sensibilisation que vous voulez faire?

[Traduction]

M. Michael Decter: Je crois que nous allons avoir beaucoup de travail avec la seule question des ordonnances, mais je pense que la population est de plus en plus sensibilisée à cet aspect. Je sais que Santé Canada examine d'autres substances, notamment les produits naturels et les plantes médicinales.

Le domaine qui paraît le plus prometteur est celui des groupes consacrés à une maladie particulière. Je sais, par exemple, que La Société d'arthrite a un site Web qui est vraiment très bien fait. On peut consulter 10 000 pages de documents avec des commentaires, et il se peut que certains de ces groupes puissent aider les patients à mieux connaître les conséquences de ces médicaments. On trouve des histoires positives et des histoires négatives au sujet de la combinaison des médicaments et de leurs effets.

Si vous le permettez, j'aimerais faire une remarque plus générale. Lorsque nous concentrons notre attention sur les interventions au sein du système, nous avons tendance à oublier que nous sommes en train d'abandonner un système de santé qui était principalement axé sur les soins actifs, parce que nous voulions vivre plus longtemps. Le système hospitalier pour les soins actifs et le système de santé privilégiaient le traitement des crises cardiaques; nous consacrons nos ressources au traitement des maladies aiguës de courte durée. Nous avons remporté cette victoire. Les gens vivent plus longtemps, mais ils souffrent plus longtemps de maladies chroniques—ils souffrent du diabète, de l'arthrite, d'asthme—et nous sommes en train de mettre sur pied un système qui permettra d'offrir des soins à ces personnes chez elles et dans la collectivité. Une bonne partie de ce soutien va consister à leur fournir de l'information sur la façon dont elles peuvent gérer leur maladie.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Demers.

Monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Merci, madame la présidente.

Monsieur Decter, je vais revenir sur le thème que j'avais abordé tout à l'heure, celui des rapports sur les indicateurs comparables que préparent les provinces et les territoires. Vous avez mentionné que la Saskatchewan avait fait du bon travail. Si nous voulons être en mesure d'évaluer avec précision notre système de santé, il est important de savoir qui ne fait pas du bon travail et qui pourrait s'améliorer. Je vais vous poser la question directement : en vous

basant sur ces rapports, comment se comporte le gouvernement fédéral?

M. Michael Decter: Le gouvernement fédéral et moi ne nous entendons pas sur ce sujet en ce moment. Le gouvernement fédéral estime que Santé Canada nous a fourni beaucoup d'informations et a été très ouvert avec nous. Ce n'est certainement pas l'impression que j'avais en décembre.

Je tiens toutefois à être prudent ici, parce que nous avons eu des réunions très positives et je ne voudrais pas me lancer dans une bataille d'arrière-garde. Je pense que nous allons obtenir la collaboration dont nous avons besoin pour l'avenir et je peux vous dire, pour vous parler très franchement, que les cadres supérieurs nous ont toujours donné leur appui. Les réticences viennent plutôt des fonctionnaires du milieu de la hiérarchie, parce que les gens craignent qu'en faisant preuve de trop de transparence, leur travail soit mal jugé. Je sais qu'il est préférable de s'adresser directement au ministre, ou lorsque cela est possible, au sous-ministre. J'en suis à mon troisième ministre de la Santé fédéral en un an. Il y a eu beaucoup de roulement. Mais tous les trois nous ont beaucoup appuyés. J'en suis à mon deuxième sous-ministre fédéral en un an, et M. Rosenberg et moi avons eu une réunion très fructueuse.

Je suis donc très optimiste pour l'avenir. Par contre, je ne pourrais pas vous affirmer que tout a toujours été rose.

• (1705)

M. Steven Fletcher: Eh bien, vous allez peut-être en arriver à un quatrième ministre.

En passant, monsieur Decter, vous pensez peut-être qu'il s'agit d'un combat d'arrière-garde, mais il est possible que vous soyez encore en guerre. Les membres de l'opposition sont tout à fait disposés à vous apporter la paix et le calme, si vous nous le permettez.

