



**CHAMBRE DES COMMUNES  
CANADA**

**LA SANTÉ DENTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS  
ET DES INUITS**

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

**Bonnie Brown, députée  
Présidente**

**Juin 2003**

---

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

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Édition, Ottawa, Canada K1A 0S9

**LA SANTÉ DENTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS  
ET DES INUITS**

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

**Bonnie Brown, députée  
Présidente**

**Juin 2003**



# **COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

## **PRÉSIDENTE**

Bonnie Brown

## **VICE-PRÉSIDENTS**

Stan Dromisky

Réal Ménard

## **MEMBRES**

Carolyn Bennett

Rob Merrifield

Diane Bourgeois

Svend Robinson

Jeannot Castonguay

Hélène Scherrer

Brenda Chamberlain

Carol Skelton

Raymonde Folco

Yolande Thibeault

L'hon. Hedy Fry

Greg Thompson

Betty Hinton

## **GREFFIER DU COMITÉ**

José Cadorette

## **DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE DE LA BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT**

Nancy Miller Chenier  
Sonya Norris



# **LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

a l'honneur de présenter son

## **CINQUIÈME RAPPORT**

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, votre comité a mené une étude sur la santé dentaire des Premières nations et Inuits et présente ses conclusions et recommandations.



## AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE

---

Le Comité permanent de la santé est préoccupé par la santé dentaire des membres des Premières Nations et des Inuits du Canada. En effet, si, dans l'ensemble, la santé dentaire des Canadiens s'est grandement améliorée depuis une trentaine d'années, ce n'est malheureusement pas le cas pour les populations autochtones. Les conditions socio-économiques et l'éloignement des collectivités indiennes et inuites font bien souvent que ces populations ne peuvent pas facilement recevoir les mesures préventives et les soins dentaires voulus en temps opportun. Par ailleurs, les bénéficiaires sont manifestement inquiets au sujet des utilisations potentielles du formulaire de consentement global que Santé Canada entend mettre en œuvre dès septembre 2003.

Le Comité veut s'assurer que ces Canadiens bénéficient de la même qualité de soins que le reste de la population. Il faut pour cela mettre davantage l'accent sur les soins préventifs et y consacrer des fonds suffisants pour réduire les conséquences fâcheuses de la mauvaise santé dentaire dans les collectivités concernées. Le Comité est d'accord avec les témoins qui demandent que l'on relève le plafond monétaire applicable aux soins dentaires dispensés sans autorisation préalable. Il prône aussi une meilleure coordination des efforts déployés par le ministère de la Santé et par les praticiens en soins dentaires et une intensification des activités d'éducation par et pour les membres des collectivités visées afin d'améliorer la santé dentaire générale des Premières Nations et des Inuits. Enfin, le Comité estime que le ministère de la Santé doit continuer d'offrir aux bénéficiaires la possibilité de remplir des formulaires ponctuels de consentement aux soins dentaires jusqu'à ce qu'il ait gagné leur confiance relativement à l'utilisation faite des formulaires de consentement global.

Au nom des membres du Comité, je tiens à remercier les témoins qui nous ont généreusement donné de leur temps et fait profiter de leurs connaissances et de leur expérience. Nous sommes redevables aux attachés de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Nancy Miller Chenier et Sonya Norris, et au greffier du Comité, José Cadorette, pour leur aide professionnelle. En outre, nous sommes reconnaissants aux rédacteurs, aux interprètes, aux pupitreurs et aux autres personnes dont le travail et l'esprit d'équipe ont permis la réalisation du présent rapport.

Je voudrais aussi remercier chacun des membres du Comité, qui se sont investis dans cette étude avec intérêt.



# TABLE DES MATIÈRES

---

AVANT PROPOS DE LA PRÉSIDENTE.....	vii
OBJET DE L'ÉTUDE.....	1
LE PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS .....	1
A. Aperçu du régime de soins dentaires .....	1
B. Préoccupations formulées précédemment au sujet du régime de soins dentaires.....	2
C. Conditions actuelles du régime de soins dentaires.....	3
D. Fournisseurs et soins.....	3
ENJEUX.....	4
A. Promotion et prévention.....	4
B. Soins dentaires .....	6
C. Consentement des bénéficiaires .....	9
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	13
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT .....	17
PROCÈS-VERBAL.....	19



# LA SANTÉ DENTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

---

## OBJET DE L'ÉTUDE

Lorsque le Comité permanent de la santé a été saisi des préoccupations relatives aux soins dentaires dispensés par l'intermédiaire du programme des Services de santé non assurés (SSNA), il a décidé de procéder à une courte étude de la question. Il s'agissait initialement de vérifier l'accès des bénéficiaires, Indiens des Premières Nations et Inuits, aux services de dentisterie préventive et de dentisterie conservatrice, mais durant les audiences, le Comité a aussi été saisi de problèmes connexes entourant la question du consentement des bénéficiaires.

