



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 081



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 28 novembre 2017**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 28 novembre 2017

• (1615)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** Je déclare ouverte la séance n° 81 du Comité permanent de la santé.

Nous sommes bien sûr heureux de revoir nos invités. Nous avons déjà reçu M. Ferguson auparavant.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à Michael Ferguson, vérificateur général du Canada, du Bureau du vérificateur général; à Joe Martire, directeur principal; et à Casey Thomas, directrice principale. Ils vont nous fournir un témoignage, aujourd'hui, à propos des programmes de santé buccodentaire pour les Premières Nations et les Inuits.

Nous vous prions de faire une déclaration préliminaire de 10 minutes, monsieur Ferguson, après quoi nous passerons aux questions.

Je suis désolé du retard, mais je suis certain que vous en connaissez les raisons. Merci beaucoup.

**M. Michael Ferguson (vérificateur général du Canada, Bureau du vérificateur général):** Merci.

[Français]

Monsieur le président, je vous remercie de nous donner l'occasion de présenter les résultats de notre audit des programmes de santé buccodentaire pour les Premières Nations et les Inuits.

Je tiens à rappeler au Comité que nous avons fait d'autres rapports sur la santé, dont un portant sur l'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations, qui a été déposé au Parlement au printemps 2015.

Notre audit des programmes de santé buccodentaire visait à déterminer si Santé Canada pouvait confirmer que ses programmes avaient un effet positif sur la santé buccodentaire des Inuits et des Premières Nations. Ces programmes sont importants parce qu'ils donnent accès à divers soins dentaires qui sont médicalement nécessaires.

Nous avons conclu que même si Santé Canada avait donné accès à ces importants services, le ministère ne pouvait montrer dans quelle mesure ceux-ci aidaient les populations inuites et celles des Premières Nations à maintenir et à améliorer leur santé buccodentaire.

Même si le ministère savait que la santé buccodentaire de ces populations était beaucoup moins bonne que celle des autres Canadiens, il ne s'est pas employé à combler cet écart. De plus, le ministère n'a pas finalisé d'approche stratégique pour améliorer la situation.

[Traduction]

Nous avons constaté que Santé Canada savait que son Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, d'un coût de 5 millions de

dollars, qui est axée sur la prévention, avait amélioré la santé buccodentaire de certains enfants inuits et des Premières Nations. Cependant, les données du ministère indiquent une baisse des inscriptions à cette initiative et du nombre de services fournis par rapport aux années précédentes. Comme le ministère ne peut expliquer cette diminution, il peut difficilement corriger la situation.

Nous avons aussi constaté des lacunes administratives dans la gestion par le ministère de son Programme des services de santé non assurés. Les normes de service de Santé Canada pour les décisions d'autorisation préalable et les décisions d'appels complexes n'étaient pas claires. De plus, le ministère n'avait pas toujours informé rapidement les clients et les fournisseurs de services de certains changements qu'il avait apportés aux services remboursés. Ces constatations sont importantes parce qu'une communication tardive ou peu claire sur les services disponibles peut empêcher les clients d'accéder aux services de santé buccodentaire dont ils ont besoin.

Nous avons aussi constaté que, dans les deux régions que nous avons examinées, Santé Canada avait tardé à prendre des mesures pour faire face aux défis liés aux ressources humaines. Si aucune mesure n'est prise, la prestation des services pourrait finir par en souffrir.

Nous avons formulé six recommandations, dont une visant à ce que Santé Canada parachève et applique une approche stratégique pour améliorer la santé buccodentaire des Inuits et des Premières Nations. Nous avons aussi recommandé d'établir un plan concret pour évaluer l'effet bénéfique de ses programmes sur la santé buccodentaire de ces populations.

Santé Canada a accepté nos recommandations et s'est engagé à prendre les mesures qui s'imposaient.

• (1620)

[Français]

Monsieur le président, je termine ainsi ma déclaration d'ouverture.

Nous serons heureux de répondre aux questions des membres du Comité.

Je vous remercie.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup. Je crois que c'est l'une des déclarations préliminaires les plus courtes que nous ayons jamais entendues.

Nous allons maintenant passer à la période de questions; les questions seront de sept minutes.

Monsieur Oliver.

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

Merci d'être venu ici aujourd'hui pour passer en revue le rapport.

Pendant que je le parcourais, je me demandais quelle période exactement cette vérification couvrirait. On parle de 2014, et cela va jusqu'en 2016, je crois. S'agit-il de l'exercice 2015-2016 ou de l'exercice 2014-2015? Sur quelle période l'étude s'étend-elle?

**M. Michael Ferguson:** La vérification portait sur la période qui va de septembre 2013 à décembre 2016.

**M. John Oliver:** Merci.

Sur la question de savoir si des mesures suffisantes avaient enfin été prises dans ce dossier, vous avez cité les commentaires du ministère. J'en ai pris connaissance. À votre avis, est-ce que les commentaires formulés par les responsables du ministère au sujet de votre étude sont satisfaisants? Pensez-vous qu'il serait possible d'en faire davantage ou que les mesures prises jusqu'ici suffisent à répondre aux principaux points que vous avez soulevés dans votre examen?

**M. Michael Ferguson:** Le ministère s'est dit d'accord avec toutes nos recommandations. Je pense que nous réservons toujours notre jugement sur la question de savoir si les mesures qu'il désire vouloir prendre vont donner de bons résultats tant que nous n'y retournons pas pour faire une autre vérification ou examiner ce qui a été fait exactement.

Notre point de départ est toujours lié au fait que les responsables se sont dits d'accord avec nos recommandations. Ils vont commencer à préparer un plan d'action, comme c'est la procédure normale, pour le Comité des comptes publics, et ils y fourniront davantage de détails sur les mesures qu'ils veulent prendre. C'est la dernière étape de la mise en oeuvre de nos recommandations.

**M. John Oliver:** Au sujet de la façon dont elle surveille le ministère, la ministre a mis en relief les quatre modes d'interaction du gouvernement avec les Premières Nations.

« [Compléter], en collaboration avec les partenaires inuits et des Premières Nations, d'ici mars 2018, une stratégie pour améliorer la santé buccodentaire et la prestation de services ». C'est le premier moyen. Le second consiste à « [améliorer] les méthodes de collecte de données [...] en travaillant avec les partenaires inuits et des Premières Nations pour identifier les besoins des membres des collectivités ». C'est un lien avec ce que vous avez dit, dans votre vérification, sur la collecte des données.

« [Utiliser] les programmes avec l'aide des partenaires inuits et des Premières Nations pour attirer, former et garder les professionnels autochtones en santé buccodentaire dans les collectivités. » Cela nous ramène encore une fois à la question de la prestation des services. Et enfin, « [améliorer] la façon dont les décisions sont documentées dans le cadre du PSSNA, en y ajoutant des renseignements plus détaillés sur les approbations et les changements apportés aux politiques ». J'imagine que cela suppose des communications plus rapides avec les collectivités au sujet des changements en question.

Le budget de 2017 prévoit d'ailleurs des investissements supplémentaires de 45,4 millions de dollars pour l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, sur cinq ans, qui vise à offrir ce programme à peut-être 214 collectivités supplémentaires. Le budget prévoit en outre une somme de 813 millions de dollars, c'est-à-dire 83,2 millions de dollars pour l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, des programmes communautaires sur les troubles du spectre de l'alcoolisation foetale et des programmes de santé maternelle et infantile.