Voici ma question. N'est-il pas un peu hypocrite de la part du gouvernement fédéral de demander aux provinces de rendre des comptes alors qu'il est lui-même incapable de rendre compte de ses actions?

M. Michael Decter: Certains estimaient que les provinces ne voulaient pas être obligées d'expliquer au gouvernement du Canada la façon dont elles dépensaient les dollars ou les résultats qu'elles obtenaient dans le domaine de la santé. En 2003 et en 2004 encore, il m'a semblé que tout le monde s'entendait pour rendre publiques toutes les mesures qui étaient prises en vue de la prestation de services de santé. Et sur ce point, je dois vous dire que nous avons fait des progrès importants depuis quelques années. Les six ans que j'ai passés avec l'ICIS m'ont permis de le constater et le gouvernement fédéral... Je ne dirai jamais assez combien le Dr Fellegi nous a soutenus sur cette question.

Statistique Canada a profondément changé la façon de fournir l'information, et a même réussi à créer de l'information qui n'existait pas. Leur enquête sur l'accès aux soins—et permettez-moi de dire ici que je trouve cette enquête formidable—n'a lieu que tous les deux ans. Il serait très utile qu'elle le soit chaque année.

Il y a des limites à l'information qu'une province est disposée à fournir à un tiers si celle-ci croit que ce tiers risque de mal la juger. Nous sommes tous humains. C'est pourquoi les journaux ne mentionnent pas leur tirage et que les stations de télévision ne mentionnent pas leurs cotes d'écoute. Les gens ont toujours tendance à tirer un peu la couverture à eux s'ils peuvent le faire.

L'exemple que je donne souvent est celui de l'enquête sur la main-d'oeuvre. Pensez à ce qui se passerait si nous demandions à chaque citoyen de déclarer son propre taux de chômage. Je pense que le taux de chômage serait beaucoup plus faible qu'il ne l'est actuellement. Nous utilisons une enquête indépendante pour le faire. Nous pouvons faire des commentaires, réunir des données et faire notre possible, mais j'ai une grande confiance dans les données que nous fournit Statistique Canada. Celles qui viennent d'autres sources sont parfois contestées.

La présidente: Merci, monsieur Fletcher.

Nous allons maintenant entendre M. Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Merci, madame la présidente.

J'aimerais faire quelques observations et ensuite, vous poser une question.

La première est la question de la responsabilité financière. J'ai assisté en Nouvelle-Écosse à une réunion au cours de laquelle le premier ministre rencontrait les membres de la communauté des soins de santé avant d'assister à la réunion des premiers ministres et il a déclaré à cette occasion que la responsabilité financière n'était pas un problème pour sa province. Vous avez peut-être raison—le genre de comptabilité qu'utilisent certaines provinces soulève parfois des difficultés, mais tout le monde a le même objectif : trouver des solutions.

La question de la technologie de l'information est très intéressante, mais avant de l'aborder, il y a un autre fournisseur de services qui pourrait peut-être être intégré, c'est l'adjoint au médecin. Je n'ai appris que tout récemment l'existence de cette catégorie professionnelle. Un bon nombre d'entre eux ont pris leur retraite de l'armée et veulent continuer à travailler. Je crois que c'est l'Université du Manitoba ou un collège communautaire du Manitoba qui a mis sur pied un programme dont le diplôme est reconnu par l'Association médicale canadienne. Cela constitue une possibilité. Lorsque j'aurai terminé de parler, vous pourriez peut-être aborder ce point.