Pour tenter de mieux comprendre les diverses questions en cause, le Comité a consacré une réunion à l'audition de porte-parole de Santé Canada et d'organisations représentant les personnes concernées : l'Assemblée des Premières Nations (APN), l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), l'Association dentaire canadienne (ADC) et l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD).

## LE PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS

### A. Aperçu du régime de soins dentaires

Santé Canada a informé le Comité que le Ministère offre certains services dentaires à environ 720 000 Indiens inscrits, Inuits et Innus (bénéficiaires) par la voie du programme des Services de santé non assurés (SSNA). Les services offerts, selon les besoins de chacun, comprennent les suivants :

- Services diagnostiques (examens dentaires et radiographies)
- Dentisterie préventive (nettoyage)
- Dentisterie conservatrice (obturations)
- Dentisterie endodontique (traitement de canal)
- Dentisterie périodontique (traitement des gencives)
- Prothèses dentaires (dentiers et ponts)
- Chirurgie buccale (extraction de dents)
- Orthodontie (redressement des dents)
- Services auxiliaires (sédation)

« Compte tenu de la diversité des fournisseurs de services et des services couverts, il existe certes des possibilités d'amélioration du programme. »

– Peter Cooney,  
Santé Canada

En 2002-2003, le régime dentaire du programme des SSNA a payé des services dentaires à quelque 365 000 bénéficiaires, Indiens des Premières Nations et Inuits, ce qui a représenté des dépenses d'environ 130 millions de dollars, soit une progression de 5 % par rapport à l'année précédente. Les dépenses au titre des soins dentaires ont représenté le cinquième environ du coût total du programme des SSNA.

## **B. Préoccupations formulées précédemment au sujet du régime de soins dentaires**

Sans fournir de détails, les porte-parole de Santé Canada ont fait plusieurs fois allusion au fait que ce n'est pas la première fois qu'on réclame que le régime fasse l'objet d'une vérification et que l'on rende mieux compte des dépenses de fonds publics afférentes à ce régime. Le Comité a conclu qu'il s'agit en fait de diverses réserves formulées dans des rapports du Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général a en effet recommandé, en 1993, en 1997 et en 2000, que l'on améliore la gestion et la prestation des services du programme des Services de santé non assurés.

Les rapports contiennent les observations suivantes au sujet spécifiquement du régime de soins dentaires :

- 1993 — Le système de traitement des demandes de paiement et les procédures ministérielles sont insuffisants et ne permettent pas d'assurer le contrôle et la surveillance du règlement de certaines demandes de paiement<sup>1</sup>.
- 1997 — Les praticiens en soins dentaires ont tendance à fournir des services selon les fréquences et les limites établies plutôt que selon les besoins, ce qui donne lieu à la prestation de services superflus à certains bénéficiaires. Des vérifications et un système de prédétermination des services dentaires pourraient permettre de réaliser des économies tout en répondant aux besoins et en garantissant que chacun bénéficie des services dentaires requis<sup>2</sup>.
- 2000 — Les préoccupations quant à la prestation de services dentaires superflus ont amené l'adoption d'une procédure de prédétermination : au-delà d'un seuil prescrit, les services dentaires doivent faire l'objet d'un plan de traitement approuvé au préalable. Cette mesure, qui s'inscrit dans une démarche fondée sur les

---

<sup>1</sup> Vérificateur général du Canada, *Chapitre 19 — Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Services de santé non assurés*, Ottawa : 1993, paragraphes 19.29 à 19.33.

<sup>2</sup> Vérificateur général du Canada, *Chapitre 13 — Santé Canada — La santé des Premières Nations*, Ottawa : 1997, paragraphes 13.124 à 13.140.

besoins, a été généralisée à la fin de 1997. Combinée aux modifications apportées à la liste des prestations couvertes, elle a permis de réduire les frais dentaires et les coûts du régime<sup>3</sup>.