Étant donné la réponse de la ministre et celle du ministère, il me semble que le vent a tourné. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il reste encore à mettre tout cela en oeuvre et à réaliser les plans, mais il me semble que l'on a bien balisé les étapes, qu'on cible l'amélioration de la santé buccodentaire des peuples autochtones et qu'on y consacre des ressources financières assez importantes pour réaliser cet objectif. Êtes-vous d'accord? Avez-vous l'impression que l'on pourrait en faire davantage?

**M. Michael Ferguson:** Je suis d'accord, bien sûr; tous les éléments que vous avez mentionnés concernaient tous les domaines pour lesquels nous avons jugé que certaines choses devaient être améliorées. C'est sur ces choses que le ministère doit se concentrer. Mais, je le répète, nous verrons bien ce qui se passera.

Notre grand message, en ce qui concerne ce rapport, c'était que... Le taux de maladies buccodentaires, par exemple, est deux fois plus élevé chez les Inuits et les Premières Nations que dans les autres populations. Grâce à toutes ces différentes activités, nous devrions voir cet écart commencer à rétrécir. Oui, il se peut très bien que l'on annonce un certain nombre d'activités positives, mais il doit exister un moyen de s'assurer qu'elles vont toutes déboucher sur une amélioration des résultats en santé dans ces populations.

• (1625)

**M. John Oliver:** Vu les commentaires que j'ai faits concernant la collecte de données et les investissements dans ce domaine et les commentaires du ministère au sujet de la collecte de données, il semble qu'il y aura désormais des mécanismes de suivi. Avez-vous constaté l'existence d'indicateurs raisonnablement robustes, qui permettraient réellement un suivi des améliorations? Est-ce que vous avez dû les élaborer pour effectuer votre examen ou est-ce que le ministère les avait déjà mis en place de façon à pouvoir suivre lui-même l'évolution des choses?

**M. Michael Ferguson:** Le ministère dispose d'un bon volume de données. Elles ont trait essentiellement aux paiements à l'acte qui ont été versés, et le ministère possède beaucoup de données sur les services fournis dans le cadre du Programme des services de santé non assurés. Les données étaient en fait soumises à un assez bon nombre d'analyses, mais ces analyses visaient surtout à aider le ministère à gérer les paiements plutôt qu'à l'aider à comprendre les répercussions de son programme sur la population.

Nous avons constaté, en premier lieu, que le ministère possédait un assez bon volume de données concernant ce programme. Il lui faut tout simplement les utiliser d'autres façons et ne pas se contenter d'administrer les paiements, mais chercher également à comprendre les répercussions.

Par contre, pour cet autre programme, l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, pour lequel il ne s'agissait pas de paiements à l'acte, il ne possédait pas autant d'information; toutefois, il a procédé à un examen du programme et constaté des progrès au chapitre de la santé buccodentaire.

Nous avons indiqué avoir remarqué une diminution des inscriptions et de la prestation des services, mais c'est peut-être tout simplement dû au fait que le ministère n'assurait pas comme il le faut le suivi des données. Je crois, en ce qui concerne ce programme, qu'il devrait mieux procéder à la collecte des données.

**M. John Oliver:** Merci beaucoup. Je n'ai plus de questions.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Gladu.

**Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie le vérificateur général et les membres de son équipe de leur présence. J'ai pu entendre votre déclaration préliminaire, ce qui m'a permis de recueillir certains renseignements.

J'aimerais vous poser quelques petites questions au sujet des indicateurs clés de rendement liés aux résultats en santé dentaire. Je viens du milieu de l'industrie, où il faut toujours améliorer ce que l'on mesure. J'ai été surprise de constater qu'il n'y avait pas de comparaison très prescriptive. Est-ce que ce programme, pour commencer, s'applique à toutes les collectivités des Premières Nations et collectivités inuites?

**M. Michael Ferguson:** Je vais demander à Mme Thomas de répondre.

**Mme. Casey Thomas (directrice principale, Bureau du vérificateur général):** Merci beaucoup.

Quant à ce que notre vérification nous a permis de constater, nous cherchions à savoir si le ministère s'était doté d'ICR et s'il essayait de déterminer quels seraient les résultats à ce chapitre. Nous avons constaté que le ministère avait déclaré que, étant donné qu'il paie les services fournis, il contribue de cette manière aux résultats généraux en santé de ces populations. Mais il ne disposait pas, pour ce qui concerne le Programme des services de santé non assurés, du type de mesures qui lui aurait permis de savoir s'il avait ou non un effet positif sur les résultats.

Pour l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, par exemple, le ministère utilisait comme mesure le nombre de dents cariées, extraites ou obturées pour savoir si les résultats pour les enfants étaient positifs ou négatifs. Ces mesures concernant les enfants ont permis de prouver que, lorsque l'Initiative était offerte depuis huit ans dans une collectivité donnée, par exemple, les résultats observés étaient positifs.

**Mme Marilyn Gladu:** Il y a une chose que j'aimerais bien voir, c'est certain, savoir que toutes les mesures prises au pays sont équivalentes, de façon qu'il soit possible de comparer différentes collectivités des Premières Nations pour savoir où il y a le plus de besoins et, peut-être, de connaître non seulement le nombre de caries ou le nombre de procédures, qu'il faut suivre, à mon avis, mais aussi de savoir combien d'interventions axées sur la prévention ont été faites auprès des enfants de ces collectivités.

Pensez-vous que ce type de données serait utile? Est-ce que Santé Canada vous a donné des renseignements au sujet des indicateurs clés de rendement qu'il allait adopter?

**M. Michael Ferguson:** C'est certainement le genre de chose que le ministère devrait faire, à notre avis. Je le répète, l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants est grandement axée sur la prévention. S'il pouvait faire des liens entre l'information qu'il possède déjà — en s'assurant tout d'abord de recueillir les données pertinentes — et les autres renseignements qu'il possède sur d'autres programmes, on pourrait plus facilement établir un lien entre certaines mesures de prévention et les résultats à long terme.

Il faut toutefois savoir que l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants — je crois que vous avez posé plus tôt une question sur la population concernée — n'était offerte que dans la moitié des collectivités des Premières Nations environ, même si elle semblait entraîner de meilleurs résultats en santé buccodentaire.

• (1630)

**Mme Marilyn Gladu:** À ce moment-là, quels programmes parmi ceux qui sont offerts devrions-nous à votre avis poursuivre et étendre? Sur quels programmes devrions-nous mener une enquête

pour savoir pourquoi le taux d'inscription chute? Quels programmes devrions-nous à votre avis éliminer?

**M. Michael Ferguson:** Notre rôle consiste à vérifier comment les politiques du gouvernement sont mises en oeuvre. Le gouvernement doit définir, avec ses politiques, quelles choses il veut couvrir. Je crois que les responsables du ministère vous diront, évidemment, que tous les services de santé dentaire sont importants.

En ce qui concerne l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, je crois que c'est maintenant le temps pour le ministère de réfléchir au fait que seulement la moitié des collectivités des Premières Nations étaient couvertes et de décider de l'orientation du programme. Il doit aussi recueillir des données qui permettront de mieux comprendre comment le programme évolue, étant donné, je le répète, que les données révèlent une diminution des inscriptions de même que des services. Mais les responsables nous ont dit que cela tenait tout simplement au fait qu'ils ne recueillaient pas vraiment de la bonne façon les données sur les services qui étaient fournis.

Mais, s'ils veulent savoir si le programme donne des résultats, ils doivent savoir quels services ce programme permet de fournir.

**Mme Marilyn Gladu:** J'ai bien vu dans la réponse de Santé Canada à votre vérification que le ministère proposait certaines mesures, mais je n'ai pas vu d'échéanciers précis. Avez-vous pu savoir dans quel délai ces mesures doivent être complétées?