Je vis dans une région rurale de la Nouvelle-Écosse. Je vois que Simone Comeau Geddry, qui vient de ma collectivité, est membre de votre conseil. Je vis dans une collectivité rurale, à trois heures de route des hôpitaux importants. Dans notre petit hôpital de Yarmouth, qui est un des centres régionaux de santé les plus petits ou les plus isolés, nous allons bientôt avoir une nouvelle machine IRM. Nous avons un nouveau tomodensitomètre, une nouvelle machine à rayons X numérique—tous ces appareils sont financés à l'aide des fonds fédéraux prévus par l'accord. L'aspect le plus important de tout ceci est que toutes ces choses sont reliées.

Lorsque le Dr Isra Levy est venu nous dire qu'il y avait beaucoup de médecins qui n'utilisaient pas l'Internet, cela nous a inquiétés; cet hôpital est maintenant relié à Internet par un équipement qui permet à un autre spécialiste, où qu'il se trouve au monde, de fournir une deuxième opinion. Cela donne confiance aux médecins qui pratiquent dans ce centre régional de santé parce qu'ils savent qu'ils ne sont plus aussi isolés. C'est une partie importante de la technologie, qui coûte très cher. Les sommes en jeu et l'infirmité, et tout ce qui a déjà été mentionné, coûtent très cher, mais c'est un investissement initial important qu'il faut faire pour que nous puissions fournir un service de qualité dans nos régions isolées et rurales.

• (1710)

M. Michael Decter: Je suis entièrement d'accord avec vous. Nous sommes à une époque où nous pouvons faire encore davantage. Nous pouvons être mieux informés. J'ai mentionné tout à l'heure que

feu mon père était un chirurgien orthopédique. Il est triste qu'il soit décédé avant d'avoir eu accès à ces nouvelles machines perfectionnées pour l'imagerie. Il pratiquait des interventions chirurgicales en se basant littéralement sur les ombres qu'il voyait sur les radiographies. Enfant, je le suivais partout et observais ce qu'il faisait.

Au cours des années 50, nous avons beaucoup fait ce qui s'appelaient à l'époque les interventions exploratoires. Nos chirurgiens opéraient parce qu'ils savaient qu'il y avait un problème mais ils n'en connaissaient pas exactement la nature. Aujourd'hui, avec l'IRM, le tomodensitomètre et l'amélioration des rayons X, il est rare qu'un chirurgien utilise son scalpel sans savoir exactement ce qu'il va trouver. Avec le genre de connexion dont nous parlons, quelqu'un qui peut se trouver très loin, de l'autre côté de la planète, peut examiner une série d'images et donner un avis au chirurgien, pour lui recommander de déplacer le malade ou lui préciser la façon dont il faut intervenir. Oui, cette infrastructure coûte très cher, mais il en coûte encore plus cher d'avoir de mauvais diagnostics ou une absence de diagnostic ou de voir s'effondrer l'infrastructure de notre système de santé, parce que les gens n'ont pas des outils modernes et ne veulent pas résider à Yarmouth. Ils ont été formés dans les grandes villes et ils sont habitués à utiliser des outils et des technologies modernes; ils veulent les utiliser. Ils ne veulent pas fournir un service de deuxième classe à leurs patients.

Je pense qu'il est très important de faire ces investissements et qu'ils sont rentables. Dans notre vidéo, Matthew Anderson, qui dirige un programme à la University Health Network de Toronto, a déclaré « Lorsque nous sommes passés au numérique, nous nous sommes débarrassés de 40 000 pieds carrés d'espace d'entreposage », ce qui, pour ceux qui savent encore ce qu'est un pied carré—et je suis assez vieux pour le savoir—représente un édifice de bonne taille. Cela représentait simplement les dossiers papier. Combien sommes-nous à avoir connu une situation dans laquelle un de nos proches doit repasser des rayons X ou refaire des analyses de sang parce que personne n'arrive à retrouver les résultats des analyses antérieures? Nous refaisons souvent les mêmes choses dans le système parce que nous ne sommes pas branchés comme nous devrions l'être.

Ce sont là des investissements majeurs. Je crois que nous les faisons. Notre conseil essaie simplement d'accélérer le processus.