### **C. Conditions actuelles du régime de soins dentaires**

Santé Canada a indiqué que le Ministère évalue maintenant les besoins individuels des bénéficiaires en appliquant un processus de prédétermination où le praticien en soins dentaires établit au préalable un plan de traitement du bénéficiaire et le soumet au régime pour approbation. Le Ministère affirme que cette démarche axée sur les besoins permet de s'assurer que les bénéficiaires reçoivent les services dentaires dont ils ont besoin. Le régime de soins dentaires comporte aussi une grille de services assortie de limites quant à la fréquence de certains services.

Dans le régime de soins dentaires du programme des SSNA, les bénéficiaires ne paient pas le fournisseur des services directement pour ensuite se faire rembourser. C'est le fournisseur de services qui envoie sa facture au régime pour se faire payer. Santé Canada prévoit adopter un système de transfert électronique des demandes de paiement. Ce système sera opérationnel en Alberta au printemps de 2003, et les autres provinces et territoires auront accès eux aussi au système peu de temps après.

Depuis octobre 2002, chaque bénéficiaire enregistré a droit à des soins dentaires sans autorisation préalable jusqu'à concurrence d'un plafond de 800 \$ par période de 12 mois. Le plafond était de 600 \$ auparavant. Santé Canada a précisé que chaque bénéficiaire reçoit en moyenne pour 420 \$ de services par année.

Pour se faire payer des soins dépassant le plafond de 800 \$, le dentiste doit fournir des pièces à l'appui. Si certaines interventions d'urgence au-delà de ce montant n'exigent pas de prédétermination, les administrateurs du régime comptent sur une prédétermination pour certains services comme les traitements de canal, les couronnes et les dentiers. Il reste cependant possible de faire approuver après coup certains services de base et services d'urgence quand l'intervention est considérée comme nécessaire et de les faire payer par le programme des SSNA.

« Le taux de prédétermination devrait être haussé à 1 000 \$, comme la majorité des programmes standards qu'on retrouve sur le marché. »

– Dr Louis Dubé,  
ADC

### **D. Fournisseurs et soins**

D'après des informations fournies par Santé Canada, les services offerts en vertu du régime de soins dentaires du programme des SSNA sont dispensés en majeure partie par des cabinets privés. Les frais dentaires facturés à l'acte ont compté pour 84,9 % de

<sup>3</sup> Vérificateur général du Canada, *Chapitre 15 — Santé Canada — La santé des Premières Nations: suivi*, Ottawa : 2000, paragraphes 15.90 et 15.91.

l'ensemble des frais dentaires assumés par le programme des SSNA en 2001-2002. Santé Canada fait aussi appel à des dentistes contractuels qui ont été à l'origine de 4,2 % des frais totaux<sup>4</sup>.

Santé Canada a fait remarquer que les hygiénistes dentaires fournissent des services aux bénéficiaires à partir de cabinets de dentistes, mais pas de manière indépendante. Le Ministère emploie aussi des thérapeutes dentaires inuits et indiens qui reçoivent une formation de deux ans à la National School of Dental Therapy de Prince Albert (Saskatchewan). Une fois leur formation terminée, ces thérapeutes dentaires retournent généralement vivre et travailler dans leur collectivité.

Les données sur les dépenses de 2001-2002 révèlent que ce sont les examens de rappel qui ont été les plus fréquents et que les couronnes de porcelaine/céramique-métal ont été le soin le plus coûteux. Les taux d'utilisation montrent que 36 % des bénéficiaires admissibles ont reçu au moins un soin dentaire. On comptait parmi eux 55 % de femmes et 45 % d'hommes. L'âge moyen des bénéficiaires de soins dentaires s'établissait à 27 ans.

## ENJEUX

### A. Promotion et prévention

On a signalé au Comité que les Autochtones affichent des taux de caries dentaires de deux à cinq fois plus élevés que ceux que l'on observe dans la population non autochtone, et ce, en dépit du fait qu'il est en général tout à fait possible de prévenir la plupart des maladies dentaires et buccales. La situation est particulièrement préoccupante dans le cas des jeunes. En effet, il semblerait que les enfants autochtones de douze ans ont en moyenne de sept à neuf dents manquantes, obturées ou cariées contre une chez les enfants non autochtones du même âge. Le problème commence souvent dès la petite enfance : on estime à 72 % la proportion des enfants autochtones de deux à cinq ans qui présentent des caries dentaires. On s'inquiète aussi par ailleurs des liens établis entre les affections des gencives et les maladies cardiovasculaires et la naissance de bébés de faible poids et de bébés prématurés.