**M. Michael Ferguson:** Dans le cadre de la vérification et pendant que nous préparons un rapport sur nos observations et nos recommandations, nous discutons de ces recommandations avec le ministère concerné et nous lui demandons une réponse. C'est cette réponse que vous avez vue dans le rapport.

Ensuite, dans le cadre de la procédure régulière du comité des comptes publics, le ministère concerné doit présenter un plan d'action qui comprend ce type d'échéanciers. Je n'ai pas encore vu le plan d'action qu'il a préparé en réponse à notre rapport, mais c'est bien sûr parce qu'il n'a pas encore été convoqué devant le comité des comptes publics pour discuter du rapport.

Nous allons assez bientôt voir le plan d'action que le ministère aura préparé, et ces dates y figureront.

**Mme Marilyn Gladu:** D'accord.

Pensez-vous que les dépenses sont proportionnellement bien séparées entre la prévention et les diagnostics? Est-ce que vous avez recueilli des données probantes touchant...?

**M. Michael Ferguson:** Ce n'était pas le but de notre vérification. Encore une fois, en ce qui concerne la prévention, nous avons examiné l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, ainsi que tous les autres services, mais nous ne nous sommes pas arrêtés sur cette distinction.

Mais, je le répète, je crois que ce sont là les renseignements que nous aimerions que le ministère analyse. Quels types de services sont axés sur la prévention? Quels sont les résultats en santé buccodentaire à long terme des gens qui utilisent ces services?

**Mme Marilyn Gladu:** L'ingénieure que je suis se demande, et je m'excuse d'avance, si vous avez pu trouver une corrélation avec d'autres facteurs contributifs, par exemple l'eau potable? Nous savons que les avis d'ébullition d'eau sont plus fréquents aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a deux ans. Cela devrait avoir une incidence sur la santé buccodentaire. Est-ce que votre vérification permet de déceler ces corrélations ou est-ce qu'elle ne faisait pas partie de la portée de votre vérification?

**M. Michael Ferguson:** Nous n'avons pas cherché à cerner l'incidence de ce type de facteurs. Le ministère a reconnu, comme nous l'avons fait dans notre rapport, que d'autres facteurs avaient une incidence sur les résultats en santé buccodentaire.

Encore une fois, je crois qu'il faudrait que le ministère tienne compte de tout cela au moment d'élaborer l'approche générale à adopter pour ce programme, en cherchant à combler l'écart. Puisque ces populations affichent un taux de maladie buccodentaire deux fois plus important que les autres populations, il faut tenir compte de tous ces autres facteurs au moment de chercher à savoir quelles en sont les causes, comment on peut les prévenir et comment on doit assurer la prise en charge.

**Mme Marilyn Gladu:** Oui. Il faut faire un suivi de tout cela et faire des corrélations.

**Le président:** Vous avez terminé.

**Mme Marilyn Gladu:** D'accord.

**Le président:** Monsieur Davies.

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

Selon des documents récemment publiés en vertu de la Loi sur l'accès à l'information, le gouvernement fédéral a dépensé plus de 110 000 \$ pour contester devant les tribunaux la demande de paiements d'un traitement d'orthodontie qui a coûté 6 000 \$ présentée par une jeune fille des Premières Nations. Stacey Shiner, la mère de cette jeune fille, a demandé le paiement de l'appareil orthodontique au titre du programme des soins de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits, mais Santé Canada a refusé. Elle a interjeté appel trois fois, en vain. Au bout du compte, elle s'est adressée à la Cour fédérale.

Cindy Blackstock, directrice générale de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, qui est intervenue dans cette affaire, a fait les déclarations suivantes:

En tant qu'être humain, je juge qu'il est immoral que le Canada ne finance pas les services demandés, alors que deux orthodontistes pédiatriques se sont entendus sur le fait que, sans cet appareil, la jeune fille éprouverait une douleur chronique et aurait de la difficulté à manger et à parler.

En tant que contribuable, je suis complètement abasourdi de voir que le Canada dépenserait 110 000 \$ pour n'avoir pas à payer une somme de 6 000 \$ qui aurait aidé une enfant [autochtone]. Avec cette somme, il aurait pu aider 18 enfants à obtenir des services orthodontiques dont ils ont médicalement besoin.

À votre avis, est-ce que cette somme de 110 000 \$ consacrée à des honoraires juridiques est une bonne façon de dépenser son argent?

• (1635)

**M. Michael Ferguson:** Encore une fois, la vérification n'avait pas pour objectif d'examiner ce cas particulier ni aucun cas particulier. Je crois que c'est au ministère qu'il faut demander d'expliquer sa décision. Je veux dire par là que, bien sûr, quand on regarde la décision en se fondant sur des chiffres, il est raisonnable de remettre cette décision en question, mais je crois que le ministère doit s'expliquer.

Nous avons toutefois relevé un problème touchant la procédure des appels. Le ministère doit communiquer sa décision dans un délai donné. Il n'a pas respecté la norme de service de 30 jours qui s'applique aux décisions concernant les services d'orthodontie faisant l'objet de l'appel. Je crois que le ministère doit améliorer la façon dont il traite les appels relatifs aux services d'orthodontie.

**M. Don Davies:** Merci.

Lorsque notre comité a étudié le projet de loi C-45, la Loi sur le cannabis, nous avons appris que le gouvernement fédéral assumait le

coût du cannabis thérapeutique pour les anciens combattants du Canada, mais pas pour les Premières Nations ou les Inuits. À votre avis, est-ce que la couverture des soins de santé buccodentaire offerte aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits reconnus se compare avec la couverture offerte à d'autres populations, par exemple les anciens combattants, auxquelles le gouvernement fédéral offre une couverture pour les soins de santé buccodentaire?

**M. Michael Ferguson:** Je ne peux pas répondre à cette question, encore une fois, parce que nous n'avons pas fait cette comparaison dans le cadre de notre vérification. J'en profite pour rappeler au Comité que nous avons néanmoins vérifié le Programme des médicaments sur ordonnance offert aux anciens combattants, lequel comprend la marijuana thérapeutique, mais que nous n'avons fait aucune comparaison entre les volets de ce programme qui concernent la santé buccodentaire et les autres programmes axés sur la santé buccodentaire.

**M. Don Davies:** Voici un extrait du Rapport 4 des Rapports du vérificateur général du Canada de l'automne 2017:

Le ministère [de la Santé] était au courant, depuis de nombreuses années, de la précarité de l'état de santé buccodentaire des Inuit et des membres des Premières Nations et il avait tenté d'élaborer une approche stratégique visant à améliorer la situation. Nous avons constaté que le ministère avait rédigé des ébauches de stratégie en matière de santé buccodentaire en 2010 et en 2015, sans toutefois les achever.

À votre avis, pourquoi le ministère n'a-t-il pas réussi à mettre le point final à ses approches stratégiques en matière de santé buccodentaire, ni en 2010, ni en 2015?

**M. Michael Ferguson:** Je vais offrir un début de réponse et je demanderai ensuite à Mme Thomas de poursuivre.

C'est un enjeu que nous observons un peu partout, et nous sommes toujours préoccupés quand nous voyons qu'un ministère dit avoir besoin d'une stratégie, lance une stratégie, rédige une ébauche de stratégie, mais ne mène jamais cette stratégie à terme.

