



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 004



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 21 mars 2016

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le lundi 21 mars 2016

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): La séance est ouverte.

Je dois traiter de certains points d'ordre administratif avant d'aller plus loin. Nous avons demandé à la ministre si nous pouvions avoir les rapports sur les cigarettes électroniques et le Code de sécurité 6. Elle nous a répondu que nous devons saisir de nouveau le Comité de ces études, en discuter et les adopter et qu'elle y répondra par la suite. Cependant, ces études sont maintenant expirées.

Je crois que nous voulons avoir des réponses concernant ces deux études. Pour ce faire, nous devons en saisir de nouveau le Comité, les mettre à jour et les déposer à la Chambre des communes. Quelqu'un aimerait-il proposer une motion à cet effet?

Monsieur Carrie, allez-y.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Avec plaisir. Je propose de saisir de nouveau le Comité de ces études pour que la ministre y réponde.

Le président: Les analystes pourraient-elles remettre aux membres du Comité une copie de ces deux rapports, soit ceux sur les cigarettes électroniques et le Code de sécurité 6, pour que nous les ayons déjà en main? Nous les inscrirons plus tard à l'ordre du jour.

Par ailleurs, la question de la marijuana a été soulevée lors de la dernière réunion par Dre Leitch, et nous avons écrit à la ministre de la Justice pour savoir si nous pouvons nous attendre à être saisis d'une mesure législative. Nous n'avons pas encore reçu de réponse, mais je voulais seulement vous informer de ce que nous avons fait dans ce dossier.

Entre-temps, nous devrions aller de l'avant quant à ces deux rapports; nous amorcerons ces études.

Nous accueillons aujourd'hui deux distingués témoins, et nous avons hâte de les entendre. Mme Abby Hoffman est sous-ministre adjointe de la Direction générale de la politique stratégique, et Mme Gigi Mandy est directrice de la Division de la Loi canadienne sur la santé de la Direction générale de la politique stratégique.

Nous sommes prêts à entendre vos exposés, si vous en avez. Vous avez la parole.

Mme Abby Hoffman (sous-ministre adjointe, Politique stratégique, ministère de la Santé): Bonjour à tous.

Je vous remercie de votre invitation à nous adresser au Comité pour lui donner les grandes lignes de la Loi canadienne sur la santé et discuter du « Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé de 2014-2015 », qui a été déposé il y a environ un mois au Parlement, soit le 25 février.

Tout d'abord, afin de mettre en contexte la Loi canadienne sur la santé, permettez-moi de récapituler brièvement les rôles du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada.

Comme vous le savez probablement, en tant que partenaire avec bon nombre d'autres intervenants, notamment les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral assume certaines fonctions. Nous protégeons les Canadiens et les Canadiennes contre les risques environnementaux liés aux aliments, aux produits de santé et aux produits de consommation dangereux; nous approuvons les médicaments en vente sur le marché canadien et surveillons leur innocuité; nous intervenons en cas d'éclotions de maladies infectieuses et d'urgences sanitaires; nous appuyons la prestation de soins de santé aux membres des Premières Nations, aux Inuits, aux détenus sous responsabilité fédérale, aux membres des Forces canadiennes et aux anciens combattants; nous favorisons et finançons l'innovation et la recherche dans les soins de santé; nous renseignons les Canadiens et les Canadiennes sur les risques de santé et les pratiques avantageuses pour les aider à faire des choix santé.

En matière de soins de santé, la responsabilité d'assurer la prestation des services de soins de santé revient principalement aux provinces et aux territoires; cela dit, historiquement comme aujourd'hui, le gouvernement canadien a exercé son pouvoir de dépenser, à la fois, pour aider les provinces et les territoires à s'acquitter de leurs responsabilités et établir les principes et les valeurs qui sous-tendent les systèmes de soins de santé dans l'ensemble du pays.

Comme vous le savez, l'instrument principal permettant au gouvernement fédéral de transférer des fonds aux provinces et aux territoires est le Transfert canadien en matière de santé. À titre informatif, en 2015-2016, soit l'exercice en cours, le gouvernement du Canada a versé environ 34 milliards de dollars dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé, ce qui équivaut à un peu plus de 23 % du total des dépenses en matière de santé des provinces et des territoires. Ce transfert de fonds aux provinces et aux territoires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé n'est pas automatique. Afin de recevoir tous les fonds qui leur reviennent à ce titre, les provinces et les territoires doivent s'assurer que leur régime public d'assurance-maladie satisfait aux exigences de la Loi canadienne sur la santé.

Les modalités et les critères de la Loi sont, en effet, les principes nationaux qui guident le système de soins de santé au Canada: l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique. Ces principes déterminent dans quels cas une couverture est possible, qui en profite, de façon générale, et à quel endroit au Canada et à l'étranger; ils établissent également les caractéristiques de base des régimes provinciaux d'assurance-maladie, c'est-à-dire qu'ils doivent être administrés par les autorités publiques à titre non lucratif.

Il est très important de rappeler que la Loi comprend également des dispositions qui déconseillent l'imposition de frais directement aux patients en échange de services de soins de santé assurés par le régime public. Ces frais, aussi appelés « surfacturation » ou « frais modérateurs », sont définis dans la Loi. Ces dispositions constituent un élément essentiel du principe d'accessibilité.

La Loi canadienne sur la santé est la seule loi fédérale visant directement la prestation de services de soins de santé, et elle illustre bien la façon dont le gouvernement fédéral utilise son pouvoir de dépenser pour établir des normes de portée nationale et promouvoir le premier objectif de la politique canadienne de la santé. Comme le prévoit l'article 3 de la Loi, cet objectif est « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre. »

La Loi canadienne sur la santé est aussi un excellent exemple de la façon dont, au fil du temps, les gouvernements travaillent de concert pour surmonter des défis complexes relatifs à des politiques sociales. Le rapport annuel donne le détail des faits historiquement pertinents; je me limiterai donc à mentionner quelques jalons clés.

L'engagement du Canada à se doter d'un système de soins de santé largement financé par l'État remonte à 1947 et à l'expérience visionnaire et ambitieuse qu'était l'établissement d'un régime d'assurance-hospitalisation public en Saskatchewan. Afin d'appuyer la reproduction de l'expérience de la Saskatchewan, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques a été adoptée en 1957 par le gouvernement fédéral. C'est en vertu de cette loi que le gouvernement fédéral a pris l'engagement de partager le coût de ces services avec les provinces. En 1961, les autres provinces et les territoires avaient tous déjà adopté des modèles semblables.

La même formule a été reprise quelques années plus tard lorsque la Saskatchewan a élargi la couverture de son régime d'assurance-maladie pour inclure les services d'un médecin. Le Parlement du Canada a adopté la Loi sur les soins médicaux en 1966. Les autres provinces et les territoires avaient déjà tous suivi son exemple en 1972. Les Canadiens et les Canadiennes avaient dès lors accès à des services hospitaliers et médicaux grâce à un régime universel et collectif d'assurance-maladie.

●(1535)

Selon Tommy Douglas, l'ancien premier ministre de la Saskatchewan, les services médicaux et hospitaliers assurés par le régime public constituaient à peine les étapes initiales d'un régime d'assurance-maladie qui engloberait éventuellement d'autres soins de santé, tels que les services dentaires ou l'assurance-médicaments; toutefois, les services hospitaliers et médicaux demeurent les piliers centraux du régime canadien d'assurance-maladie.

Quelques années plus tard, en 1979, il était devenu évident que les frais supplémentaires facturés directement aux patients minaient l'objectif du soutien fédéral aux services médicaux et hospitaliers au Canada.

En réponse à cette menace grandissante à l'accès universel aux soins, à la demande du gouvernement fédéral, le juge Emmett Hall a pris en charge en 1979 l'examen de l'état des services de soins de santé au Canada. Dans son rapport, il a affirmé que les services de santé au Canada se classaient parmi les meilleurs au monde; il nous a néanmoins mis en garde contre la surfacturation faite par les médecins et les frais modérateurs facturés par les hôpitaux, au sens où ces pratiques étaient en train de créer un système à deux vitesses qui constituerait une menace à l'accès universel aux soins.

Le rapport du juge Hall et le débat national qu'il a enclenché ont conduit à l'adoption de la Loi canadienne sur la santé en 1984. La Loi a conservé les principes de base contenus dans les deux lois précédentes et, par l'ajout d'interdictions particulières à l'égard de la surfacturation et des frais modérateurs, elle a réaffirmé l'engagement du Canada envers un régime d'assurance-maladie universel. Le but de la Loi canadienne sur la santé consiste à assurer que les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, tout comme certains services de chirurgie dentaire, sont offerts aux Canadiens et aux Canadiennes selon des modalités uniformes et sans obstacles d'ordre financier ou autre.

Le gouvernement fédéral encourage les provinces et les territoires à s'essayer à la conception de systèmes de santé qui répondent à leurs circonstances particulières, pourvu que les principes de la Loi canadienne sur la santé soient respectés.

Depuis la promulgation de la Loi, l'adhésion à ses principes a signifié que les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires ont plus d'aspects communs qu'ils n'ont des différences. De plus, le mécanisme d'application de la Loi a contribué à la cohérence d'un système de santé financé par l'État, et ce, à l'échelle nationale. Par exemple, Santé Canada préside un comité FPT sur la facturation réciproque, qui aide à résoudre les problèmes des Canadiens et des Canadiennes qui voyagent ou qui déménagent dans d'autres provinces.

Santé Canada est aussi à l'écoute des Canadiens et des Canadiennes: elle correspond par écrit avec eux, et elle prend leurs appels téléphoniques. Dans certains cas, les fonctionnaires du ministère peuvent aider les Canadiens et les Canadiennes à naviguer dans le système de soins de santé et même intervenir en leur nom.

Par exemple, il existe une situation récurrente. Les Canadiens et les Canadiennes qui déménagent dans une autre région au pays ne comprennent pas toujours qu'ils sont tenus de s'inscrire au régime d'assurance-maladie de leur nouvelle province jusqu'à ce qu'ils essaient d'obtenir des soins avec une carte expirée ou délivrée par leur ancienne province. En travaillant de concert avec les provinces concernées, nous avons à maintes occasions été en mesure d'aider les Canadiens et les Canadiennes à conserver leur couverture.