« Les enfants autochtones de 6 à 12 ans présentent deux à cinq fois plus de caries dentaires que les enfants non autochtones. »

– Wendell Nicholas,  
APN

Les témoins ont fait ressortir l'importance d'une bonne hygiène buccale pour l'estime de soi et pour accomplir les gestes de la vie quotidienne comme manger, communiquer et socialiser. Ils ont noté que la piètre hygiène dentaire des enfants indiens et inuits entraînait ultérieurement des coûts élevés en déplacements et en traitements médicaux nécessitant des interventions chirurgicales sous anesthésie générale. Non traitées, les maladies buccales peuvent être à

<sup>4</sup> Santé Canada, *Services de santé non assurés, Rapport annuel 2001-2002*, Ottawa : 2003.

l'origine de multiples maux : douleur, infections, difficulté à se concentrer à l'école, troubles du sommeil, problèmes de digestion, troubles du comportement et problèmes sociaux.

Le Comité a été informé des nombreux facteurs qui peuvent entraîner une mauvaise hygiène buccale et des caries dentaires. Les témoins ont fait ressortir le rôle des changements de régime alimentaire et réclamé que l'on fasse davantage la promotion des pratiques alimentaires traditionnelles et que l'on améliore l'accès aux produits d'alimentation dans les régions éloignées. Ils ont fait remarquer l'absence d'eau potable fluorée dans de nombreuses collectivités et le lien entre le tabagisme et la maladie parodontale. Enfin, les témoins ont fait valoir les problèmes d'accessibilité des services de prévention et de traitement en santé buccale qui vont du manque de fournisseurs de services aux préoccupations des bénéficiaires qui tiennent à des considérations d'ordre culturel.

Le Comité est au courant des efforts que déploie Santé Canada pour améliorer la santé dentaire des bénéficiaires. Il souscrit à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme global concerté de santé dentaire, mais pense qu'il vaudrait mieux rapidement changer d'orientation pour mettre l'accent moins sur les pathologies et les traitements et davantage sur le bien-être et la prévention.

Le Comité a pris bonne note de l'importance, souvent mentionnée, d'une bonne santé buccale. Il convient qu'on a besoin de définir clairement la norme de santé buccale souhaitable en formulant des objectifs et des cibles précis. Il souscrit à des programmes de santé buccale qui engendreront des résultats favorables mesurables. Il voudrait en particulier qu'on augmente le nombre des bénéficiaires indiens et inuits qui se prévalent des soins préventifs et que l'on réduise la carie chez les enfants. À cette fin, il pense que Santé Canada devrait établir une stratégie de santé buccale efficace et responsable en collaboration avec les bénéficiaires autochtones.

#### **RECOMMANDATION 1 : UNE STRATÉGIE DE SANTÉ BUCCALE EFFICACE ET RESPONSABLE**

**Le Comité recommande que Santé Canada :**

- a) adopte une nouvelle approche en matière de santé buccale fondée sur le principe du mieux-être qui donne la priorité à des stratégies de promotion et de prévention;**
- b) se dote d'une stratégie de santé buccale assortie d'objectifs mesurables et faisant appel à des modes de prestation des soins innovateurs conçus pour améliorer la santé buccale et l'accès aux services;**

- c) institue des mesures incitatives axées sur les résultats pour tous les participants — bénéficiaires et fournisseurs de services - en vue d'encourager les bénéficiaires à se prévaloir des mesures de prévention et d'améliorer les résultats de celles-ci;
- d) se donne les moyens de mieux contrôler les tendances en matière d'hygiène buccale afin de vérifier l'efficacité des affectations de ressources et de voir à ce que l'on rende compte de l'efficacité du régime.

## **RECOMMANDATION 2 : COLLABORATION AVEC LES BÉNÉFICIAIRES AUTOCHTONES**

Le Comité recommande que Santé Canada collabore avec les bénéficiaires autochtones pour :

- a) mieux faire comprendre l'importance de la santé buccale pour le bien-être de la personne;
- b) intégrer un volet de santé buccale aux programmes courants axés sur l'éducation et la promotion de la santé comme le Programme d'aide préscolaire aux Premières Nations dans les réserves et le Programme canadien de nutrition prénatale;
- c) aider les collectivités à contrôler les mesures de santé buccale et à faire rapport à leur sujet;
- d) lancer des mesures d'initiative locale fondées sur les résultats dans le domaine de la santé buccale préventive, comme des programmes locaux de mise en valeur des réalisations et des bourses d'études en hygiène dentaire ou en dentisterie;
- e) bien faire savoir que les services préventifs (et conservateurs) nécessaires sont offerts à tous les adultes et tous les enfants;
- f) élaborer des modèles plus innovateurs et culturellement adaptés de prestation des soins préventifs (et conservateurs).