La présidente: Monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield: Je voudrais revenir sur un sujet pour terminer. Toute cette question de la responsabilité financière du gouvernement fédéral nous gêne un peu. À qui parlez-vous directement quand vous vous adressez au gouvernement fédéral? Lorsque votre conseil ne reçoit pas l'information dont il a besoin, descendez-vous dans la hiérarchie ou parlez-vous directement au ministre?

M. Michael Decter: J'ai été invité à une réunion d'un groupe de ministres de la Santé à Vancouver, qui a eu lieu je crois au mois de novembre. J'ai également été invité, avec mon directeur exécutif, à assister à la conférence des sous-ministres en décembre. Nous avons donc eu officiellement la possibilité d'indiquer comment les choses allaient et les domaines pour lesquels nous avons besoin d'aide. Sur le plan contractuel, étant donné que nos fonds proviennent de Santé Canada, ma directrice exécutive, Cathy Fooks, travaille avec le service de Santé Canada qui administre notre entente de financement.

La difficulté vient du fait qu'il faut travailler avec plusieurs personnes parce que l'information ne se trouve pas réunie en un seul endroit. Elle est dispensée dans les diverses directions et divisions. Nous avons demandé à chaque gouvernement de désigner une seule personne à qui nous pourrions adresser nos demandes de renseignement et les gouvernements l'ont fait. Nous travaillons donc avec Ian Shugart, qui est un des sous-ministres adjoints, et avec Meena Ballantyne, qui est notre personne-contact pour ce qui est de l'entente et de notre budget.

Mais si j'ai un problème, j'en fais part au ministre et au sous-ministre. Officiellement, le conseil fait rapport aux Canadiens par l'intermédiaire des ministres de la Santé. Donc, officiellement, je fais rapport au groupe des ministres de la Santé qui m'ont demandé d'occuper ce poste.

● (1715)

M. Rob Merrifield: Vous vous adressez donc en fait au ministre, au sous-ministre, voilà ce que vous dites. C'est très bien. S'il y a un problème avec un ministère, il est normal que ce soit le chef du ministère qui s'en occupe, et en fin de compte, cela relève du ministre. Parfait.

Peut-être que notre comité de la santé devrait en prendre note et écrire au ministre pour lui demander de l'aide à ce sujet.

J'aimerais également parler de votre rapport. Avant que votre rapport soit publié, révisé et accepté, est-ce que les ministres des provinces et le ministre de la Santé fédéral l'examinent?

M. Michael Decter: Notre processus comporte deux étapes. Si vous lisez ce qu'il y a au dos du document, vous verrez que nous avons communiqué à chacun des gouvernements ce que nous allions dire à leur sujet, pour qu'ils en vérifient l'exactitude. Si nous affirmons, par exemple, que la Nouvelle-Écosse a conclu un contrat avec l'Université Dalhousie pour certaines choses... Nous avons communiqué à chaque province au mois de décembre, à nos homologues directs, les choses que nous allions mentionner dans le rapport, mais pas ce qui concernait les autres provinces, ni nos commentaires; nous avons vu là une opération de vérification des faits. Aux termes de l'accord qui nous a créés, les ministres obtiennent le rapport dix jours avant le public. L'idée était de leur donner le temps d'être correctement informés par leur personnel.

M. Rob Merrifield: Avaient-ils la possibilité d'introduire des changements à ce moment-là?

M. Michael Decter: Le rapport n'a pas été modifié parce que nous devons l'envoyer à la traduction beaucoup plus tôt. De sorte que cela ne s'est pas produit pour le rapport.

M. Rob Merrifield: Il est intéressant de savoir comment il est publié et le processus qui est suivi. Il serait également intéressant de savoir quels sont les rapports que vous allez préparer de façon à ce que nous puissions comprendre le processus.