Bien sûr, lorsque les Canadiens et les Canadiennes s'adressent à nous pour nous faire part de leur opinion sur la prestation des services, nous devons les diriger vers les ministères provinciaux et territoriaux qui ont compétence dans ce domaine.

Je tiens à souligner que les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires respectent généralement les critères et les conditions de la Loi canadienne sur la santé. De fait, dans la plupart des provinces, les lois régissant les régimes d'assurance-maladie vont souvent bien au-delà des exigences prévues à la Loi canadienne sur la santé en ce qui a trait à l'éventail de services couverts et aux mécanismes permettant d'assurer la conformité aux valeurs et aux principes soutenant l'accès universel aux soins de santé.

Comme vous le savez probablement, dans bon nombre d'administrations, les soins de la vue, les produits pharmaceutiques utilisés à l'extérieur des hôpitaux et les services ambulanciers sont couverts jusqu'à un certain degré. Lorsque les provinces et les territoires offrent effectivement des soins qui sortent du champ d'application de la Loi, elles ne sont pas liées par les exigences de la Loi et peuvent, à leur discrétion, prendre des dispositions pour offrir de tels services en tenant compte de leurs modalités et de leurs priorités particulières. Cela permet aux administrations de cibler des régions ou des populations précises, telles que les enfants ou les personnes âgées, et d'exiger le partage des coûts des patients.

La Loi canadienne sur la santé établit vraisemblablement des principes importants, et nous l'admettons; néanmoins, les provinces et les territoires ont la charge d'administrer des systèmes à multiples facettes qui sont généralement régis par des textes législatifs beaucoup plus complexes, lesquels donnent le détail de la façon dont leur régime d'assurance-maladie est géré et dont leur système de santé est organisé, financé et gouverné.

● (1540)

Bien que les principes de base de la Loi canadienne sur la santé aient une valeur durable, à mesure que les soins de santé évoluent, la Loi fait l'objet d'éclaircissements et d'interprétations périodiques qui assurent son applicabilité à de nouvelles situations.

Par exemple, l'application de la Loi s'est appuyée sur trois lettres d'interprétation très importantes qui ont été rédigées au cours des 30 dernières années.

La lettre du ministre Jake Epp, en date de 1985, abordait en plus grand détail les dispositions de la toute nouvelle Loi à l'époque.

Une décennie plus tard, soit, en 1995, la lettre de la ministre Diane Marleau abordait la politique fédérale sur les cliniques privées en vertu de laquelle la définition d'un « hôpital » avait été élargie pour inclure toute installation où, à l'époque, les autorités exigeaient des patients qu'ils paient des frais d'établissement pour accéder à des services qui étaient couverts par le régime d'assurance-maladie. Sa lettre visait à mettre un terme à l'imposition de tels frais aux patients.

Enfin, en 2002, la ministre Anne McLellan a écrit une lettre aux provinces et aux territoires pour souligner le processus de prévention et de règlement des différends touchant à l'interprétation de la Loi canadienne sur la santé. L'initiative visait à encourager la communication permanente en vue d'éviter les différends. Dans l'éventualité où il surviendrait des différends qui ne pouvaient pas être résolus au moyen des processus informels, un processus officiel de résolution avait été mis en place.

Dans les cas de non-conformité éventuelle à la Loi canadienne sur la santé, Santé Canada met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé pour l'application de la Loi. Nous comptons sur la bonne foi des provinces et des territoires pour aborder les questions préoccupantes, car, en vertu de la Loi, Santé Canada ne dispose d'aucun pouvoir d'enquête direct.

L'imposition de sanctions pécuniaires sous forme de déductions des paiements du Transfert canadien en matière de santé n'est considérée qu'en dernier recours, quand toutes les autres options pour régler un différend par la collaboration ont été épuisées. Ces sanctions sont documentées dans le rapport annuel, ce dont vous avez peut-être déjà pris connaissance.

Tel que vous l'avez peut-être constaté dans le rapport annuel déposé en février, de l'adoption de la Loi canadienne sur la santé à mars 2015, plus de 10 millions de dollars ont été déduits des paiements du transfert aux provinces et aux territoires en raison de surfacturation et de frais modérateurs. Cette somme peut sembler petite, mais elle ne comprend pas les déductions de près de 245 millions de dollars effectuées de 1984 à 1987, puis remboursées par la suite aux provinces et aux territoires lorsque la surfacturation et les frais modérateurs ont été éliminés. Le remboursement de ces montants constituait à l'époque une mesure visant à inciter les provinces et les territoires à se conformer à la Loi en vertu d'une disposition à durée déterminée qui n'est plus en vigueur.

Je tiens à bien faire comprendre que notre but dans la gestion de la Loi canadienne sur la santé n'est pas tout simplement d'imposer des

sanctions; ce n'est pas vraiment du tout le cas. Nous cherchons plutôt à assurer la conformité et à garantir ainsi l'accès des Canadiens et des Canadiennes à des services assurés, sans obstacle lié à leur capacité ou à leur volonté de payer.

Maintenant, permettez-moi de formuler quelques commentaires au sujet du rapport annuel.

Le dépôt du rapport constitue une exigence législative. Le rapport doit être déposé au cours des quinze premiers jours de séance de chaque année civile. Bien que le rapport soit présenté au Parlement fédéral, il est le fruit de la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour renseigner les Canadiens et les Canadiennes sur leur régime public d'assurance-maladie.

La rubrique du rapport de 2014-2015 consacrée au gouvernement fédéral présente une description de la Loi canadienne sur la santé, de notre approche pour la gérer et des enjeux liés à la conformité au cours de la période visée par le rapport de 2014-2015. Comme vous l'avez peut-être constaté, le rapport est en grande partie tiré d'aperçus des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Ces renseignements nous ont été fournis à notre demande par les provinces et les territoires. Ces données reflètent la façon dont les régimes des provinces et des territoires répondent aux modalités et aux critères de la Loi, tout en constituant des données statistiques pertinentes sur les services médicaux et hospitaliers et les services de chirurgie dentaire assurés par les régimes publics provinciaux et territoriaux.

Il est important de souligner que, même si le présent rapport contient beaucoup d'information sur les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, lesquels sont assujettis aux modalités et aux critères de la Loi canadienne sur la santé, l'analyse de l'état du système de soins de santé du Canada dans son ensemble ne fait pas partie de sa portée. Le rapport porte sur la mesure dans laquelle les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires respectent les modalités et les critères prévus dans la Loi canadienne sur la santé.

● (1545)

Avant de terminer, permettez-moi de parler brièvement des enjeux liés à la conformité. En ce qui concerne les enjeux particuliers soulevés dans le rapport de cette année, vous trouverez un commentaire sur la déduction du montant d'un peu plus de 241 000 \$ imputé à la Colombie-Britannique dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé. La déduction a été appliquée à l'égard de la surfacturation et des frais modérateurs imputés dans les cliniques de chirurgie privées en Colombie-Britannique.

Le rapport fait également état d'autres problèmes, récents ou de longue date, liés à la conformité. Ces problèmes comprennent des questions aussi variées que le suivi d'allégations présentées par des intervenants quant à la surfacturation ou l'insistance sur le fait que les patients ne peuvent être facturés directement lorsqu'ils optent pour la chirurgie robotique. Au cours de la dernière année, nous avons fait des démarches auprès de provinces où les hôpitaux imposaient des frais directement à leurs patients au titre de leur préférence d'hébergement lorsqu'il n'y avait pas d'espace dans la salle. De plus, dans certaines régions du pays, nous avons exprimé des inquiétudes au sujet des frais d'adhésion facturés dans les cliniques de soins privées, car ces frais constituent, à notre avis, une entrave possible à l'accès aux services assurés.

Je suis heureuse de pouvoir affirmer que notre travail dans le domaine de la conformité est mené dans les deux sens. De temps à autre, les provinces nous demandent d'évaluer à l'avance des initiatives qu'elles envisagent de mettre en place, afin de s'assurer qu'elles respectent les exigences de la Loi ou, à tout le moins, afin de savoir d'avance quelles en seraient les conséquences s'il devait y avoir un problème ou une proposition qui dépasse la portée de la Loi.

Dans l'année en question, nous avons eu l'occasion de fournir deux évaluations de ce genre. L'une de ces initiatives proposait qu'une fondation de bienfaisance retienne les services d'une clinique d'infirmières praticiennes qui se consacraient aux clients d'un centre de ressources communautaires. La province se disait préoccupée par la possibilité que l'octroi d'un accès privilégié aux clients puisse entraîner des problèmes d'accessibilité aux termes de la Loi, mais nous l'avons informée que ce n'était pas le cas: comme les services ne sont pas fournis par des médecins ou dans un hôpital, rien ne contrevient à la Loi.

La deuxième évaluation visait une proposition présentée par un groupe d'ophtalmologistes qui souhaitaient imposer aux patients des frais chaque fois que des tests étaient réalisés au bureau du médecin plutôt qu'à l'hôpital. Cela était préoccupant à la lumière de la Loi canadienne sur la santé, car les tests font partie intégrante de tout service offert par un médecin et aucuns frais ne peuvent être facturés aux patients pour ces services s'ils sont couverts par le régime d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Cette proposition a été rejetée.

Avant qu'on passe à la période des questions, je voudrais aborder un dernier point: la Loi canadienne sur la santé a été fréquemment taxée de texte législatif obsolète qui constitue une entrave à l'innovation et à la modernisation des systèmes de soins de santé. Comme vous vous en doutez, nous ne sommes pas du même avis.

Nous tenons à rappeler aux membres du Comité que la Loi donne aux provinces et aux territoires la liberté d'explorer diverses modalités de gouvernance, d'organisation, d'ententes liées à la prestation et au financement, à condition qu'elles remplissent le critère de la Loi canadienne sur la santé, soit la non-imposition de frais directs aux patients pour les services assurés.