### **B. Soins dentaires**

Le Comité a appris que de 36 à 38 % seulement des bénéficiaires du programme des SSNA voient un dentiste une fois par an contre 75 % chez le reste des Canadiens. Les données indiquent par ailleurs que ce sont surtout les femmes et les jeunes adultes

qui se prévalent de ces services. Près de la moitié des répondants avaient besoin de soins, en majorité des services de dentisterie conservatrice comme des obturations et des couronnes, des soins d'entretien comme des examens et des nettoyages et des prothèses comme des dentiers.

Selon les témoins, plusieurs raisons expliquent l'accès limité aux soins dentaires. Par exemple, bien des bénéficiaires vivent en région éloignée où il n'y a aucun dentiste sur place. De nombreuses villes nordiques ont de la difficulté à attirer et à retenir de nouveaux dentistes. On manque aussi d'hygiénistes dentaires, ce qui prive certains bénéficiaires de services de prévention et de traitement. Le programme des SSNA ne permet pas l'inscription des hygiénistes dentaires sur la liste des dispensateurs de soins disposant d'un numéro de facturation, même dans les provinces où ces derniers peuvent pratiquer de manière autonome. D'autres témoins ont indiqué que la politique actuelle de transport pour raison médicale pouvait, dans certaines régions, être la cause d'une diminution de l'accès aux traitements dentaires.

« La santé buccale est essentielle pour les gestes de la vie quotidienne comme manger, communiquer et socialiser, mais elle est importante aussi pour l'estime de soi. »

– Larry Gordon,  
ITK

Du côté des fournisseurs de services, des témoins ont dit que certains dentistes choisissaient de ne pas participer au programme des SSNA en raison de la lourdeur des formalités administratives concernant les prédéterminations et les révisions mineures des plans de traitement. Ils ont souligné la lenteur du processus d'approbation quand les radiographies des bénéficiaires sont envoyées à Ottawa par la poste. Ils voudraient qu'on leur transmette les approbations préalables et les autres informations pertinentes par voie électronique. Les dentistes ont fait valoir que les exigences supplémentaires ainsi que les différences par rapport aux régimes réguliers exigent l'emploi de personnel spécialement formé pour s'occuper du surcroît de formalités administratives. Ils s'inquiètent aussi du risque financier qu'ils assument du fait que Santé Canada peut toujours refuser de payer après qu'une intervention a été pratiquée.

Le Comité sait que Santé Canada a récemment porté à 800 \$ le plafond annuel des frais dentaires admissibles sans autorisation préalable. Il pense cependant que cette somme risque d'être insuffisante pour couvrir les services nécessaires de prévention et de restauration. Il remarque aussi que les fournisseurs et les bénéficiaires ne semblent pas savoir que les dentistes sont couverts pour des soins dispensés sans approbation préalable s'il s'agit de soins considérés comme essentiels. Le Comité croit par ailleurs dans la valeur des services préventifs dispensés par les hygiénistes dentaires et voudrait que le régime dentaire du programme des SSNA leur fasse une plus grande place.

« Les villes du Grand Nord ont du mal à attirer de nouveaux dentistes et certains dentistes choisissent de ne pas participer au programme des SSNA en raison de la lourdeur des formalités administratives. »

– Susan Ziebarth,  
ACHD

Le Comité tient particulièrement à supprimer les obstacles qui gênent actuellement l'amélioration de l'hygiène buccale et l'accès aux soins dentaires. S'il appuie les efforts déployés pour former des thérapeutes dentaires dans les collectivités des Premières Nations et les collectivités inuites, il voudrait que les Indiens et les Inuits puissent aussi avoir accès aux études de dentisterie. Il voudrait également avoir l'assurance que Santé Canada interviendra pour régler les problèmes administratifs et autres concernant le transport pour raison médicale.

### **RECOMMANDATION 3 : UN MEILLEUR ACCÈS À DES SOINS DENTAIRES COMPLETS**

**Le Comité recommande que Santé Canada :**

- a) **établit, pour chaque bénéficiaire autochtone de moins de 25 ans, abstraction faite du montant pré-établi relativement aux services dispensés sans autorisation préalable, un plan de prévention régulière comportant un certain nombre d'interventions courantes chaque année comme le nettoyage dentaire, l'application de résines de scellement, la fluoruration, des séances d'instruction et d'éducation, etc.;**
- b) **porte à 1 000 \$ le plafond annuel des dépenses afférentes à des services dispensés sans autorisation préalable tout en continuant de contrôler l'opportunité des soins dispensés;**
- c) **confère une plus grande indépendance aux hygiénistes dentaires par exemple en leur permettant de facturer directement un montant prédéterminé de 200 \$ par bénéficiaire annuellement;**
- d) **adopte des normes et plafonds de fréquence des soins couverts analogues à ceux des régimes d'assurance-dentaire des autres Canadiens et informe ses bénéficiaires du fait que ces plafonds et normes s'appliquent à d'autres groupes qu'eux.**