En l'occurrence, le besoin a été cerné en 2010. Il a aussi été cerné en 2015, mais, quand nous sommes allés sur place pour mener notre vérification, aucune stratégie n'avait encore été élaborée. C'est au ministère de s'expliquer sur cette situation. Nous ne donnons aucun crédit à un ministère qui a rédigé une ébauche de stratégie. Si un ministère dit avoir besoin d'une stratégie, nous nous attendons à ce qu'il élabore une stratégie et la fasse approuver de façon à pouvoir la mettre en oeuvre; dans le cas qui nous occupe, le besoin avait été cerné en 2010 et en 2015, mais aucune stratégie n'avait encore été élaborée.

Je vais demander à Mme Thomas si elle voudrait ajouter quelques détails.

**Mme. Casey Thomas:** La seule chose que j'ajouterais, c'est que le ministère avait indiqué en 2010 et en 2015, dans son Rapport sur les plans et priorités, qu'il s'engageait à élaborer une approche stratégique, et pourtant, rien n'avait encore abouti en 2016 ou en 2017. Le ministère a plutôt élaboré des plans régionaux. Et les plans régionaux ne sont rien de plus que cela. Ils couvrent les régions. Le ministère a examiné l'état actuel des écarts ainsi que des solutions possibles pour réduire les écarts, et on nous a dit que ces plans régionaux allaient être utilisés jusqu'à ce qu'une approche stratégique ait été élaborée.

• (1640)

**M. Don Davies:** Avez-vous recueilli des éléments montrant que les plans régionaux avaient bel et bien été mis en oeuvre?

**Mme. Casey Thomas:** Oui. Les plans régionaux ont été mis en oeuvre.

**M. Don Davies:** De quelles régions s'agit-il?

**Mme. Casey Thomas:** Sept régions sont couvertes: l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, le Nord, la Saskatchewan, le Manitoba et l'Alberta.

**M. Don Davies:** Les responsables vous ont-ils expliqué pourquoi aucun plan général n'avait encore été mis en oeuvre?

**Mme. Casey Thomas:** Non. Ils se sont contentés de nous dire qu'ils avaient décidé d'adopter une autre orientation, de travailler à partir des plans régionaux, jusqu'à ce qu'ils aient élaboré une approche stratégique.

**M. Don Davies:** Vous ont-ils donné un échéancier au sujet de cette approche stratégique?

**Mme. Casey Thomas:** Non, ils ne nous ont rien donné.

**M. Don Davies:** Merci. Je n'ai plus de questions.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous donnons maintenant la parole à M. Eyolfson.

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

Merci à tous les témoins d'être venus.

J'ai parcouru le document; je ne sais pas si cela s'inscrit dans la portée de votre vérification, mais il est évident que dans tout grand système il y a parfois des problèmes quant à la portée des programmes qu'un organisme donné doit administrer. Je pense en particulier au ministère des Affaires autochtones et du Nord, puisqu'il y a eu récemment des changements qui font en sorte qu'il y a aujourd'hui, en fait, deux ministères dont l'un s'occupe de la prestation des services.

Est-il possible ou probable que cette situation entraîne une amélioration de l'efficacité administrative ou même qu'elle nous rapproche d'une solution à ces problèmes?

**M. Michael Ferguson:** Je ne m'intéresse pas tellement à la structure de la prestation de service. Je crois que ce qui est important, c'est que la personne responsable, peu importe de qui il s'agit, mette vraiment l'accent sur les résultats en santé.

Nous avons déterminé pendant notre vérification, par exemple, que Santé Canada — qui était le ministère responsable, évidemment, pendant cette vérification — s'était efforcé de déterminer quel était le statut en santé de ces populations, mais le ministère ne peut s'appuyer sur aucune pratique régulière au moment de déterminer si ces activités quotidiennes vont faire évoluer les choses en ce qui concerne les résultats globaux en santé.

S'il se contente de se manifester et de mesurer les résultats en santé de manière périodique, disons tous les 5 ou 10 ans, il lui faudra des mesures dans l'intervalle pour vraiment savoir si ses activités vont amener les données mesurées à long terme dans la direction recherchée. Peu importe quel ministère a cette responsabilité; ce qui est important, c'est qu'il se dote de bons moyens de savoir si ce qu'il fait entraînera de meilleurs résultats.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Merci.

Je vois que certains services dentaires doivent être approuvés au préalable. Auriez-vous, non pas une liste exhaustive, mais du moins une liste des catégories de procédures pour lesquelles il faut obtenir une autorisation préalable?

**Mme. Casey Thomas:** Je ne peux pas vous donner une liste de catégories, mais quand il s'agit par exemple d'un traitement de canal, d'un traitement orthodontique ou d'une couronne — tout ce qui coûte plus cher ou est plus compliqué —, il faut une autorisation préalable.

S'il s'agit par exemple d'une obturation ou d'un détartrage, c'est un type de service qui n'exige pas d'autorisation préalable.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Savez-vous si la décision concernant l'approbation préalable du service a été prise en fonction du degré de complexité, ou bien une autre décision a-t-elle été prise pour ce qui est des services qui devraient ou non faire l'objet d'une telle approbation?

**Mme. Casey Thomas:** Le ministère a élaboré une annexe énonçant les services qu'il fournira en général. Si on regarde la longue liste qui figure dans l'annexe, on voit qu'environ 40 % des services requièrent une approbation préalable. Le ministère a prédéterminé que, si un dentiste prescrit ou doit offrir à un patient un service particulier, 40 % de ces services devraient faire l'objet d'une approbation préalable.

Ce que le ministère a montré, c'est que seulement 4 % des réclamations qu'il a réglées sont revenues et ont reçu ou nécessité une approbation préalable.

**M. Doug Eyolfson:** Très bien. Parmi celles qui doivent faire l'objet d'une approbation préalable, le processus à suivre, en soi, semble-t-il présenter des difficultés ou des obstacles?

**Mme. Casey Thomas:** Dans le cadre de notre audit, nous n'avons pas examiné de cas individuels. Les dentistes tiennent les dossiers des patients, alors nous n'y avons pas accès.

Ce que nous avons examiné, c'est le processus qu'a suivi le ministère pour déterminer ce qui devrait figurer sur la liste. Je ne pense pas avoir répondu complètement à la question que vous m'avez posée plus tôt, c'est-à-dire que le ministère a établi des critères, auxquels je pense que vous avez fait allusion, mais dont je n'ai pas parlé. Nous n'avons pas étudié les décisions en tant que telles au cas par cas, mais nous avons examiné le processus auquel le ministère a recours pour déterminer ce que contiendra la liste et quels seront les critères.

• (1645)

**M. Michael Ferguson:** L'autre élément concernant l'approbation préalable, c'est qu'on avait établi une norme de 10 jours. Si vous regardez la façon dont on a décrit la norme, en tant que personne, vous penseriez obtenir une réponse dans les 10 jours concernant votre situation particulière, mais on ne la mesurait ni ne la surveillait au cas par cas. On regroupait en quelque sorte tout un tas de décisions, et on vérifiait si, en moyenne, on respectait ce délai de 10 jours.