Par exemple, de nombreuses provinces mettent à l'essai des équipes de services de santé de la famille, au sein desquelles les médecins et d'autres professionnels des soins de santé travaillent de concert à la gestion des divers aspects des soins aux patients.

D'autres provinces ont pris des mesures pour faciliter les soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques dans des zones éloignées grâce à la possibilité de suivre l'état de santé des patients par télésurveillance.

Comme aucuns frais directs ne sont imputés aux patients dans un cas comme dans l'autre, il n'y a pas lieu de s'inquiéter de ces modèles de prestation de rechange. Selon nous, ces exemples montrent que la Loi est suffisamment souple pour permettre l'utilisation de modèles de prestation qui, bien franchement, n'étaient pas prévus au moment de l'adoption de la Loi, en 1984.

Je vais conclure ma déclaration préliminaire en disant ceci. De façon générale, nous estimons que les valeurs qui étayaient la Loi — soit l'équité, la justice et la solidarité — sont tout aussi pertinentes aujourd'hui qu'elles l'étaient en 1984, et elles continueront à l'être à mesure que nous améliorons notre système de soins de santé pour répondre aux besoins des Canadiens.

Monsieur le président, je vais m'arrêter là. Gigi Mandy et moi serons ravies de répondre aux questions des députés.

Merci.

• (1550)

Le président: Merci beaucoup.

J'ai l'impression que vous devez faire preuve de beaucoup de jugement dans le cours normal d'une journée.

Nous allons commencer la période des questions par M. Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci de cet exposé fort intéressant et fort instructif.

Une des choses dont vous avez parlé, c'est l'exclusion de certains services dans la Loi canadienne sur la santé, notamment les médicaments administrés à l'extérieur du contexte hospitalier et les services ambulanciers. À votre avis, l'exclusion de ces services risque-t-elle de nuire à la viabilité à long terme de la Loi canadienne sur la santé?

• (1555)

Mme Abby Hoffman: Je vais commencer, et Gigi pourra intervenir, si elle le souhaite.

L'exclusion de ces services ne nuit pas à la viabilité de la Loi, en ce sens que la majeure partie des dépenses en santé au Canada servent toujours aux services hospitaliers et médicaux. Ces services sont, bien entendu, régis par les conditions et les critères prévus dans la Loi.

Il est vrai que la Loi canadienne sur la santé met l'accent sur les services hospitaliers et médicaux, ce qui signifie que les autres services, comme ceux que vous venez de mentionner et bien d'autres encore, ne sont pas du tout couverts à l'échelle nationale ou, encore, qu'ils sont couverts selon différentes modalités, d'une région à l'autre du pays. La bonne nouvelle, c'est que dans bien des provinces, ces autres services ont évolué presque au même rythme de développement, si bien qu'ils sont couverts d'une manière ou d'une autre. L'assurance-médicaments est manifestement un enjeu, mais il en va de même pour l'accès à d'autres services dans la collectivité — par exemple, l'accès aux soins à domicile.

Le manque d'uniformité dans l'ensemble du pays est un sujet de préoccupation, même si le financement provincial et territorial dans ces domaines est plutôt robuste. C'est tout simplement la situation qui prévaut actuellement partout au pays.

M. Doug Eyolfson: Santé Canada pourrait-il mesurer les avantages possibles d'un régime universel d'assurance-médicaments, c'est-à-dire les économies réalisées dans le système de santé, par rapport aux dépenses initiales à défrayer pour établir un tel système?

Mme Abby Hoffman: Parlez-vous spécifiquement des médicaments ou plutôt...

M. Doug Eyolfson: Je parle surtout des médicaments. Y a-t-il un moyen quelconque d'analyser les coûts associés au financement des médicaments administrés à l'extérieur du contexte hospitalier par rapport aux économies réalisées dans le système de santé grâce à l'amélioration des résultats pour ceux qui n'ont pas les moyens de se procurer des médicaments? A-t-on effectué une telle analyse?

Mme Abby Hoffman: Il n'existe aucun algorithme nous permettant de calculer les conséquences précises parmi les Canadiens qui n'ont pas les moyens de se procurer des médicaments d'ordonnance. Diverses enquêtes nous révèlent qu'il ne s'agit pas d'un énorme segment de la population, mais il reste qu'un nombre important de Canadiens affirment ne pas acheter ou ne pas renouveler les médicaments qui leur sont prescrits, tout simplement par manque d'argent. Nous savons qu'à long terme, cela coûte cher au système de santé, car cela entraîne des coûts supplémentaires. À la lumière des études effectuées jusqu'ici, ces coûts dépassent, selon toute vraisemblance, les frais associés à la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments dans l'intérêt de ces personnes.

Oui, il y a des coûts à long terme en ce qui concerne la détérioration de la santé, l'éventualité d'une hospitalisation et le recours à d'autres services de santé. C'est justement la raison pour laquelle, aujourd'hui, comme vous le savez, l'accès aux médicaments est l'un des principaux objectifs dans le cadre des discussions sur l'élaboration d'un programme d'action commun en santé et d'un éventuel nouvel accord sur la santé. On s'inquiète beaucoup non seulement des répercussions financières, mais aussi des conséquences néfastes pour la santé des gens qui ne peuvent tout simplement pas se permettre d'acheter des médicaments.

On parle ici de gens qui ne sont pas admissibles aux régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux ou territoriaux, lesquels s'adressent surtout aux Canadiens âgés ou aux assistés sociaux. On parle aussi de gens qui n'ont pas accès à des assurances privées en raison de leur situation d'emploi. Une très grande part de la population paie toujours de sa poche pour se procurer des médicaments. Et une partie de ces personnes — environ le quart du total, ou un pourcentage plus faible, mais néanmoins important — se privent de médicaments dont ils ont tout simplement besoin.

M. Doug Eyolfson: D'après votre expérience, si on élargissait la portée du régime d'assurance pour y inclure les médicaments administrés à l'extérieur du contexte hospitalier, quels types de défis cela pourrait-il poser sur le plan de l'administration de haut niveau, mis à part les fonds initiaux à engager?

• (1600)

Mme Abby Hoffman: Si l'on veut concevoir un programme destiné à instaurer un régime d'assurance uniforme, il faut d'abord décider qui y sera admissible et dans quelles conditions, en plus de déterminer les modalités de remboursement, le type de formulaire et le montant des quotes-parts ou des cotisations des patients.

Cependant, il faut éviter de créer, au départ, une nouvelle initiative si attrayante que les gens décident de se retirer de leur régime d'assurance complémentaire des employés ou de tout autre régime public.

La conception d'un régime d'assurance-médicaments est très complexe. Songeons aux programmes provinciaux, au programme fédéral pour les Premières Nations et les Inuits, et aux programmes de prestations médicales non assurées — ce n'est pas une mince affaire que de les concevoir. Malgré tout, la plupart des gens conviendraient que les paramètres devraient être les mêmes, peu importe si une personne a accès à un programme financé par l'employeur ou à un régime financé par le secteur public.

Beaucoup de gens parlent, par exemple, de l'idée d'élaborer un formulaire commun en matière d'accès aux médicaments pour l'ensemble des Canadiens, peu importe leur régime d'assurance.

Le président: Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie: Je tiens à remercier Mme Hoffman de sa présence. Je crois que c'est toujours un honneur pour nous de recevoir des Canadiens célèbres qui sont une source d'inspiration.

Je voudrais d'abord vous demander de nous faire le point sur la situation. Vous êtes sans doute au courant du projet de loi 20 du Québec. J'aimerais savoir où en sont les choses à cet égard et quel est le point de vue du ministère là-dessus.

Mme Abby Hoffman: Vous parlez de l'intention d'élaborer un barème de tarifs facturés aux patients ou, plutôt, de la décision d'autoriser les propriétaires de cliniques à imposer des frais aux patients pour certains services qu'ils leur offrent.

À ce stade-ci, pour autant que nous le sachions, le projet de loi a été adopté. On est en train d'élaborer un barème de tarifs admissibles. À notre connaissance, la date d'entrée en vigueur est prévue pour la fin du printemps. Durant la période de mai à juin, ce barème sera rendu public, et les règlements autoriseraient les fournisseurs à prélever des droits pour des services dans des installations particulières, à savoir des cliniques.

Bien entendu, le projet de loi n'est pas encore entré en vigueur; donc, personne n'a dû payer ces frais. Nous pouvons certainement affirmer qu'il s'agit d'une contestation assez directe de la Loi canadienne sur la santé. Il est intéressant de noter, d'après notre interprétation des dispositions, que les patients auraient gratuitement accès à certains des mêmes services si ceux-ci étaient offerts en milieu hospitalier. Les frais en question seraient imposés dans des contextes particuliers de prestation de services.

M. Colin Carrie: Je vous remercie.

J'en viens à ma deuxième question. Dans votre exposé, vous avez dit que le Transfert canadien en matière de santé s'élève à près de 34 milliards de dollars.

Par curiosité, au cours des 10 dernières années, le gouvernement fédéral a-t-il réduit ces transferts, ou le montant a-t-il augmenté chaque année?

Mme Abby Hoffman: Les transferts dépendent des ententes entre le gouvernement fédéral et les provinces. À l'heure actuelle, l'augmentation annuelle du Transfert canadien en matière de santé est de 6 %. Il s'agit d'une formule complexe. C'est moins compliqué qu'avant, parce qu'on calcule maintenant le versement accordé à chaque province selon un montant égal par habitant. Si je dis que c'est compliqué, c'est uniquement parce qu'au moment de passer à la nouvelle formule fondée sur le montant égal par habitant, on a dû faire des rajustements.

Aucune province et aucun territoire n'a reçu, pour une année donnée, un versement inférieur à celui de l'année précédente dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé. Dans certains cas, il y a eu des déductions en raison de problèmes de conformité aux termes de la Loi canadienne sur la santé, mais les montants revêtent surtout une valeur symbolique. Ces dernières années, aucune des déductions effectuées pour cause de non-conformité n'a représenté une réduction considérable du versement accordé aux provinces ou aux territoires au titre du Transfert canadien en matière de santé.