### **RECOMMANDATION 4 : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX FOURNISSEURS DE SOINS DENTAIRES**

**Le Comité recommande que Santé Canada :**

- a) **travaille en étroite collaboration avec les universités et collèges concernés pour accroître le nombre de dentistes et d'hygiénistes dentaires indiens et inuits par la voie de mesures appropriées, par exemple des bourses d'études spécialisées;**

- b) **veille à ce que la politique relative au transport pour raison médicale facilite l'accès aux traitements dentaires;**
- c) **réduise les formalités administratives imposées aux fournisseurs de services tout en préservant la capacité de rendre compte.**

### **C. Consentement des bénéficiaires**

Lorsque le Comité a été saisi des préoccupations soulevées au sujet du régime de soins dentaires du programme des SSNA, il n'était pas au courant des problèmes associés aux formulaires de consentement que doivent remplir les bénéficiaires autochtones. Frappé par le nombre et l'intensité des témoignages sur cette question, le Comité a estimé nécessaire d'intégrer la question du consentement aux soins dentaires à son étude sur l'hygiène buccale des populations autochtones.

Le Comité a appris que le programme des SSNA avait maintenant élaboré un seul formulaire de consentement couvrant tous les services de santé non assurés, à savoir : les médicaments, le transport pour raison médicale, les soins dentaires, l'équipement médical et les fournitures médicales,

les soins de la vue, les interventions en situation de crise et les primes versées en vertu de régimes provinciaux d'assurance-maladie. Santé Canada a expliqué que ce « consentement global » visait à réduire les formalités administratives et la bureaucratie et à diminuer l'utilisation abusive du programme. Le Ministère affirme que cette mesure respecte la vie privée des bénéficiaires et qu'il n'est pas question de refuser des prestations aux bénéficiaires qui ne veulent pas signer le nouveau formulaire de consentement. On a dit au Comité que les bénéficiaires avaient toujours le droit de présenter des demandes de remboursement ponctuelles au moyen du formulaire de demande de remboursement du bénéficiaire des SSNA.

« Dans le passé, nous avons toujours fonctionné sur la base du consentement implicite des bénéficiaires, mais à la suite de conseils qui nous ont été donnés par le ministère de la Justice, nous avons commencé à réfléchir à un moyen d'obtenir le consentement (écrit) des bénéficiaires. »

– Leslie MacLean,  
Santé Canada

D'autres témoins cependant trouvent qu'un tel « consentement global » couvrant toutes les catégories de prestations est inapproprié et inadapté aux particularités culturelles des bénéficiaires. Ils trouvent que le consentement est de portée trop vaste et donne l'impression aux bénéficiaires que d'autres ministères, organisations ou personnes auront accès sans restriction à leurs renseignements personnels. Ils ont rappelé en particulier un cas d'abus de confiance de la part de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits qui a donné lieu à des violations des règles relatives à l'accès aux renseignements personnels et à la protection de ceux-ci dans le contexte de la collecte, de l'usage et de la divulgation de renseignements médicaux personnels des membres des Premières Nations et des Inuits. Certains fournisseurs de soins ont aussi dit au Comité que ce type de consentement contrevenait peut-être même à certaines lois provinciales sur la protection des renseignements personnels.

Le Comité sait gré à Santé Canada de tenter d'améliorer le programme des SSNA tout en offrant des prestations justes et complètes aux Premières Nations et aux Inuits et en en rendant compte à la population canadienne. Il est par ailleurs conscient de la nécessité de rationaliser l'administration et la prestation du programme et la reddition de comptes. Il admet enfin que la nouvelle formule de consentement unique des bénéficiaires du programme des SSNA semble à première vue présenter des avantages sur le plan de l'efficacité.