Du point de vue d'une personne, si vous alliez sur le site Web du ministère, par exemple, vous vous attendriez à obtenir une décision dans les 10 jours. En fait, vous pourriez ne pas obtenir la décision dans ces délais, même si le ministère affirme avoir respecté sa norme de service, car il regroupe votre décision avec d'autres pour faire une moyenne. Cette situation pourrait susciter des préoccupations et peut être des plaintes de la part de personnes recevant des services, qui s'attendent à ce que le ministère gère cette norme de service de façon individuelle pour prendre une décision dans un délai de 10 jours, alors qu'en fait, il mesure le délai selon une moyenne.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Un document a été rédigé par l'Assemblée des Premières Nations. On l'appelle le « programme de transformation de la santé des Premières Nations ». Les auteurs ont parlé du taux d'utilisation national des prestations dentaires. Il était de 34 % chez les personnes admissibles. En comparaison, ce taux était de 61 % chez les personnes admissibles aux prestations pharmaceutiques. Le rapport soulignait que le faible taux d'utilisation s'expliquait en partie — je vais lire ce passage mot pour mot — par « une mauvaise communication en général au sujet des [...] prestations et, surtout dans le cas des prestations dentaires, une hésitation ou une réticence de la part des patients autochtones à tenter de s'y retrouver dans le lourd processus d'approbation relatif aux SSNA ».

Diriez-vous que votre examen appuie cette conclusion selon laquelle certains de ces faibles taux d'utilisation sont dus en partie au fait que la lourdeur de ce processus d'approbation décourage les gens de le suivre?

**M. Michael Ferguson:** Encore une fois, ce n'est pas ce que nous examinons dans le cadre de l'audit. Le ministère fournit un certain nombre de services auxquels les gens ont accès et, certes, nous avons constaté qu'au cours de l'année, environ 300 000 personnes — je pense que c'était le nombre — en ont profité. La population qui serait admissible aux services serait bien plus importante que 300 000 personnes. Cela indique que le ministère a du travail à faire pour comprendre qui a accès aux services.

Encore là, nous avons constaté qu'il avait apporté, de temps à autre, des modifications aux services qui étaient offerts, et nous avons relevé certains problèmes de communication. Par exemple, si le ministère prenait la décision de changer les services qu'il rembourse, il ne le communiquait pas immédiatement. La raison donnée par les responsables du ministère, c'était que, quand ils apportaient ce type de changement, ils devaient le programmer dans leur système de paiement, ce qui prenait un certain temps.

Dans notre rapport, nous avons mentionné l'exemple d'une situation où on a apporté un changement, en 2014. Je pense que c'était au sujet du nombre de radiographies, par exemple, que le ministère allait rembourser. Il a fait passer ce nombre de 6 à 10, mais il lui a fallu 2 ans pour dire aux gens qu'il l'avait fait. Entretemps, une personne pourrait s'être fait dire par son fournisseur de services dentaires qu'elle avait déjà subi ses six radiographies et qu'elle ne pouvait pas en avoir d'autres, alors cette personne pourrait avoir reporté une intervention, alors qu'un autre fournisseur de soins dentaires aurait pu dire: « D'accord, je pense que vous avez besoin d'une autre radiographie, alors je vais demander une approbation. » Il aurait ensuite obtenu l'approbation parce que le ministère avait déjà fait passer le nombre de 6 à 10, mais il n'avait pas communiqué ce changement.

Dans ce cas-là, l'accès à ces services pourrait avoir été inégal parce que certains fournisseurs de services dentaires étaient au courant ou ont demandé une approbation préalable, alors que d'autres ne le savaient pas ou n'ont pas fait de demande à cet égard.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Nous allons maintenant passer à notre série de questions de cinq minutes, en commençant par M. Webber.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Merci, monsieur le président, et je remercie nos témoins de leur présence aujourd'hui.

Je me rappelle l'époque où je faisais de la politique provinciale, en Alberta, quand j'occupais le poste de ministre des Relations avec les

Autochtones et que j'avais beaucoup affaire aux associations d'hygiénistes dentaires de la province pour tenter d'étendre le champ d'activité de leurs membres. Au départ, pour tout type de travail effectué par un hygiéniste, il fallait qu'un dentiste soit sur place, afin de superviser l'intervention ou d'assurer une présence au cas où quelque chose se produirait qui exigerait l'intervention d'un dentiste. Nous avons été en mesure de changer cette exigence grâce à d'importants efforts déployés au sein du gouvernement afin d'étendre le champ d'activité des hygiénistes de façon à ce qu'ils puissent fournir des services préventifs, comme un détartrage, un traitement au fluorure ou un scellement, sans l'aide ou ni présence d'un dentiste sur place. Ce changement leur a permis d'être mobiles et de se rendre dans les collectivités pour effectuer leur travail d'entretien préventif sans être accompagnés d'un dentiste.

En ce qui concerne Santé Canada et sa politique, où en est-on au chapitre de la mise en oeuvre de ces services de santé? Le ministère exige-t-il la présence d'un dentiste sur place? Quel est le champ d'activité de ces hygiénistes?

● (1650)

**Mme. Casey Thomas:** Tout d'abord, nous n'avons pas examiné chacune des exigences provinciales ou territoriales, mais, essentiellement, c'est là-dessus que compte Santé Canada. Le ministère peut avoir recours aux praticiens dans chaque province et territoire, selon les règles de l'administration. Si un hygiéniste est capable d'en faire plus dans une province, Santé Canada est en mesure de compter sur ce service dans la province en question. Quand on examine la situation, on voit que chacune des régions ou chaque province et territoire est doté d'un mécanisme de prestation de services différent, selon la réglementation provinciale ou territoriale.

**M. Len Webber:** Je vois. Il s'agit d'une compétence provinciale. Les administrations décident des champs d'activité de chacun sur leur territoire. D'accord. Peut-être que Santé Canada pourra exercer des pressions sur les provinces et les territoires où les hygiénistes dentaires et leurs compétences ne sont pas aussi largement reconnus.

En outre, dans votre rapport, vous déclarez ce qui suit: « Selon le rapport annuel de 2015-2016 du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada, les dépenses liées aux services rémunérés à l'acte ont atteint approximativement au cours de cet exercice : 87 millions de dollars pour les services de restauration » et « 24 millions de dollars chacun pour les services de prévention et les services diagnostiques ».

C'était en 2015-2016. En quoi est-ce comparable aux exercices qui ont suivi? Les dépenses ont-elles augmenté de façon importante? Sont-elles relativement les mêmes? Y a-t-il une comparaison par rapport aux exercices précédents? Disposeriez-vous de ces chiffres, par hasard?

**Mme. Casey Thomas:** Nous ne sommes pas retournés dans le passé afin de comparer les données au fil des ans, mais, ce que je peux affirmer, c'est que... Une question a été posée plus tôt au sujet de l'importance accordée à la prévention par rapport à la restauration, et même si le ministère peut assurément déployer des efforts pour encourager davantage la prestation de services de prévention, par exemple, une partie de ce travail dépend du dentiste qui détermine de quel service un patient a besoin. Les services, en soi, semblent demeurer à peu près les mêmes dans l'ensemble.

**M. Len Webber:** Merci.

Je vais céder ma dernière question à ma collègue.

**Mme Marilyn Gladu:** Merci.

J'ai remarqué qu'il y avait parfois un écart au chapitre des ressources humaines nécessaires pour fournir les services. Pouvez-vous nous donner des détails au sujet des ressources qui étaient manquantes? Était-ce des hygiénistes? Des dentistes? La situation était-elle uniforme dans l'ensemble du pays?

**Mme. Casey Thomas:** Essentiellement, ce que nous avons observé, c'était un manque de fournisseurs de services qui avaient été cernés par le ministère ou par les régions mêmes. Par exemple, deux régions avaient déterminé qu'elles avaient besoin de dentistes à forfait et cherchaient à découvrir si elles pouvaient en obtenir davantage.