• (1605)

M. Colin Carrie: Merci d'avoir apporté cette précision, car j'ai entendu certaines personnes dire que le gouvernement fédéral a réduit les paiements de transfert.

Dans quelle mesure les augmentations du financement fédéral pour la santé ont-elles permis de promouvoir efficacement les efforts de réforme du système de soins de santé? Par ailleurs, en quoi consiste la reddition de comptes à l'égard de ces transferts? Je sais que le gouvernement fédéral verse un financement de 6 % par année. Par exemple, en Ontario, depuis quelques années, les dépenses provinciales n'ont augmenté que de 2 %; autrement dit, la province reçoit un financement de 6 %, mais elle n'en dépense que 2 %. Par simple curiosité, pensez-vous que les mesures de reddition de comptes en place font l'affaire, ou devraient-elles être examinées de plus près?

Mme Abby Hoffman: Comme je l'ai dit, il n'y a qu'une mesure de reddition de comptes liée au Transfert canadien en matière de santé, soit l'exigence de se conformer à la Loi canadienne sur la santé. Je pense qu'il est juste de dire que ces transferts visent, bien entendu, les soins de santé, mais ils font aussi partie des accords fiscaux du pays. Au bout du compte, en ce qui concerne le Transfert canadien en matière de santé, il appartient à chaque province ou territoire de décider comment dépenser ces fonds.

Permettez-moi d'apporter une précision, d'un point de vue purement mathématique. Vous avez peut-être raison de dire que le Transfert canadien en matière de santé a augmenté, compte tenu des pourcentages qui dépassent le taux de croissance des dépenses en santé dans certaines provinces bénéficiaires. Mais n'oublions pas que la contribution du gouvernement fédéral se situe entre 20 et 24 %. Je ne rabaisse nullement l'importance d'une hausse de 6 % sur un taux de 23 %, mais évidemment, ce sont les gouvernements provinciaux qui assument toujours la grande partie des dépenses en santé.

J'ajouterai que les provinces et les territoires ont rempli les obligations en matière de reddition de comptes prévues dans l'accord de 2004. Toutefois, ce ne sont pas là des garanties absolues en matière de reddition de comptes ou pour ce qui est de savoir à quelles fins la province ou le territoire bénéficiaire compte utiliser les fonds. Selon moi, il s'agit simplement de respecter les responsabilités qui relèvent de la compétence respective des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral.

M. Colin Carrie: Je sais que vous avez fait d'importants investissements dans des organisations de partenariat canadien, comme le Partenariat canadien contre le cancer, la Commission de la santé mentale du Canada et d'autres associations nationales qui travaillent à relever les grands défis en matière de santé des Canadiens. Pourriez-vous nous dire quelles sont les principales réussites accomplies dans ces domaines et comment, selon vous, les organisations devraient s'adapter aux nouveaux défis qui se pointent à l'horizon?

Mme Abby Hoffman: Monsieur Carrie, parlez-vous d'organisations comme le Partenariat canadien contre le cancer?

• (1610)

M. Colin Carrie: Oui.

Mme Abby Hoffman: Je me contenterai de dire — et vous êtes peut-être au courant — que Santé Canada finance huit organisations, qui jouent divers rôles dans le système de santé: le Partenariat canadien contre le cancer, l'Institut canadien d'information sur la santé, la Commission de la santé mentale, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, Inforoute Santé du Canada, et j'en passe.

Ces organisations, que nous qualifions d'« organisations à régie partagée », sont gérées... En fait, la plupart d'entre elles ont été créées par le gouvernement fédéral, mais elles comptent des membres qui représentent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Elles visent à répondre, au plus haut point, aux besoins cernés partout au pays.

Contrairement au Transfert canadien en matière de santé, qui représente, comme je l'ai dit, beaucoup d'argent et qui est assorti d'un important mécanisme redditionnel, mais seulement dans le champ d'application de la Loi canadienne sur la santé, ces organisations ont une responsabilité précise dans leur domaine d'intérêt particulier. Ainsi, Inforoute Santé du Canada s'occupe exclusivement de faire avancer l'adoption des dossiers de santé électroniques et ce genre de choses. Le Partenariat canadien contre le cancer, pour sa part, est résolu à ce que tous les intervenants de la collectivité de lutte contre le cancer travaillent à atteindre les mêmes objectifs, grâce aux progrès les plus importants dans le contrôle et la prévention du cancer.

Je ne sais pas si j'irais jusqu'à dire que nous exerçons une plus grande mainmise sur ces organisations. Ce n'est pas là que je veux en venir. Je voudrais tout simplement dire que ces organisations sont clairement centrées sur leur mandat principal. On ne se pose pas la question de savoir, par exemple, si le Partenariat canadien contre le cancer dépense de l'argent sur un dossier autre que le cancer. Il ne peut pas et ne veut pas le faire. Il se concentre vraiment sur sa tâche.

Comme je viens de le mentionner, ces organisations coûtent au gouvernement fédéral moins de 400 millions de dollars par année sous forme de crédit budgétaire, ce qui n'est pas énorme dans le contexte global des dépenses en santé au Canada, qui s'élèvent à plusieurs centaines de milliards de dollars. Ces organisations accomplissent un travail tout à fait important avec, je le répète, relativement peu de ressources, grâce à leur mandat très ciblé et à leur type de gouvernance qui oriente leurs travaux.

Le président: Monsieur Davies, vous avez la parole.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Madame Hoffman et madame Mandy, je vous remercie d'être avec nous aujourd'hui.

Madame Hoffman, vous avez déjà parlé de l'objectif général de la Loi. Il est entre autres mentionné dans le rapport que, au cours des 20 dernières années, comme suite à des violations de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral a fait des réductions totalisant 10 millions de dollars dans les transferts aux provinces et aux territoires au titre de la santé. Si je ne m'abuse, vous avez dit qu'il s'agissait d'une réduction globale assez minime. Ma première réaction a été la même. J'ai été étonné de constater que sur une période de 20 ans, le gouvernement n'ait retenu que 10 millions de dollars, alors que la Loi canadienne sur la santé prévoit que tout manquement entraîne une réduction équivalente en termes monétaires. Voici donc ma première question. Ce chiffre de 10 millions de dollars correspond-il avec exactitude au montant exact en dollars qui a été réclamé pour les services de santé prodigués aux Canadiens partout au pays sur cette période de 20 ans?

Mme Abby Hoffman: Il y a un exemple et c'est en fait celui qui est cité dans le rapport cette année. Je profite de l'occasion pour rappeler, comme je l'ai mentionné dans mon exposé, que l'objectif de la Loi canadienne sur la santé n'est pas d'imposer des pénalités, mais plutôt d'inciter les régimes provinciaux d'assurance-maladie à respecter la Loi canadienne sur la santé.

En Colombie-Britannique, comme la question fait l'objet d'un dialogue permanent avec les autorités provinciales, nous savons qu'il est possible de faire une estimation des frais réclamés aux patients, qui dépassent le montant de la déduction gouvernementale. Si je me rappelle bien, il s'agit environ d'un quart de million de dollars. La déduction gouvernementale a été calculée à la lumière des états financiers indiquant les montants de surfacturation et de frais modérateurs effectivement réclamés en Colombie-Britannique. En nous fondant sur d'autres preuves, notamment des rapports de vérification, serait-il possible de conclure que ces frais sont plus élevés? Oui, je crois que ce serait probablement possible et il se peut que nous en arrivions là. Néanmoins, à l'heure actuelle, nous collaborons avec les autorités provinciales et les dirigeants du régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique pour trouver une autre solution.

J'ajoute simplement que la situation se complique parce que de nombreux patients en Colombie-Britannique acceptent de bon gré de payer des frais parce qu'ils estiment avantageux de passer devant les autres pour obtenir des soins plus rapidement.

M. Don Davies: Deux options sont possibles. À titre de porte-parole néo-démocrate en matière de santé, j'entends toutes sortes d'histoires au sujet des frais modérateurs. Partout au pays, on note une prolifération des frais imposés pour des services diagnostiques. Je songe, par exemple, à la nouvelle clinique d'IRM qui vient d'ouvrir ses portes en Saskatchewan. J'entends constamment parler de vente de gammes supérieures. En chirurgie de la cataracte, entre autres, on propose aux patients une lentille de qualité supérieure, moyennant un léger supplément. Pour ce qui est du montant, j'imagine que vous conviendrez avec moi qu'il doit représenter... Je veux dire que les frais supplémentaires ou les frais modérateurs au Canada dépassent de toute évidence le montant que le gouvernement fédéral recouvre. Je ne remets pas en question l'approche générale axée sur la collaboration, mais je veux tout simplement avoir une idée du montant.

Mme Abby Hoffman: Vous dites vrai. Cependant, pour ce qui est des frais supplémentaires, que ce soit pour un plâtre plus léger ou un dispositif quelconque, et je ne veux pas parler de gadget parce que certains dispositifs peuvent avoir des bienfaits thérapeutiques, la norme de soins dans une province donnée est garantie jusqu'à un certain niveau par le régime public. Si un patient est disposé à payer pour un extra, il est libre de le faire, mais il importe de souligner clairement que les soins nécessaires sur le plan médical sont assurés.

La question des cliniques privées constitue un problème qui existe depuis longtemps et qui me préoccupe énormément. Je me contenterai de dire, à titre d'information pour les membres du Comité, qu'il y a une contestation judiciaire à ce sujet en Colombie-Britannique. Le propriétaire de l'une des cliniques privées les plus lucratives soutient essentiellement qu'on viole les droits qui lui sont garantis par la Charte à titre de fournisseur de soins et les droits des patients également garantis par la Charte en lui interdisant de vendre des soins aux patients. Je dois dire en toute franchise que l'issue de cette affaire aura des répercussions très importantes au Canada.