« Cette mesure, qui devait renforcer l'autonomie des personnes concernées par le consentement informé, a été mise en œuvre avec un tel manque de respect et de réflexion qu'elle a constitué une expérience honteuse et alarmante pour les Premières Nations. »

– Dr Mary Jane McCallum,  
APN

Le Comité accueille cependant d'une oreille sympathique les arguments invoqués par les bénéficiaires indiens et inuits et par les fournisseurs de soins. Il convient que la nouvelle formule de consentement n'a pas été introduite de la manière la plus efficace ou la plus pratique pour les intéressés. Des témoins ont signalé que si ce nouveau formulaire de consentement était intégré au système sur une période de seulement un an, bon nombre de bénéficiaires n'ayant pas recours au programme des SSNA au cours de cette période risquaient de ne pas en être informés. Ils estiment que, pour mieux tenir compte de la diversité culturelle des bénéficiaires, il aurait mieux valu introduire le nouveau

formulaire de manière plus graduelle, mais plus activement et directement dans des collectivités spécifiques. Certains recommandent que l'on fasse appel directement à des employés du programme qui se rendraient dans les collectivités visées, accompagnés d'interprètes, pour expliquer le nouveau formulaire, préciser qui aura accès aux renseignements sur les bénéficiaires et qui ne pourra pas consulter cette information, et répondre aux questions des intéressés.

## **RECOMMANDATION 5 : CONSENTEMENT DES BÉNÉFICIAIRES**

**Le Comité recommande que Santé Canada :**

- a) permette aux bénéficiaires d'opter pour un formulaire de consentement ponctuel pour chacune des catégories de prestations;**
- b) restreigne et clarifie la permission d'utiliser l'information recueillie au moyen du formulaire de consentement et spécifie qui aura accès aux renseignements sur les bénéficiaires en indiquant clairement que personne d'autre ne pourra consulter cette information.**
- c) aligne ses modalités sur celles des formulaires de consentement des régimes d'assurance-soins dentaires des autres Canadiens et s'assure que les bénéficiaires le savent;**

- d) reporte la mise en place du nouveau formulaire de consentement au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2003;**
- e) indique clairement aux bénéficiaires et aux fournisseurs que les personnes concernées demeurent admissibles au programme même si elles n'ont pas signé le formulaire de consentement global;**
- f) investisse davantage dans la promotion du nouveau formulaire de consentement par le biais d'une meilleure communication avec les populations de bénéficiaires dans toutes les collectivités afin d'expliquer la raison d'être des formulaires de consentement et l'usage qui en sera fait;**
- g) veille à ce que le formulaire de consentement soit fourni aux intéressés dans la langue ou le dialecte voulus.**



# **LISTE DES RECOMMANDATIONS**

---

## **RECOMMANDATION 1 : UNE STRATÉGIE DE SANTÉ BUCCALE EFFICACE ET RESPONSABLE**

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) adopte une nouvelle approche en matière de santé buccale fondée sur le principe du mieux-être qui donne la priorité à des stratégies de promotion et de prévention;
- b) se dote d'une stratégie de santé buccale assortie d'objectifs mesurables et faisant appel à des modes de prestation des soins innovateurs conçus pour améliorer la santé buccale et l'accès aux services;
- c) institue des mesures incitatives axées sur les résultats pour tous les participants — bénéficiaires et fournisseurs de services - en vue d'encourager les bénéficiaires à se prévaloir des mesures de prévention et d'améliorer les résultats de celles-ci;
- d) se donne les moyens de mieux contrôler les tendances en matière d'hygiène buccale afin de vérifier l'efficacité des affectations de ressources et de voir à ce que l'on rende compte de l'efficacité du régime.

## **RECOMMANDATION 2 : COLLABORATION AVEC LES BÉNÉFICIAIRES AUTOCHTONES**

Le Comité recommande que Santé Canada collabore avec les bénéficiaires autochtones pour :

- a) mieux faire comprendre l'importance de la santé buccale pour le bien-être de la personne;
- b) intégrer un volet de santé buccale aux programmes courants axés sur l'éducation et la promotion de la santé comme le Programme d'aide préscolaire aux Premières Nations dans les réserves et le Programme canadien de nutrition prénatale;
- c) aider les collectivités à contrôler les mesures de santé buccale et à faire rapport à leur sujet;
- d) lancer des mesures d'initiative locale fondées sur les résultats dans le domaine de la santé buccale préventive, comme des

programmes locaux de mise en valeur des réalisations et des bourses d'études en hygiène dentaire ou en dentisterie;

- e) bien faire savoir que les services préventifs (et conservateurs) nécessaires sont offerts à tous les adultes et tous les enfants;
- f) élaborer des modèles plus innovateurs et culturellement adaptés de prestation des soins préventifs (et conservateurs).