Dans le même ordre d'idées, comme nous le déclarons, le milieu des thérapeutes dentaires est en déclin, et les plans régionaux que nous avons évoqués plus tôt ont établi le besoin de combler ces lacunes et de déterminer comment on va le faire, mais, comme nous le signalons également, on n'a pas nécessairement pris des mesures assez rapidement à cet égard. On sait depuis 2009 que le nombre de thérapeutes dentaires diminue, mais on n'a encore pris aucune mesure suffisante afin de pourvoir ces postes.

**Le président:** Nous allons maintenant passer à M. McKinnon.

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

Monsieur Ferguson, votre rapport indique que les populations autochtones et inuites présentent presque deux fois plus de maladies dentaires et de besoins en matière de santé buccodentaire que la population en général et donne des raisons telles que les visites dentaires plus rares, l'absence d'aliments abordables et nutritifs, et ainsi de suite. Toutefois, des éléments comme des obstacles géographiques figurent sur cette liste. Nous savons que certaines de nos collectivités autochtones, plus particulièrement dans le Grand Nord, sont très éloignées. J'aurais tendance à penser qu'il s'agit d'un facteur très dominant dans ces régions. Il expliquerait les visites dentaires plus rares et toutes ces autres choses.

Je me demande si vous avez été en mesure d'établir une corrélation, d'une manière ou d'une autre, entre vos données sur les besoins et celles sur l'éloignement géographique.

• (1655)

**M. Michael Ferguson:** Encore une fois, c'est le type d'analyse à laquelle nous voudrions que le ministère procède.

Je vais commencer à répondre, puis je pourrais demander à M. Martire de fournir des détails sur d'autres travaux que nous avons effectués en ce qui a trait à l'accès aux services de santé au sein des Premières Nations éloignées également, mais nous nous attendrions à ce que le ministère soit en mesure de produire ce type d'information, encore une fois, de tenter de comprendre... C'est une chose que de savoir qu'il y a un écart, que le taux de maladie dentaire est deux fois celui des autres populations du Canada, mais il y a tous ces divers facteurs qui peuvent contribuer à cette situation, comme l'éloignement et l'accessibilité d'aliments nutritifs et ce genre de choses. Nous voudrions que le ministère puisse établir une certaine corrélation à cet égard.

Certes, vous avez raison: l'éloignement des Premières Nations est un facteur. L'autre audit que j'ai mentionné que nous avons effectué portait sur l'accès aux services de santé au sein des Premières Nations éloignées. Je vais demander à M. Martire de peut-être vous donner un peu d'information sur cette question.

**M. Joe Martire (directeur principal, Bureau du vérificateur général):** Merci.

Le rapport auquel nous faisons allusion a été déposé au printemps 2015. Essentiellement, il portait sur les collectivités autochtones éloignées. Nous nous sommes concentrés sur le Manitoba et sur le Nord de l'Ontario, où se trouvent environ 65 % des Premières Nations éloignées du Canada qui sont dans une réserve.

Le problème qui se pose tient au fait que, si on y réfléchit, nous tentions de déterminer le genre d'accès qu'ont ces collectivités aux services cliniques et offerts aux patients. Il s'agit notamment du transport médical. Comme vous le savez peut-être, l'élément central dans ces collectivités éloignées, c'est essentiellement le poste de soins infirmiers. Il s'agit de leur premier point de contact. Disons qu'un dentiste arrive. Il est problématique de trouver un endroit où le loger à son arrivée. Nous avons observé des obstacles du point de vue du logement et de l'état des installations qui se trouvaient là.

Ensuite, il y a la politique relative au transport dans le cas de tout problème de santé, y compris les problèmes de santé dentaire. Je pense que le régime dentaire couvrait environ 5 % de leurs... Nous avons vérifié comment la politique de transport médical était appliquée. Nous avons trouvé des faiblesses importantes à cet égard. Par exemple, la première exigence, c'est qu'il faut être inscrit. Si votre enfant ne l'est pas, l'accès pourrait vous être refusé. Nous avons pris un échantillon d'environ 50 personnes des deux régions. Au Manitoba, la moitié d'entre elles n'étaient pas inscrites. En Ontario, on ne conservait pas ces données, mais les représentants de certaines des collectivités que nous avons visitées nous ont dit que, dans une collectivité particulière, au moins 50 personnes n'étaient pas inscrites. D'emblée, cette situation entraîne des complications.

La bonne nouvelle, c'est que, s'il y a des urgences médicales, les gens sont transportés afin que leurs besoins soient évalués. Le problème survient lorsque vous tentez de ramener ces personnes. Si vous téléphonez à Santé Canada et qu'elles ne sont pas dans le système, vous pourriez avoir des problèmes. Concernant les soins dentaires en particulier, la population... Comme je l'ai dit, c'est environ 5 % des prestations en matière de transport, et des problèmes se posent à cet égard.

Nous avons beaucoup parlé de documentation. Il s'agit d'un autre aspect où nous avons observé des lacunes importantes. Si vous regardez la politique relative au transport médical, certains principes étaient l'effet voulu de la politique. Nous avons pris un échantillon de ces principes. Nous avons tenté d'étudier le taux de conformité. Au Manitoba, nous en avons examiné cinq. Par exemple, nous avons vérifié si le transport était requis, d'un point de vue médical, et le taux était de 0 %. Nous avons examiné la confirmation de présence, la déclaration écrite d'un professionnel de la santé confirmant que la personne s'est vraiment présentée au rendez-vous, et le taux était de 0 %. En Ontario, c'était un peu mieux, mais les responsables avaient des problèmes importants sur le plan de la documentation.

On a tenu une discussion plus tôt au sujet de la qualité de la documentation. Dans ce domaine particulier, la situation était très mauvaise. Au Manitoba, en particulier, on ne tenait pas de documents comme l'exigeait la politique du gouvernement fédéral sur la tenue de dossiers. Voilà le problème, en ce qui concerne non seulement les services dentaires, mais aussi tous les services de santé. Dans le cas des endroits éloignés, les postes de soins infirmiers sont les premiers points de contact. Si les gens ne peuvent pas y être traités, la politique relative au transport médical est conçue pour qu'ils soient amenés vers le lieu le plus proche où ils pourront recevoir ce service.

• (1700)

**M. Ron McKinnon:** Merci.

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Monsieur Van Kesteren.

**M. Dave Van Kesteren (Chatham-Kent—Leamington, PCC):** Merci, monsieur le président.

Merci de votre présence.

Je sais que la question a déjà été posée, mais je veux la poser encore une fois, car je veux obtenir votre réaction, comme vous travaillez sur le terrain. Il a été mentionné que ces procédures étaient censées avoir eu lieu, et Santé Canada a reconnu que c'était ce qui était prévu.

Monsieur Ferguson, quand vous avez confronté les responsables de Santé Canada à ces faits, quelle a été leur réaction? Se sont-ils contentés de hausser les épaules? Ils ont dû avoir un certain genre de réaction. Je suis un peu curieux à ce sujet.

**M. Michael Ferguson:** Si je comprends la question, elle porte sur le fait qu'ils n'avaient pas mis la stratégie en place. En 2010, ainsi qu'ultérieurement, ils avaient déterminé qu'ils avaient besoin d'une stratégie. Je demanderai peut-être à Mme Thomas de qualifier les conversations que nous avons tenues, mais je dirais, malheureusement, qu'il n'est pas rare que nous rencontrions ce problème au sein du ministère. Les responsables établissent le besoin d'une stratégie; ils commencent à travailler dessus, mais, ensuite, ils ne l'achèvent jamais totalement. Ce n'est pas unique à ce ministère.