• (1615)

M. Don Davies: L'autre chose que j'ai constatée lorsque j'ai regardé le tableau dans votre rapport, c'est que la Colombie-Britannique a été pénalisée — si je peux utiliser ce terme — pendant 13 années consécutives. À mon avis, cela montre qu'il n'est pas nécessairement utile d'imposer des pénalités aux provinces pour qu'elles respectent la Loi canadienne sur la santé. Évidemment, une partie du problème doit être attribuable aux cliniques de jour.

Je passe maintenant à la question des cinq principes qui sous-tendent la loi. Au cours des 30 derniers jours, les médias ont rapporté que quelques communautés des Premières Nations étaient aux prises avec une situation d'urgence en santé publique, ce qui n'est malheureusement pas une nouveauté au Canada. Comment peut-on concilier les principes d'universalité et d'accessibilité qui visent à assurer à l'ensemble des Canadiens un accès raisonnable à des niveaux de service comparables, avec le fait que, partout au pays, il est évident que des Premières Nations ne bénéficient pas d'un accès universel et équivalent aux services de santé. Je me demandais quel est le point de vue du ministère à cet égard.

Mme Abby Hoffman: Le ministère sait que le Comité s'intéresse plus particulièrement à la question des soins de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits et à l'état de santé de ces populations. Si vous me le permettez, j'aimerais renvoyer cette question à mes collègues de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits qui sont mieux placés que moi pour y répondre.

Cependant, je dirais de manière générale que les problèmes actuels dans ces milieux — comme vous l'avez dit — ne sont peut-être pas liés à la Loi canadienne sur la santé. Ces problèmes sont liés à l'équité et à la pertinence avec lesquelles les membres des Premières Nations, particulièrement dans les réserves, qui vivent déjà dans des conditions extrêmement difficiles...

M. Don Davies: Puis-je vous interrompre pour poser une question rapide? Je suis désolé, je n'avais pas l'intention de vous arrêter, mais j'aimerais clarifier quelque chose. La santé des Premières Nations ne relève-t-elle pas directement de la responsabilité du gouvernement fédéral?

Mme Abby Hoffman: Les membres des Premières Nations et les Inuits sont considérés comme des personnes assurées au titre de la Loi canadienne sur la santé. Ils reçoivent des services du gouvernement fédéral. Ils ont également droit à des services des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Vous n'ignorez probablement pas que bon nombre des problèmes sont liés au genre d'entente entre le gouvernement fédéral, les autorités sanitaires des Premières Nations et les provinces et les territoires en ce qui concerne l'offre de services.

Le président: Monsieur Ayoub, vous avez la parole.

[Français]

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Madame Hoffman, nous sommes très chanceux de pouvoir vous poser des questions aujourd'hui.

Je regardais les principes de la Loi canadienne sur la santé, à savoir l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique. Au Québec, il y a ce qu'on appelle un système à deux vitesses. On en a déjà parlé lorsqu'il a été question des cliniques privées et des services privés. Au Canada, on parle de 34 milliards de dollars qui font partie du budget et qui sont redistribués dans le secteur de la santé.

Quels sont les barèmes qui sont établis en ce qui a trait aux niveaux de services que nous sommes en mesure d'obtenir? Quelles sont les statistiques à cet égard et quelle est la qualité des services qui sont fournis? On parle beaucoup des finances publiques dans le secteur de la santé. Par contre, il manque une caractéristique dont on n'entend pas beaucoup parler, à savoir le temps de réponse ou le temps d'attente. Il s'agit de la période temps que les citoyens et les patients attendent pour recevoir des services. À cet égard, pour les gens qui sont en mesure de payer, il y a possiblement les cliniques privées et l'accès au secteur privé, ce qui vient entretenir un système à deux vitesses.

J'aimerais vous entendre à ce sujet.

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Tout d'abord, je peux dire que la Loi canadienne sur la santé n'impose aucune norme de soins particulière aux provinces et aux territoires. La Loi canadienne sur la santé porte essentiellement sur les conditions qui régissent le fonctionnement du régime d'assurance-maladie au Canada.

Le ministère devrait, comme vous, être préoccupé de la variabilité de l'accès aux services et, qu'il y ait ou non variabilité, du fait que les temps d'attente pour des services essentiels sont tellement longs qu'ils mettent en péril la santé de certaines personnes.

Pour ce qui est du système à deux vitesses, il va sans dire que cette situation préoccupe le ministère. Nous discutons de la question depuis un certain temps avec les autorités compétentes au Québec.

Dans le même ordre d'idées, nous discutons avec les autorités concernées des provinces et territoires où nous savons que des cliniques réclament des frais pour certains services. Le problème est particulièrement courant dans les cliniques de diagnostic. Force est de reconnaître que lorsqu'une personne paie pour obtenir plus rapidement un examen par IRM ou un autre test diagnostique, elle passe non seulement ce test plus rapidement, mais elle reçoit également plus tôt les soins dont elle peut avoir besoin. Cette situation demeure préoccupante à nos yeux. Au fil des ans, nous avons tenté de diverses façons de... Nous avons mis en place une politique sur les cliniques privées qui vise à régler certains problèmes, mais je dois dire que ce n'est pas une tâche facile.

Madame Mandy, avez-vous des observations à faire au sujet des cliniques?

• (1620)

Mme Gigi Mandy (directrice, Division de la Loi Canadienne sur la santé, Politique stratégique, ministère de la Santé): Je crois que vous avez donné un bon aperçu de la situation. Nous avons effectivement énormément de préoccupations. Certaines provinces se sont dotées d'un cadre réglementaire solide et les services des cliniques privées sont bien intégrés dans le système public. Ces services sont fournis en vertu d'un contrat et les patients ont diverses possibilités de paiement. Dans les provinces qui n'ont pas un cadre réglementaire bien établi, les cliniques réclament directement les frais aux patients, et d'autres problèmes préoccupants surviennent.

[Français]

M. Ramez Ayoub: J'aimerais bien comprendre la situation.

La Loi canadienne sur la santé vise à s'assurer que les services sont donnés, mais la qualité ou la prestation des services ne fait pas partie des dispositions de la Loi canadienne sur la santé. Cela relève de la responsabilité des provinces, n'est-ce pas?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: C'est exact. La Loi ne précise pas quels services doivent être fournis et quelles normes de qualité doivent être respectées. C'est aux provinces et aux territoires qu'il incombe de prendre ces décisions.

[Français]

M. Ramez Ayoub: Je voulais vous poser d'autres questions, mais je reviens à celle-ci.

Le fait qu'on remette cette responsabilité aux provinces est une chose, mais on veut assurer l'universalité des services. Les fonds sont versés, mais on n'a aucun lien ou aucune information sur la qualité des services. On ne dispose pas non plus de statistiques à ce sujet. Au cours des 10 ou 20 dernières années, que s'est-il passé en matière de services de santé sur le plan canadien. Je ne parle pas par province, mais d'un océan à l'autre? On veut que les services et la santé des Canadiens soient pareils partout. Comment pourrions-nous en arriver à cette réalité sans avoir de statistiques ou de données sur la qualité des services?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Je fais une distinction entre les cas où des données sont disponibles et les cas où il est nécessaire de faire des modifications à la lumière des données existantes, autrement dit, dans les cas où le rendement d'un régime d'assurance-maladie particulier n'est pas à la hauteur de ce qui se fait ailleurs au Canada.

Une grande quantité d'information est disponible. L'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS, est un organisme national qui fournit de l'information sur la santé. Il est principalement financé par le gouvernement fédéral, mais il reçoit également des contributions des provinces et des territoires. Il recueille et fournit énormément d'information sur la santé. Pour obtenir des renseignements détaillés sur la performance d'un établissement de santé ou d'une région sanitaire en particulier, il suffit de se rendre sur le site de l'ICIS, de cliquer sur l'onglet « Performance du système de santé », d'entrer un code postal et le nom d'un hôpital ou d'une autorité sanitaire. Il est alors possible de comparer les données obtenues avec les données fournies pour d'autres autorités sanitaires ou établissements de santé au pays. L'information est à portée de main.

On trouve également énormément d'information comparative sur la performance du Canada par rapport à d'autres pays, notamment des pays de l'OCDE. Mais en ce qui concerne le point que vous avez soulevé, personne ne réclame que des mesures immédiates soient prises au Canada. C'est la réalité de notre pays. L'information est disponible, mais les décisions concernant les modifications relèvent principalement des provinces et des territoires et de leur structure de gouvernance.

• (1625)

Le président: Docteur Leitch, vous avez la parole.

L'hon. K. Kellie Leitch (Simcoe—Grey, PCC): Je vous remercie du temps que vous nous consacrez aujourd'hui. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Je sais que nous souhaitons tous être au même diapason en ce qui concerne l'examen de certains éléments au cours de l'année à venir et de la suivante probablement. Comme je dois composer avec le système, j'aimerais en comprendre un peu mieux le fonctionnement.

Pourriez-vous nous dire comment vous envisagez les enjeux actuels pour ce qui est de l'accès aux soins? Ceux d'entre nous qui se trouvent sur les lignes de front voient parfois les choses sous un angle légèrement différent. La situation peut parfois devenir frustrante. Il est également important de tenir compte de l'ensemble des problèmes d'accès aux soins et de chercher des solutions pour y remédier. Il serait utile de comprendre ces problèmes et la façon de les cerner parce qu'ils peuvent être différents de ceux que nous examinons ici. Le Dr Eyolfson et moi pouvons être confrontés à des situations différentes dans la pratique.

Quels critères utilisez-vous pour évaluer l'accès aux soins? Comment est-il possible d'obtenir les résultats voulus et quels critères le ministère de la Santé a-t-il retenus pour permettre aux intervenants du système d'atteindre ces résultats?

Mme Abby Hoffman: Pour répondre à votre question, je vais faire mention de quelques secteurs qui sont liés aux impondérables de la politique canadienne sur les soins de santé.

Premièrement, je songe aux services qui, pour l'instant, sont offerts par les systèmes de soins de santé partout au Canada, mais à la discrétion des régions. Qu'il s'agisse des soins à domicile, de l'accès aux médicaments, des services de santé mentale ou des soins palliatifs, bon nombre de personnes s'entendent pour dire que ce sont des services que les systèmes de soins de santé d'aujourd'hui devraient généralement offrir. Or, ces services sont offerts à des degrés extrêmement variables dans la plupart des provinces et des territoires, mais certainement pas au niveau qu'on estime nécessaire pour bien servir l'ensemble de la population. Voilà qui pose un énorme défi.