J'ai une question sur les médicaments et la couverture accordée aux médicaments à coût prohibitif. Vous en avez parlé un peu tout à l'heure. Cela figurait dans l'accord de 2003. En fait, un engagement a été pris qui prévoyait la conclusion d'une entente sur cette question et non pas le simple dépôt d'un rapport en 2006; nous avons interrogé le ministre à ce sujet. Ce rapport risque de ne pas être publié avant 2007 et 2008, et il pourrait même l'être plus tard, avant que soit mise en place la couverture des médicaments à coût prohibitif. C'est un échéancier très différent de celui qui consistait à se donner jusqu'en 2003-2004. Je me demande si vous pourriez faire le point sur cette question, pour ce qui est du conseil et des recommandations.

M. Michael Decter: Nous nous guidons sur ce que décident les premiers ministres. Pour l'essentiel, nous préparons des rapports sur la façon dont nous accomplissons les tâches qui nous ont été confiées. L'accord de 2004 a modifié les accords de 2003. Vous parlez en fait de l'accord sur la couverture des médicaments à coût prohibitif, qui prévoit maintenant au lieu d'un engagement assorti d'un échéancier un processus devant déboucher sur un programme. En plus de prendre note de ce changement, le rapport ne peut parler que des progrès réalisés par rapport à l'entente actuelle, et l'entente actuelle prévoit le dépôt d'un rapport du groupe de travail ministériel en juin 2006.

M. Rob Merrifield: Vous aviez cependant convenu qu'il fallait remonter à 2000?

M. Michael Decter: Il y a effectivement eu un changement très net sur cette question. Il y a eu d'autres changements de diverses natures entre 2003 et 2004. Mais dans le cas de la couverture des médicaments à coût prohibitif, nous sommes passés d'un engagement ferme à l'adoption d'un processus assorti d'un engagement.

M. Rob Merrifield: Madame la présidente s'inquiète. Je devrais poursuivre rapidement.

Les soins à domicile sont une autre question qui semble avoir évolué. Pour ce qui est de la mise en oeuvre, je ne sais pas très bien ce que dit l'accord de 2004 au sujet des soins à domicile. Je vois vos recommandations, mais on devait élaborer une stratégie nationale en 2003, d'après...

M. Michael Decter: Oui. Selon l'accord de 2003, les premiers ministres ont demandé à leurs ministres de la Santé de s'entendre d'ici, je crois, octobre 2003, sur un ensemble de services de base qui devaient être visés par cette initiative. Les gouvernements n'ont pas réussi à s'entendre. La situation s'est donc en fait débloquée avec l'accord de 2004 dans lequel les premiers ministres en sont arrivés à une entente sur la couverture d'une durée de deux semaines. Dans ce cas-ci, les premiers ministres ont été obligés de se réunir à nouveau pour en arriver à une entente, qui devait être, au départ, conclue par leurs ministres de la Santé.

● (1720)

La présidente: Je vous remercie. Il ne nous reste que quelques minutes et nous voulons entendre M. Carrie et M. Lunney. Je vais donner deux minutes à chacun pour la question et la réponse.

M. Colin Carrie: Très bien, une brève question. Le rapport du Conseil de la santé indique qu'il existe un objectif selon lequel en 2011, 50 p. 100 de la population devra avoir accès à des soins de santé appropriés. Je vous félicite d'avoir fixé cet objectif—cela est excellent—mais je crains que le processus ne soit beaucoup trop axé sur le patient. Au lieu d'aller du sommet vers la base, on va de la base au sommet. Je me demandais qui décidait en fait des questions comme l'accès à des soins de santé appropriés. Avez-vous un mécanisme en place qui le permette?

M. Michael Decter: C'est en fait un engagement qu'ont pris les premiers ministres—et nous allons bien sûr suivre cette question et faire rapport à son sujet—mais ce sont les provinces qui devront fournir cette définition. Je crois qu'une expression comme « fournisseur de soins approprié » est laissée à l'interprétation des provinces. Par exemple, le Collège des médecins de famille du Canada affirme que chaque Canadien devrait avoir un médecin de famille. Il y a d'autres réalités. Il est très clairement ressorti de notre visite au Nunavut que dans ces collectivités, il y a très peu de chances pour que les personnes qui y vivent aient accès à un médecin de famille d'ici dix ans. Pour ces collectivités, une infirmière praticienne est un fournisseur de soins approprié. Ce sont donc les provinces qui vont donner un sens à cette expression et nous présenterons leur position dans notre rapport.