Pour ce qui est des conversations que nous avons tenues avec ces intervenants, je vais demander à Mme Thomas de formuler un commentaire.

**M. Dave Van Kesteren:** Puis-je simplement prendre la parole pour une seconde? Avant que nous en arrivions à cela, je suis curieux: vous l'avez affirmé et je le crois, et je pense que nous en avons également déjà fait l'expérience. Est-ce tout simplement que l'on ne nous dit pas quel est le problème? Le dialogue que nous entendons suscite un certain... La tâche est-elle immense au point d'être impossible à accomplir?

Je songe à Iqaluit, par exemple. J'y suis allé. Comme vous le savez, j'en suis certain, environ 5 000 personnes habitent là-bas. Je ne pense pas qu'elles aient un dentiste. Je ne le pense pas, mais si c'était le cas, si c'est la situation, c'est-à-dire qu'elles ont deux fois plus de problèmes dentaires que le reste de la population, la tâche est-elle énorme au point que Santé Canada a tout simplement baissé les bras et dit: « Oui, nous avons accepté de faire cela, et nous avons affirmé que nous allions mettre quelque chose en place, mais nous ne savons tout simplement pas comment le faire »?

**M. Michael Ferguson:** Je ne voudrais certainement pas sous-estimer la complexité de la situation. Encore une fois, certaines de ces personnes vivent dans des endroits très éloignés. Il peut être compliqué d'obtenir accès à tous types de services liés à la santé, que ce soit des services dentaires ou d'autres services infirmiers. Il leur faut parfois quitter leur collectivité et parcourir des distances assez longues pour accéder à ces services, alors je ne voudrais pas sous-estimer la complexité du problème.

Toutefois, je pense qu'il incombe encore au ministère de tenter d'établir ce qu'il veut accomplir au moyen du programme. Les responsables ont déjà affirmé que leur rôle consiste à maintenir et à améliorer la santé buccodentaire de ces populations. Si c'est leur objectif, comment procèdent-ils pour l'atteindre? Comment utilisent-

ils les données dont ils disposent? Quelles mesures emploient-ils pour savoir s'ils font des progrès?

Il serait exagéré de s'attendre à ce qu'ils soient en mesure de combler totalement cet écart en une courte période, mais on voudrait que certains signes nous laissent croire qu'ils vont au moins dans la bonne direction pour ce qui est de réduire cet écart, et ce, encore une fois, même s'ils font face à une situation très complexe.

**M. Dave Van Kesteren:** Ensuite, y a-t-il des études qui montrent que le problème empire, ou bien en avons-nous prévu?

J'ai un deuxième volet à ajouter à cette question. Encore une fois, j'y suis allé. J'ai été témoin de ce que consomment beaucoup de gens, surtout les jeunes. Ce ne sont pas des choses saines. J'ai vu énormément de cannettes et de bouteilles de boisson gazeuse. Les représentants de Santé Canada pourraient-ils avoir indiqué qu'il n'y a tout simplement aucun mouvement vers un régime alimentaire sain?

Monsieur Martire, vous hochez un peu la tête.

J'essaie de chercher... Je suis un vendeur de voitures. Si une personne vient me faire part d'un problème, nous voulons savoir quelles sont ses habitudes de conduite, où elle est allée et ce genre de chose.

• (1705)

**M. Michael Ferguson:** Nous avons déterminé que Santé Canada s'était affairé à tenter de mener deux ou trois sondages sur les résultats pour la santé. L'un portait sur la santé buccodentaire des Inuits, en 2008-2009. Un autre portait sur la santé des Premières Nations, en 2009-2010. Toutefois, ces études n'ont vraiment pas été assez nombreuses et n'ont pas été menées sur une période suffisante pour que l'on sache vraiment si ce que font les intervenants du ministère a une incidence. Il faut qu'ils tentent d'examiner leurs données.

Bien entendu, tout ce qu'ils peuvent vraiment utiliser, ce sont les données dont ils disposent sur les services dentaires qu'ils fournissent ou dont ils assurent la prestation. Dès qu'on aborde des éléments comme les habitudes alimentaires des gens et ce genre de facteurs, un tout autre type de données doit être recueilli. Il s'agit de renseignements personnels et de tous ces genres de choses.

Nous nous attendrions à ce qu'ils soient en mesure d'utiliser les données qu'ils recueillent sur les services qu'ils fournissent afin de pouvoir comprendre, par exemple, que le fait que les enfants reçoivent les services au titre de l'Initiative en santé buccodentaire des enfants avant d'avoir sept ans et reviennent se présenter à des visites dentaires régulières par la suite est lié à de meilleurs résultats pour la santé. Nous nous attendrions à ce que les responsables du ministère soient en mesure d'étudier la situation de ce point de vue.

Pour ce qui est des autres problèmes — l'accès à des aliments nutritifs et ce genre de choses —, il s'agit d'autres activités sur lesquelles ils devraient travailler, peut-être à l'extérieur de ce programme. Il y a un certain temps, nous avons procédé à un audit au sujet de Nutrition Nord Canada et de la façon dont ce programme vise à offrir l'accès à ce type d'aliments. Toutefois, il s'agissait d'un autre audit. En ce qui concerne celui-ci en particulier, nous nous attendrions à ce qu'ils utilisent les données dont ils disposent pour tenter de cerner certaines de ces relations de causalité.

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci de travailler fort à la préparation de ce rapport. Nous savons tous que les populations autochtones et inuites présentent plus de maladies dentaires que les autres populations et que l'accès réduit à des aliments abordables et nutritifs ou aux études supérieures peut être un obstacle, mais, dans le budget de 2017, nous avons utilisé des programmes menés en collaboration avec des partenaires autochtones et inuits afin de former des travailleurs autochtones en santé buccodentaire. En plus du budget de 2017, une somme supplémentaire de 45,4 millions de dollars sur cinq ans a été investie dans l'Initiative en santé buccodentaire des enfants.

Pensez-vous que ces programmes vont aider à éliminer ces obstacles?

**M. Michael Ferguson:** Je pense que cette question montre exactement pourquoi le ministère doit détenir de l'information au sujet des résultats pour la santé buccodentaire des Inuits et des Premières Nations et des activités qui permettront de combler cet écart, car autrement... Il s'agit du type de renseignement dont on peut se servir pour s'assurer que tout investissement supplémentaire sera utilisé d'une manière qui permettra de combler l'écart.

Encore une fois, je pense que c'est ce qui est important. En apparence, l'argent supplémentaire est une étape qu'on franchit pour tenter d'obtenir de meilleurs résultats pour la santé, mais il doit y avoir un moyen de savoir si c'est ce qui va arriver. À lui seul, l'argent n'entraînera pas nécessairement de meilleurs résultats pour la santé. Le ministère doit savoir exactement quels sont ces résultats pour la santé, quels éléments influent sur eux et comment nous pouvons savoir s'ils s'améliorent ou pas. Ainsi, il pourrait ensuite montrer au Parlement que toute somme supplémentaire qu'il a obtenue aux fins de ces programmes a effectivement eu une incidence sur les résultats en général.

**Mme Sonia Sidhu:** Il y a un poste de soins infirmiers, là-bas, comme l'a affirmé M. Martire. Comment peut-on utiliser cet argent pour obtenir le meilleur avantage? Avez-vous des idées? Devrions-nous mettre sur pied davantage de programmes scolaires afin de sensibiliser les Autochtones à l'égard de la santé buccodentaire?