Deuxièmement, même si nous aimerions que nos systèmes de soins de santé évoluent et s'adaptent aux changements, notamment démographiques ou technologiques, dans les faits, ils ne s'adaptent pas aussi facilement et aussi efficacement qu'il le faudrait. De très bonnes idées sont souvent proposées, mais il faut beaucoup de temps pour qu'elles soient mises en place à l'échelle du pays. Par exemple, au cours des derniers jours, vous avez peut-être lu dans les médias grand public un article sur la suradministration étonnante des médicaments sur ordonnance, particulièrement les psychotropes, chez les Canadiens du troisième âge, notamment dans les maisons d'hébergement et de soins de longue durée ou d'autres établissements. Énormément de travail a été fait pour que seuls les patients qui ont fait l'objet d'un diagnostic en bonne et due forme reçoivent ces médicaments.

Il s'agit d'une excellente initiative qui est en cours dans diverses régions du Canada. Je signale que le Nouveau-Brunswick vient d'annoncer le déploiement de cette initiative dans l'ensemble des établissements de son réseau de centres d'hébergement et de soins de longue durée. S'il s'agit effectivement d'un problème partout au Canada, comme nous sommes portés à le croire, il y a lieu de se demander combien de temps il faudrait pour déployer le même protocole dans l'ensemble du pays. Autrement dit, nous savons comment régler un grand nombre de problèmes, mais il faut beaucoup de temps pour mettre les solutions en application à l'échelle du pays.

Troisièmement, en partie à cause de la Loi canadienne sur la santé, mais uniquement pour des raisons historiques, on a vraiment mis l'accent sur les hôpitaux, alors qu'aujourd'hui, par rapport aux dépenses totales en santé dans l'ensemble du Canada, les dépenses de ces établissements sont légèrement inférieures à ce qu'elles étaient il y a 20 ou 40 ans. J'estime que nous ne nous concentrons pas encore assez sur la prestation des soins, particulièrement aux personnes

atteintes de maladies chroniques, qu'elles vivent chez elles ou dans des établissements communautaires. Certains soutiendront sans doute que le gouvernement n'investit pas encore aux meilleurs endroits.

Quatrièmement, au chapitre des dossiers de santé électroniques, d'énormes progrès ont été réalisés au pays, notamment la numérisation des résultats de tests pour permettre aux cabinets de médecins d'avoir accès aux dossiers médicaux électroniques, mais il arrive souvent que les dossiers ne sont pas interexploitables. Une personne peut aller à l'hôpital où certains résultats de tests sont enregistrés et tout employé de l'hôpital qui en a l'autorisation peut obtenir cette information. Cependant, si le médecin de famille du patient utilise un système différent, un employé doit recevoir par courriel ou par télécopieur les résultats du test effectué à l'hôpital, numériser ces documents et les entrer dans le système de la clinique. À mon avis, il ne s'agit pas d'une façon optimale de procéder en 2016.

Je pourrais citer encore de nombreux exemples, mais de l'avis de nombreuses personnes ce sont là quatre secteurs qui mériteraient des améliorations.

• (1630)

L'hon. K. Kellie Leitch: Je partage votre point de vue, notamment en ce qui concerne l'adaptabilité, l'uniformité et les enjeux liés aux services partagés ou aux défis que pose le système.

Pour ce qui est de rajuster le tir quant aux critères clés dans l'avenir, auriez-vous deux ou trois mécanismes à recommander pour assurer la responsabilisation dans les relations du gouvernement fédéral avec ses partenaires provinciaux?

Comme suite à ce que vous avez dit concernant le déploiement de solutions, il est encourageant de constater que chaque fois qu'il est possible d'améliorer l'accès aux soins, l'hôpital pour les enfants malades de Toronto en bénéficie. Néanmoins, il va sans dire que nous aimerions qu'il en soit de même dans tous les hôpitaux pour enfants du Canada, et que cela se fasse dans les meilleurs délais, non dans cinq ans. Du point de vue des programmes et de la politique publique que pensez-vous qu'il faille faire pour régler le problème de la responsabilisation et réduire les écarts, notamment en matière d'uniformité?

Mme Abby Hoffman: Je commencerais en disant que je ne suis pas tellement certaine que le gouvernement fédéral puisse vraiment exiger que les provinces, les territoires, les établissements de soins de santé ou les autorités sanitaires régionales rendent des comptes sur ce qu'ils font ou ne font pas. Nous pouvons toutefois tenter d'offrir du soutien.

Je vais revenir à l'exemple de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées dans les établissements. Nous appuyons une organisation du nom de Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, qui a réalisé une grande partie des travaux préliminaires sur la consommation abusive de médicaments chez les aînés dans les établissements. Je pense que le mieux que nous puissions faire — et cela ne coûte pas bien cher —, c'est d'appuyer cette organisation pour qu'elle ait du soutien afin d'appliquer à l'échelle nationale le modèle qu'elle pourrait élaborer dans certaines régions et qu'elle puisse en parler ailleurs au pays afin que l'effet d'entraînement se répande aussi rapidement que possible. C'est plus que ce que nous pouvons faire.

À plus grande échelle, juste pour en revenir, par exemple, à la question de l'accès aux médicaments, que cet accès soit universel ou non, une des choses les plus importantes que nous puissions faire dans notre propre champ de compétences, en collaboration avec les provinces et les territoires, c'est de s'attaquer au problème des prix des médicaments. La couverture des médicaments et son élargissement seront limités si les prix des médicaments et les coûts totaux restent aussi élevés qu'ils le sont aujourd'hui. C'est une approche différente. Plutôt que de demander des comptes, nous collaborons avec les provinces pour tirer parti de certaines de leurs initiatives et, en utilisant certains leviers, nous devons tenter de faire diminuer les prix des médicaments jusqu'à ce que nous économisions suffisamment d'argent pour élargir la couverture sans que la facture totale des médicaments n'augmente.

La meilleure voie à suivre dépend de ce que c'est.

L'hon. K. Kellie Leitch: Je ne suis pas tout à fait d'accord, car je considère qu'il vaut la peine d'avoir déterminé les résultats. Il importe de travailler afin d'atteindre ces objectifs.

Mme Abby Hoffman: Oui.

L'hon. K. Kellie Leitch: Je doute que quiconque s'implique étroitement dans les soins prodigués aux patients ou dans les recherches menées à cet égard n'a pas une idée des résultats recherchés ou du nombre de patients qu'il souhaite étudier dans le cadre de ses travaux. Je pense que nous devons avoir un peu de granularité, que j'associe à la reddition de comptes, pour avoir des résultats optimaux.

J'ai une question différente...

Le président: Vous avez dépassé votre temps. Je suis désolé. C'était fort intéressant, cependant.

Madame Sidhu.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je remercie Mme Hoffman et Mme Mandy de leurs excellents exposés.

La santé mentale est considérée comme une priorité en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Existe-t-il des différences importantes entre les provinces au chapitre de la prestation des soins de santé mentale? Est-il nécessaire d'apporter des améliorations à l'échelle du pays?

• (1635)

Mme Abby Hoffman: La Loi canadienne sur la santé ne fait que des références générales à la santé mentale. Néanmoins, je pense que tout le monde admet que les services de santé mentale sont très importants, particulièrement chez les jeunes. Si nous pensons aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes, les problèmes de santé mentale sont certainement... je ne veux pas dire omniprésents, mais importants. C'est un fait reconnu à l'échelle du pays, je pense.

Ici encore, ce n'est pas qu'une question de variabilité des services. Selon moi, tout le monde dirait que l'offre de soins de santé mentale n'est pas ce qu'elle devrait être. C'est en partie une question d'argent. Il faut notamment tenter de déterminer comment fournir des services de santé mentale de manière abordable. Cela ne signifie pas que les psychiatres et les psychologues sont les seuls professionnels des soins de santé qui peuvent vraiment faire quelque chose dans ce domaine.

Dans le cadre des discussions avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en vue d'un nouvel accord en matière de santé, le gouvernement a clairement indiqué que les services de santé mentale sont au cœur de cette activité. Nous n'en sommes toutefois pas encore rendus au point où je peux dire que nous faisons ceci ou cela.

Les discussions sont en cours avec les provinces. Je dirais simplement qu'il s'agit d'une priorité vraiment importante à laquelle nous nous intéresserons au cours des prochaines années.

Mme Sonia Sidhu: Convendriez-vous que l'accès aux soins de santé mentale est plus difficile à l'extérieur des grands centres urbains? J'aimerais aussi savoir en quoi notre approche doit être différente dans les régions rurales.

Mme Abby Hoffman: Je pense que votre observation est bien fondée. Les citoyens et les familles éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé mentale dans les grandes villes, mais la situation est encore pire dans les régions moins peuplées. Par exemple, nous savons qu'on a fait du bon travail en offrant des services et des conseils sur le plan de la santé mentale par l'entremise d'applications de télésanté. Je pense qu'on peut envisager des solutions qui contribueront certainement à résoudre certains problèmes de santé mentale dans les communautés de petite taille. Il est évidemment peu probable qu'une communauté de 5 000 ou de 10 000 âmes, voire encore moins, dispose en permanence d'une gamme complète de services de soins de santé mentale. Il faudra recourir à d'autres moyens pour offrir des services à la population dans ces régions.

Mme Sonia Sidhu: Nous vivons à une époque où la technologie joue un rôle de premier plan dans tous les secteurs, que ce soit en augmentant l'efficacité, en facilitant l'accomplissement des tâches ou en permettant d'offrir de meilleurs services.

Dans le secteur de la santé, les technologies utilisées actuellement sont en constante évolution. Ces avancées sont absolument nécessaires pour sauver des vies.

Que compte faire Santé Canada pour favoriser l'innovation dans les services de soins de santé?

Mme Abby Hoffman: Je pourrais vous énumérer quelques initiatives.