M. Colin Carrie: Et du point de vue du gouvernement fédéral?

M. Michael Decter: Je pense que le gouvernement du Canada décidera ce qui constitue d'après lui un « fournisseur de soins approprié » dans son secteur de prestation de services.

La présidente: Merci, monsieur Carrie.

Monsieur Lunney.

M. James Lunney: Merci, madame la présidente.

Compte tenu du coût considérable des médicaments—comme vous l'avez mentionné, il vient de dépasser celui des services médicaux, etc.—et aussi des échecs retentissants, dont certains ont fait les manchettes et ont eu une ampleur catastrophique, avec le Vioxx, le Celebrex, la C. difficile, par exemple, avec les inhibiteurs d'acide gastrique, une augmentation de 250 p. 100 des décès... Nous savons qu'il existe des produits naturels qui donnent de meilleurs résultats que les médicaments d'ordonnance pour ce genre de maladies. Nous avons parlé un peu de la chiropratique, mais il y a aussi la communauté naturopathe. Il y a d'autres herbalistes. Avec les progrès considérables que nous avons faits dans le domaine de la collecte de renseignements grâce à l'Inforoute et le reste, a-t-on envisagé de créer un forum qui permettrait d'examiner d'autres stratégies et qui regrouperait un naturopathe, un chiropraticien, et peut-être un herbaliste, avec les professionnels de la médecine et qui recueillerait des données sur d'autres types de traitements qui donnent de meilleurs résultats que ceux que nous utilisons actuellement?

M. Michael Decter: Je vais faire deux brefs commentaires, en respectant l'invitation de la présidente à être bref.

Le premier est que les Canadiens votent avec leurs pieds, dans une certaine mesure. Il y a beaucoup de Canadiens qui ne se limitent pas au système de santé officiel. Il y a un nombre important et croissant de Canadiens qui diront, au cours d'un sondage, qu'ils ont un naturopathe ou un chiropraticien, sans exclure le médecin de famille ou le pharmacien, mais qui font partie de leur équipe. C'est en général l'individu, le patient, qui met sur pied cette équipe.

Il y a des villes, et Vancouver me vient à l'esprit, où il existe des centres ou des instituts qui ont été créés pour faire ce genre de travail. Je n'ai pas eu la possibilité de suivre de façon détaillée leurs progrès.

Je crois qu'il a été rapporté qu'aux États-Unis, le nombre des visites faites à des fournisseurs de soins non traditionnels—qui vont du masseur thérapeute aux herbalistes et aux aromathérapeutes—était, l'année dernière, supérieur à celui des visites faites à des fournisseurs traditionnels. Je crois que le public recherche des résultats. Cela va nous obliger, je crois, dans le domaine de la mesure

et de l'évaluation, à nous demander si nous pouvons dire au public ce qui donne de bons résultats et ce qui n'en donne pas.

Ce sont là des sujets très controversés. Les Américains ont créé une agence parce qu'elle évalue les résultats dans le domaine de la santé et son premier rapport indiquait—il a été publié il y a huit ou dix ans—que pour les douleurs lombaires, on obtenait à peu près les mêmes résultats si l'on voyait un chirurgien orthopédique, un médecin de famille, si on ne faisait rien, si on voyait un chiropraticien ou prenait des médicaments. La publication des résultats a créé une telle controverse que le Congrès a été à quelques voix d'abolir l'agence à cause des vives réactions que cette étude avait suscitées chez les divers fournisseurs de soins.