• (1710)

**M. Michael Ferguson:** Je pense que, en quelque sorte, cela va au cœur de ce que nous voulions aborder dans le cadre de l'audit. Le ministère doit comprendre quels types d'activités mèneront vraiment à de meilleurs résultats pour la santé buccodentaire, que ce soit davantage de services de prévention ou l'inscription d'un plus grand nombre de personnes aux programmes et le fait de s'assurer que les gens sont au courant de l'existence des programmes.

Toutes activités font en sorte qu'il est plus difficile pour le ministère de déterminer dans quels types de services ou de programmes il devrait injecter les sommes, sauf s'il dispose de renseignements qui l'aident à comprendre lesquelles de ces activités entraînent de meilleurs résultats. Je pense que c'est vraiment à cela que nous voulions en arriver. Les responsables doivent savoir quelles activités auront une incidence sur ces résultats afin qu'ils puissent prendre ces décisions à la lumière de ce type de données probantes.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

**Le président:** Avez-vous tous terminé? D'accord.

Maintenant que nous avons terminé cette série de questions, nous allons passer à M. Davies, pour trois minutes.

**M. Don Davies:** Merci.

Une chose que vous avez dite plus tôt m'est restée en tête, monsieur Ferguson, c'est-à-dire qu'il a fallu deux ans à Santé Canada pour informer les patients d'un changement du nombre de

radiographies couvertes par année, qui est passé de 6 à 10. Est-ce exact?

**M. Michael Ferguson:** C'est exact. La décision a été prise en 2014 — je crois — et rendue publique en 2016.

**M. Don Davies:** Il y a une relation fiduciaire entre le gouvernement et les Autochtones. On aurait tendance à croire que le gouvernement est obligé d'informer ses patients en temps opportun des changements importants apportés aux services auxquels ils sont admissibles. Y a-t-il quelque chose qui m'échappe?

**M. Michael Ferguson:** Certes, nous estimons que le fait de ne pas communiquer la décision pourrait entraîner une situation inéquitable. Si un dentiste demande une approbation préalable pour l'un de ses patients et l'obtient, alors, il sait que, d'accord, il demandera cette approbation préalable pour d'autres patients. Un autre dentiste pourrait ne pas le demander, alors ses patients n'y auront pas nécessairement accès. Nous avons certes été préoccupés par la possibilité que cela ait entraîné une situation inéquitable, alors nous estimons que le ministère avait l'obligation de tenter de communiquer l'information. Il a pris la décision qu'il allait augmenter la limite en 2014, alors...

**M. Don Davies:** Les responsables ont-ils expliqué pourquoi il leur a fallu deux ans pour communiquer un changement au chapitre de la couverture?

**M. Michael Ferguson:** À ce que je crois savoir, la raison qu'ils ont donnée, c'était qu'ils avaient besoin de mettre à jour le système servant au suivi de l'information et au versement des paiements. Je suppose que, pour que le système traite ces paiements comme des versements ordinaires qui ne nécessitaient pas d'approbation préalable, ils devaient apporter ce changement dans le système d'information, et c'est le temps qu'il a fallu pour apporter le changement.

**M. Don Davies:** Craignez-vous que d'autres changements au chapitre de la couverture, à part l'exemple des radiographies, puissent également ne pas être communiqués en temps opportun?

**Mme. Casey Thomas:** Dans le cadre de notre travail, nous avons examiné 18 changements, et, dans trois cas, la mise à jour n'avait pas été effectuée en temps opportun. Cela donne à penser qu'il pourrait y avoir d'autres cas semblables.

**M. Don Davies:** C'est trois sur 18. Dix pour cent de ce nombre, c'est 1,8, alors, dans presque 20 % des cas, les changements ne sont pas communiqués en temps opportun. Est-ce exact?

**Mme. Casey Thomas:** Je n'ai pas effectué le calcul rapidement dans ma tête. Je vais demander au comptable qui se trouve à ma gauche.

**M. Don Davies:** Ne vérifiez pas mon calcul trop attentivement.

Mon autre question concerne le fait qu'en réaction au rapport du VG de 2015, Santé Canada s'est engagé à effectuer une analyse comparative de l'accès aux services de santé au sein des collectivités autochtones et non autochtones éloignées. Le ministère s'est fixé un délai — l'été 2016 —, mais nous avons appris au printemps dernier, au moment des discussions sur le Budget principal des dépenses, que ce rapport n'a en fait jamais été rédigé.

À votre avis, une telle analyse nous aiderait-elle à déterminer la mesure dans laquelle la géographie est un obstacle à l'accès aux services de santé buccodentaire, comme l'a soulevé M. McKinnon?

**M. Joe Martire:** À l'époque où nous avons produit le rapport, nous nous sommes rendus au Nord du Manitoba et de l'Ontario, et des collectivités non autochtones ne se trouvaient pas très loin des collectivités autochtones. L'objectif du programme, c'est la prestation de services comparables dans une région géographique semblable. Voilà la phrase clé.

Nous avons demandé aux responsables du ministère comment ils évaluaient leur réussite. À l'époque, ce que nous avons déclaré, c'était qu'ils ne disposaient pas des données ni de l'information nécessaires pour savoir si, en fait, ils atteignaient ou non cet objectif. Comme vous l'avez dit, le ministère s'est engagé à le faire. Je suis triste d'entendre dire qu'ils n'y sont pas arrivés.

Il s'agit assurément d'un problème que nous avons soulevé en 2015. C'est faisable, parce que l'information existe. Bien entendu, cela voudrait dire qu'il faudrait travailler avec les Autochtones et avec les provinces pour l'obtenir, et c'est ce que nous recommandons. La clé, c'est de s'assurer qu'ils travaillent ensemble, afin qu'ils disposent de renseignements indiquant s'ils tentent de faire la bonne chose, car il s'agit de l'objectif non seulement de ce programme, mais aussi de nombreux autres programmes destinés aux collectivités autochtones.

J'ajouterais autre chose, toutefois, au sujet du problème d'accès dans les collectivités éloignées. Encore une fois, nous avons parlé des besoins. Nous avons demandé aux Autochtones s'ils savaient quels services ils pouvaient s'attendre à recevoir de ces postes de soins infirmiers. Ce n'est qu'à la fin de l'audit que le ministère a dressé la liste des services que les gens pouvaient s'attendre à recevoir lorsqu'ils visitaient un poste de soins infirmiers, alors il

s'agissait d'un progrès notable. Le problème tenait au fait que le ministère ne savait pas si chacun de ces postes de soins infirmiers avait la capacité de fournir ces services. C'était l'élément qu'il restait à examiner. Il s'agit encore d'une question ouverte.

• (1715)

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Voilà qui conclut notre période de questions. Je veux remercier encore le vérificateur général et le personnel de leur présence.

Vous nous donnez les réponses les plus concises que nous obtenons. Je me disais simplement que vous donnez des réponses concises, tout comme la GRC. Je ne suis pas certain s'il y a un lien ou pas, mais nous obtenons des réponses très ciblées de vous deux. Je pense que nous allons probablement finir par effectuer une autre étude sur les problèmes touchant la santé des Autochtones, mais, pour l'instant, nous vous sommes vraiment reconnaissants d'avoir fait le point et d'avoir fourni tous ces renseignements.

Chers membres du Comité, nous allons passer à huis clos pour quelques minutes parce que nous devons procéder à quelques travaux du Comité. Nous devons entre autres prendre une décision concernant les témoins à inviter aux fins de notre étude du guide alimentaire, ainsi qu'un budget, et ainsi de suite.

Merci beaucoup. Nous allons suspendre la séance pour deux ou trois minutes, puis revenir.

*[La séance se poursuit à huis clos.]*







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

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