Tout d'abord, nous appuyons un organisme appelé Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, qui évalue notamment les avantages potentiels des nouvelles technologies quand elles sont lancées sur le marché et prodigue des conseils aux provinces et territoires, ainsi qu'aux établissements et aux fournisseurs de soins de santé et à d'autres parties prenantes afin de leur permettre de prendre de bonnes décisions quant au moment propice pour adopter une nouvelle technologie, aux types de patients qui pourraient être traités et au moment auquel il faut mettre au rancart les technologies qui ne sont plus optimales.

Dans le domaine de la santé électronique, nous avons assurément offert beaucoup de soutien à l'Inforoute Santé du Canada afin de favoriser toutes sortes d'avancées dans le domaine des technologies de l'information en santé, y compris la télésanté, les dossiers médicaux électroniques et ce genre de chose.

Le président: Monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, madame Hoffman, de ces renseignements.

J'ai une question. J'entends de plus en plus parler de Canadiens qui se rendent à l'étranger pour recevoir des interventions chirurgicales ou dentaires, que ce soit pour être traités plus rapidement ou parce que certaines choses, comme les dentiers et les implants dentaires, sont moins chers. Mais quand ils développent des complications à leur retour au pays, ils cherchent à se faire soigner au Canada, et leur traitement et leur convalescence coûtent souvent plus cher aux contribuables que ne l'aurait fait l'intervention initiale.

Je veux simplement connaître votre avis sur la question. Ces incidents surviennent-ils plus souvent? Entendez-vous parler de plus en plus de ce genre d'histoires? Pour ma part, j'en entends de plus en plus parler de la part de mes électeurs.

Quelles politiques sont en place pour les gens qui reviennent au pays et cherchent à obtenir des soins?

• (1640)

Mme Abby Hoffman: Eh bien, nous avons eu vent de ces affaires également, peut-être par l'entremise des mêmes sources, c'est-à-dire principalement dans les médias.

Je peux vous dire que les gouvernements provinciaux et territoriaux disposent de systèmes pour l'approbation préalable d'interventions effectuées à l'extérieur du pays. Cependant, dans une bonne partie des cas que vous évoquez, il est évident que la personne a simplement choisi d'aller se faire soigner à l'étranger, que ce soit parce que l'intervention n'est pas offerte au Canada et que la personne juge qu'elle sera meilleure pour elle, parce que, comme vous l'indiquez, elle ne veut pas attendre ou pour toute autre raison.

Heureusement, l'un des avantages de notre système, c'est que peu importe la manière dont une personne devient malade, si elle se rend dans un autre pays et que son intervention est bâclée ou n'a pas le résultat escompté et qu'elle revient au pays plus malade qu'elle ne l'était, elle a le droit de recevoir des soins au Canada. C'est en partie un problème d'information du public. Nous savons qu'au fil des ans, des gens se sont rendus aux États-Unis, au Mexique ou dans d'autres pays pour recevoir des soins, pensant y trouver la solution miracle à leur problème de santé, et les conséquences ont malheureusement été graves.

Je pense qu'il importe d'éduquer le public et d'avertir les gens de faire très attention quand ils décident d'aller se faire soigner dans un autre pays sans consulter quiconque, que ce soit leur propre médecin ou un représentant de leur régime d'assurance public ou privé. C'est une entreprise risquée, et nous entendons de plus en plus parler de ces affaires.

Mme Gigi Mandy: J'allais simplement ajouter que nous avons récemment entendu parler de gens qui ont subi une chirurgie bariatrique à l'étranger, des gens ayant peut-être un excès de poids, mais ne satisfaisant pas aux critères pour recevoir une chirurgie ici. Les médias ont parlé d'une femme accusant un excès de poids d'à peine 35 livres. C'est le poids qu'elle souhaitait perdre. Elle s'est rendue à l'étranger pour subir la chirurgie et les effets ont été désastreux.

Un des problèmes qui se posent quand les gens reviennent au pays, c'est que leur dossier médical peut être incomplet. Cela complique la tâche des médecins canadiens qui tentent de corriger les problèmes, car ils ne savent pas exactement ce qui a été fait ou quelles sont les complications.

M. Len Webber: C'est très intéressant. Je vous remercie encore une fois de ces renseignements. C'est un problème dont j'entends de plus en plus parler chaque jour, et c'est préoccupant. Bien entendu, la sensibilisation du public joue un rôle crucial à cet égard.

Le président: Monsieur Oliver.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Merci beaucoup.

Certaines de mes premières questions ont déjà été posées. Je vais donc aborder un autre domaine. La ministre de la Santé doit élaborer un nouvel accord en matière de santé d'ici la fin de 2017 ou de 2018.

Quels sont, selon vous, les principaux défis dans ce dossier? Sur quels points les provinces et les territoires opposeront-ils de la résistance?

Mme Abby Hoffman: Je ne parlerais pas nécessairement de résistance. L'équilibre est toujours précaire lorsqu'il est question d'établir les priorités et de choisir les mesures à prendre conformément à ces priorités.

Dans son programme électoral, le gouvernement a dit très clairement qu'il souhaitait parvenir à un accord, qui porterait sur la santé mentale, les soins à domicile, l'innovation et les produits pharmaceutiques.

En janvier, la ministre Philpott a rencontré ses homologues des provinces et des territoires à Vancouver, et le regroupement de ministres s'est dit prêt à envisager un accord qui s'attarderait à ces domaines prioritaires. C'est la première étape. Il a donc été convenu généralement que ces secteurs sont ceux qui doivent être examinés.

Il restera à discuter des mesures particulières à prendre dans chaque domaine. Au bout du compte, le communiqué que les ministres ont diffusé en janvier parlait d'ententes bilatérales, des accords qui seront conclus entre le gouvernement fédéral et chaque province ou territoire. Les pourparlers en cours portent donc sur le genre d'initiatives dans ces secteurs qui feront l'objet de discussions et qui obtiendront éventuellement un appui.

L'art de conclure un accord consiste à obtenir toute une gamme de propositions et d'idées, et à permettre à chaque instance de nommer les enjeux qui sont vraiment importants pour sa région. Ainsi, les ententes pourraient être fort différentes au sein d'une démarche globale dans l'ensemble du pays.

Il sera plus facile de s'entendre sur certains domaines. Dans le cas des médicaments, par exemple, tout le monde convient que les prix sont trop élevés. Aussi, il est généralement entendu qu'on peut essayer de régler le problème de deux façons. La première consiste à réglementer, et la seconde, à utiliser les forces du marché, c'est-à-dire à exercer un pouvoir d'achat collectif afin de mieux négocier avec les fabricants. La solution peut aussi passer par une combinaison des deux méthodes.

Sans entrer dans le détail, il est raisonnable de présumer à ce stade-ci que les gouvernements seront généralement sur la même longueur d'onde dans cet exemple.

Dans d'autres domaines, comme les soins à domicile, tout le monde convient qu'il n'y a pas assez de services de ce genre au pays. Mais pour ce qui est des aspects particuliers à améliorer...

• (1645)

M. John Oliver: Les soins à domicile piquent ma curiosité, et j'aimerais vous poser une question là-dessus. Ce domaine n'est pas énoncé aussi clairement que les soins hospitaliers et les soins médicaux dans la Loi canadienne sur la santé. Estimez-vous que les soins à domicile font partie du mandat de cette loi?

Mme Abby Hoffman: En principe, je considère que ce n'est pas le cas. Les personnes qui bénéficient de soins à domicile sont surtout, mais pas exclusivement, des Canadiens âgés atteints d'une maladie chronique, ou peut-être même de plusieurs. En général, on considère qu'elles peuvent connaître des crises aiguës qui nécessitent une hospitalisation de temps à autre. Mais pour l'essentiel, leurs soins devraient être prodigués par le système de soins primaires surtout en milieu familial et communautaire.

Tout le monde accepte en quelque sorte ce principe général, mais la façon exacte de le mettre en application varie. Par exemple, l'Ontario est essentiellement en train de délaissé le système de soins à domicile qui était en place depuis longtemps. D'autres provinces s'y prennent autrement.

M. John Oliver: Je m'intéresse aussi au respect de la loi. Le modèle de sanction ou de récupération ne semble pas entraîner bien des problèmes de conformité, mis à part ce que nous avons constaté en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve. Les cinq ou six dernières années ont été très calmes en matière de conformité.

Est-ce parce que vous n'êtes pas en mesure de relever les infractions, ou parce que vous n'en entendez pas parler? Lorsqu'on vous met la puce à l'oreille, disposez-vous d'outils assez efficaces, ou faudrait-il selon vous que des dispositifs plus puissants soient mis en place?

Mme Abby Hoffman: Nous n'allons pas dire que nous connaissons chaque enjeu pouvant survenir au pays, mais nous croyons avoir une bonne idée de ce qui se passe. Nous n'avons toutefois pas le pouvoir d'enquêter. Nous ne pouvons ni nous présenter à une clinique pour mener une vérification ni demander à consulter les livres d'un établissement de santé. Le gouvernement fédéral n'a pas ce genre de pouvoir.

Cela dit, je ne suis pas certaine que nous voulions nécessairement le faire, ou que nous ayons besoin de le faire. De façon générale, nous avons l'impression d'être au courant des problèmes, et nous engageons un dialogue avec la province ou le territoire en question. Comme je l'ai dit dans ma déclaration liminaire, la situation varie quelque peu d'une région à l'autre du pays. L'Ontario est actuellement la province la plus peuplée, mais c'est aussi celle qui présente le moins de problèmes de conformité. Je pourrais me tromper, mais à notre connaissance, la province vérifie toujours rigoureusement toute allégation de frais qui auraient été facturés à un patient. La loi provinciale est très efficace et confère bien plus de pouvoirs que la Loi canadienne sur la santé quand vient le temps de se présenter sur les lieux, de faire enquête et de pénaliser un médecin ou un propriétaire de clinique. La province rembourse tout patient qui a payé des frais indûment aux termes de sa loi et de la nôtre.