Tout cela pour vous dire que j'estime que c'est là un travail important, mais qu'il faut être très prudent dans ce domaine.

• (1725)

La présidente: Merci, monsieur Lunney.

Au nom du comité, j'ai le plaisir de vous remercier, monsieur Decter, pour le travail que vous avez effectué, pour les responsabilités que vous avez assumées et pour l'exposé que vous nous avez présenté aujourd'hui ainsi que pour les réponses que vous avez fournies à nos questions.

Merci donc de votre générosité et ne soyez pas surpris de vous retrouver ici.

M. Michael Decter: Merci. Je vais essayer d'être plus bref à l'avenir pour que vous puissiez poser davantage de questions.

La présidente: Oh très bien. Merci.

Maintenant, je rappellerais à mes collègues que malgré tous les efforts qu'a déployés la greffière pour nous obtenir une place le jeudi matin, elle n'a pas été en mesure de le faire pour les prochaines semaines. Je crois cependant qu'en mars, nous allons gagner cette bataille.

Nous avons toutefois décidé au départ d'essayer de nous réunir de 11 à 13 heures le jeudi et maintenant que Mme Crowder a remplacé M. Blaikie, et que celle-ci a déjà une réunion de 11 heures à 13 heures, nous allons essayer de nous réunir de 9 à 11 heures.

Mme Jean Crowder: En fait, madame la présidente, notre comité s'est réuni jeudi soir. La tranche horaire de 11 à 13 heures ne convient pas à l'autre comité, je suis donc libre de 11 à 13 heures.

La présidente: Très bien. Nous essaierons donc d'obtenir la tranche horaire de 11 à 13 heures jeudi.

Mercredi, nous avons l'Institut canadien de la sécurité du patient et l'Étude canadienne sur les événements indésirables. Ceux d'entre nous qui ont étudié les médicaments d'ordonnance et entendu beaucoup de choses au sujet des réactions indésirables vont entendre des témoignages fascinants, à mon avis, et vont probablement être en mesure de poser des questions pénétrantes.

Il y a une question à régler qui découle d'une réunion à laquelle je n'ai pas assisté, qui a été présidée par M. Merrifield; cela concernait la Loi sur l'accès à l'information et la divulgation de renseignements touchant le règlement sur le tabac.

Vous avez également demandé une autre étude concernant le règlement sur le tabac. Je vous demande à tous de prendre un de ces documents et de l'examiner. Ensuite, dès que nous pourrons terminer une de nos séances avec 15 ou 20 minutes d'avance, je demanderais à M. Merrifield de présider la séance pour terminer les délibérations du comité sur ces deux sujets. Vous pouvez néanmoins prendre aujourd'hui ces deux études pour vous préparer à cette réunion.

J'ai l'impression, monsieur Merrifield, que la réunion de mercredi sera très intéressante et que nous ne terminerons certainement pas 15 ou 20 minutes avant l'heure prévue.

M. Rob Merrifield: Cela va être effectivement très serré.

La présidente: Je pense plutôt à la semaine suivante, au mercredi suivant. Nous avons la pharmacie par Internet le lundi 14 février, et également le 15 février. Nous allons entendre la Canadian International Pharmacy Association et la Pharmacy Association de la C.-B. Je pense que nous aurons obtenu suffisamment d'information en une heure et dix minutes ou une heure et demie et que nous pourrions consacrer la dernière demi-heure à ces questions.

Je vous demande donc d'examiner ces études et de les avoir avec vous au cours des prochaines réunions, parce que nous ne savons pas exactement à quel moment nous pourrions revenir sur cette question. Si vous êtes prêt, dès que nous aurons un moment, nous pourrions demander à M. Merrifield de présider la séance pour reprendre ce sujet.

Y a-t-il des questions? Je n'en vois pas, je demanderais non seulement à mes collègues mais aussi à tous nos invités de quitter la salle aussi rapidement que possible parce que l'autre réunion va bientôt commencer.

Je vous remercie.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.