Deux des plus grands défis à l'heure actuelle — et nous en avons parlé tout à l'heure — se situent en Saskatchewan et au Québec, où des initiatives législatives ont essentiellement pour but de codifier cette pratique et de permettre l'imposition de frais aux patients. Ce n'est pas un secret. Le problème n'est pas que nous ne sommes pas au courant, mais plutôt que nous devons trouver la meilleure façon d'instaurer un dialogue avec les instances en question dans le but de renverser la vapeur.

•(1650)

M. John Oliver: Le processus de prévention et de règlement des différends qui a été mis en place récemment est-il utile lorsque vous entendez parler de problèmes et que vous tentez de les régler?

Mme Abby Hoffman: Peut-être que l'existence même du mécanisme est utile.

À vrai dire, ce processus officiel n'a jamais été enclenché. Il a été créé à un moment où les discussions sur le statut des cliniques privées étaient très houleuses entre le gouvernement fédéral et les provinces. Il y avait beaucoup de tensions. Le ministre fédéral a offert à deux occasions d'y avoir recours. Dans un des cas, ou peut-être les deux, il s'en est suivi un changement de gouvernement, et le nouveau gouvernement a laissé tomber l'affaire puisqu'il n'était pas prêt à se battre aussi agressivement. Mes propos n'ont rien d'une prévision, mais le processus existe. Si des situations importantes ne peuvent pas être résolues, il se pourrait que cette proposition ou procédure soit invoquée.

Le président: Bon retour, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

À ce sujet, j'ai remarqué que l'Ontario n'a pas versé un dollar en 20 ans pour des violations à la Loi canadienne sur la santé. Je suis en train d'examiner un rapport que la Ontario Health Coalition a publié il y a deux ans. On y apprend que six chercheurs qui collaboraient avec la coalition ont appelé 135 cliniques privées et hôpitaux pour savoir si les établissements imposaient des frais modérateurs aux patients et s'adonnaient à la surfacturation en échange de leurs services. D'après les chercheurs, la majorité des cliniques privées contactées imposait aux patients des frais modérateurs oscillant entre 50 et 3 500 \$, ou même plus. Nous avons donc découvert qu'un nombre considérable de cliniques contreviennent aux interdictions en matière de frais modérateurs, de surfacturation et de vente de resquillage, qui sont prévues à la Loi canadienne sur la santé et à la loi ontarienne. Les exemples sont nombreux, surtout dans le domaine de l'ophtalmologie. Du côté des coloscopies, des frais de 50 \$ sont perçus pour l'administration et la collation. J'ai donc du mal à comprendre comment l'Ontario peut avoir un bilan sans tache selon votre rapport, alors que d'autres ont découvert que la moitié des cliniques privées ontariennes facturent manifestement chaque année des centaines de milliers de dollars, voire de millions de dollars en frais modérateurs.

J'aimerais que vous m'expliquiez cela.

Mme Gigi Mandy: Deux éléments entrent en ligne de compte. Nous avons présenté le rapport à la province de l'Ontario, et lui avons demandé de faire enquête puis de nous présenter un compte rendu. Nous étions également au courant de la plupart des cas répertoriés dans le rapport; nous en avons déjà discuté avec l'Ontario.

Comme Abby l'a mentionné, le cadre ontarien est très solide. Il se passe des choses, et ce sont souvent des erreurs. Par exemple, il se peut que l'administrateur d'une clinique ignore qu'il ne peut pas facturer un service au patient, ou qu'une chose survienne alors qu'elle ne le devrait pas. Quoi qu'il en soit, l'Ontario fait enquête très assidûment sur les plaintes et, contrairement à d'autres provinces, elle n'exige pas que celles-ci viennent directement des patients. Que la source soit un groupe d'intervenants ou les médias, la province mènera une enquête.

Si l'Ontario fait enquête sur une clinique et découvre que des frais ont été facturés pour une coloscopie ou une chirurgie de la cataracte, elle veillera à ce que le patient soit remboursé, mais en plus, elle vérifiera les dossiers de tous ceux qui ont reçu le même service à l'établissement pour qu'ils soient remboursés aussi. En fait, l'Ontario a très ouvertement...

M. Don Davies: Pardonnez-moi de vous interrompre. Les patients reçoivent-ils bel et bien l'argent de la clinique qui leur a facturé ces frais?

Mme Gigi Mandy: Oui. La clinique rembourse d'abord le patient, après quoi elle récupère les sommes auprès du médecin.

M. Don Davies: Vous êtes donc d'avis que la procédure fonctionne. Bien.

Mme Gigi Mandy: C'est exact.

M. Don Davies: J'ai très peu de temps. J'aimerais si possible poser une dernière question sur un autre sujet, à savoir l'accessibilité. Je vais prendre l'exemple des services d'avortement. Nous savons que les femmes n'ont accès à aucun service d'avortement à l'Île-du-Prince-Édouard — dans l'ensemble de la province — de même que dans de vastes régions rurales du pays, alors qu'il s'agit d'une intervention médicale nécessaire telle que définie par la Cour suprême du Canada.

Pourquoi l'Î.-P.-É. n'a-t-elle pas été sanctionnée ou interpellée d'une manière ou d'une autre, étant donné qu'elle ne donne pas accès à un service de santé génésique aussi essentiel? J'aimerais que vous nous disiez ce que le ministère en pense.

● (1655)

Mme Abby Hoffman: Je vais commencer, et Gigi pourra compléter au besoin.

Je dirai d'abord que l'accessibilité des services d'avortement nous préoccupe depuis longtemps. Au cours de la dernière décennie, c'est le Nouveau-Brunswick et l'Î.-P.-É. qui ont attiré le plus notre attention et nous ont préoccupés tout particulièrement. Le Nouveau-Brunswick a beaucoup évolué, et l'Î.-P.-É. aussi, dans une certaine mesure. Il fallait auparavant qu'une femme de l'Î.-P.-É. sorte de l'île, et c'est encore le cas aujourd'hui. Nous pouvons dire qu'il est difficile de comparer cette norme de soin à une véritable accessibilité telle que nous l'entendons aux termes de la Loi canadienne sur la santé. Une certaine marge de manœuvre a été laissée quant aux critères et aux conditions s'appliquant aux femmes qui doivent sortir de l'île. Nous savons qu'il est actuellement question de s'attaquer au manque d'accessibilité sur le territoire de l'Î.-P.-É.. Voilà qui fait encore l'objet de discussions.

De façon générale, nous sommes préoccupés et nous en discutons. Il arrive encore souvent, en milieu rural et ailleurs aussi, que les services d'avortement soient uniquement offerts dans les hôpitaux. L'intervention n'est assurée qu'en milieu hospitalier. Il peut y avoir une clinique privée, mais jusqu'à maintenant, si une femme se rend dans une telle clinique plutôt qu'à l'hôpital dans certaines régions du pays, elle doit payer sans nécessairement être remboursée par la province. Or, cette pratique contrevient clairement à la Loi canadienne sur la santé, étant donné qu'un patient ne peut pas se faire facturer un service qui serait assuré dans un autre établissement. C'est un problème auquel nous continuons à porter une attention particulière.

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, il est un peu embêtant par exemple de dire à une province dont plusieurs hôpitaux pratiquent des avortements qu'elle doit atteindre un seuil en matière d'accessibilité de ces services — ce qui nécessiterait souvent plus d'hôpitaux ou de cliniques. Je ne dirai pas que nous nous

désintéressons de la question, mais... Il est relativement simple de trouver une province qui contrevient à la Loi canadienne sur la santé relativement à la surfacturation et aux frais modérateurs: soit un patient a payé, soit il n'a pas payé. Mais déterminer si la disponibilité d'un service au sein d'une province ou d'un territoire va à l'encontre du principe d'accessibilité est une autre paire de manches. Nous sommes d'ailleurs en train de discuter du Nouveau-Brunswick, qui s'est considérablement amélioré à cet égard ces dernières années. Certains pourraient toutefois trouver que c'est bien beau, mais que le service n'est pas assuré dans un assez grand nombre d'établissements. Nous n'avons pas encore tranché.

Je dirai simplement que la question nous préoccupe, et que nous y accordons une attention toute particulière. Or, il est très embêtant pour nous de décider à partir d'Ottawa si un service est suffisamment offert dans une région géographique pour remplir un critère d'accessibilité. C'est une question à laquelle nous pouvons difficilement répondre.

Le président: Votre temps est écoulé. Vous pourrez toutefois revenir.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Eh bien, merci beaucoup. Voilà qui met fin à notre série de questions. J'en ai d'ailleurs une à poser.

Vous avez dit que les paiements de transfert sont désormais établis en fonction du nombre d'habitants. Comment étaient-ils fixés auparavant? Aussi, comment les choses se passeront-elles à l'avenir, selon vous, ou comment devraient-elles se passer?

Mme Abby Hoffman: Je pense que vous feriez mieux de convoquer mes collègues du ministère des Finances pour en parler. C'était une formule très complexe qui avait évolué au fil des ans, mais qui tenait compte de divers enjeux relatifs à l'imposition et à la capacité fiscale. Les gens disaient souvent que peu de personnes au pays pouvaient réellement comprendre le fondement du transfert fédéral relatif à la santé. Il a été décidé il y a un moment déjà de calculer le transfert en fonction du nombre d'habitants, mais la modification n'est entrée en vigueur que récemment.

Je dirai simplement que la formule précédente, dont vous devrez discuter avec les représentants du ministère des Finances, était bien plus complexe et s'apparentait bien plus aux modalités globales du fédéralisme fiscal qu'au financement des soins de santé à proprement parler.

● (1700)

Le président: Je vous remercie d'avoir pris le temps de comparaître. Vous avez bel et bien éclairé notre lanterne sur de nombreux volets de la Loi canadienne sur la santé.

Je propose que nous suspendions la séance quelques minutes, après quoi nous poursuivrons à huis clos. Je sais que vous n'aimez pas cela, mais nous allons parler de gens et citer des noms.

Nous allons suspendre quelques minutes. Tout le monde devra quitter la salle, à l'exception des membres du Comité.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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