### **RECOMMANDATION 3 : UN MEILLEUR ACCÈS À DES SOINS DENTAIRE COMPLETS**

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) établisse, pour chaque bénéficiaire autochtone de moins de 25 ans, abstraction faite du montant pré-établi relativement aux services dispensés sans autorisation préalable, un plan de prévention régulière comportant un certain nombre d'interventions courantes chaque année comme le nettoyage dentaire, l'application de résines de scellement, la fluoration, des séances d'instruction et d'éducation, etc.;
- b) porte à 1 000 \$ le plafond annuel des dépenses afférentes à des services dispensés sans autorisation préalable tout en continuant de contrôler l'opportunité des soins dispensés;
- c) confère une plus grande indépendance aux hygiénistes dentaires par exemple en leur permettant de facturer directement un montant prédéterminé de 200 \$ par bénéficiaire annuellement;
- d) adopte des normes et plafonds de fréquence des soins couverts analogues à ceux des régimes d'assurance-dentaire des autres Canadiens et informe ses bénéficiaires du fait que ces plafonds et normes s'appliquent à d'autres groupes qu'eux.

### **RECOMMANDATION 4 : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX FOURNISSEURS DE SOINS DENTAIRE**

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) travaille en étroite collaboration avec les universités et collèges concernés pour accroître le nombre de dentistes et d'hygiénistes dentaires indiens et inuits par la voie de mesures appropriées, par exemple des bourses d'études spécialisées;

- b) veille à ce que la politique relative au transport pour raison médicale facilite l'accès aux traitements dentaires;
- c) réduise les formalités administratives imposées aux fournisseurs de services tout en préservant la capacité de rendre compte.

#### **RECOMMANDATION 5 : CONSENTEMENT DES BÉNÉFICIAIRES**

**Le Comité recommande que Santé Canada :**

- a) permette aux bénéficiaires d'opter pour un formulaire de consentement ponctuel pour chacune des catégories de prestations;
- b) restreigne et clarifie la permission d'utiliser l'information recueillie au moyen du formulaire de consentement et spécifie qui aura accès aux renseignements sur les bénéficiaires en indiquant clairement que personne d'autre ne pourra consulter cette information.
- c) aligne ses modalités sur celles des formulaires de consentement des régimes d'assurance-soins dentaires des autres Canadiens et s'assure que les bénéficiaires le savent;
- d) reporte la mise en place du nouveau formulaire de consentement au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2003;
- e) indique clairement aux bénéficiaires et aux fournisseurs que les personnes concernées demeurent admissibles au programme même si elles n'ont pas signé le formulaire de consentement global;
- f) investisse davantage dans la promotion du nouveau formulaire de consentement par le biais d'une meilleure communication avec les populations de bénéficiaires dans toutes les collectivités afin d'expliquer la raison d'être des formulaires de consentement et l'usage qui en sera fait;
- g) veille à ce que le formulaire de consentement soit fourni aux intéressés dans la langue ou le dialecte voulus.



# DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents (*séances n<sup>os</sup> 32, 35, 39 et 42 incluant le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

*La présidente*

Bonnie Brown, députée



# PROCÈS-VERBAUX

Le mercredi 4 juin 2003  
(Séance n<sup>o</sup> 39)

Le Comité permanent de la santé se réunit aujourd'hui à huis clos, à 15 h 48, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bonnie Brown, (*présidente*).

*Membres du Comité présents* : Bonnie Brown, Jeannot Castonguay, Raymonde Folco, Betty Hinton, Hélène Scherrer, Carol Skelton et Yolande Thibeault.

*Membres substitués présents* : Dominic LeBlanc pour Brenda Chamberlain, Alan Tonks pour Stan Dromisky, Gérard Binet pour l'hon. Hedy Fry.

*Aussi présentes* : *De la Bibliothèque du Parlement* : Nancy Miller Chenier et Sonya Norris, attachées de recherche.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur la santé dentaire des Premières Nations et Inuits.

Le Comité reprend l'étude d'une ébauche de rapport.

Il est convenu, — Que le Comité adopte la version anglaise modifiée de l'ébauche de rapport et que la version française soit refaite; et que la présidente désigne des membres du Comité pour approuver la traduction française révisée.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Il est convenu, — Que la présidente soit autorisée à apporter au texte du rapport les changements de forme jugés nécessaires, sans en altérer le fond.

Il est convenu, — Que le Comité rencontre les membres d'une délégation du Royaume-Uni le 10 juin 2003 à 9 h.

Il est convenu, — Que le Comité rencontre les membres d'une délégation de l'Allemagne le 12 juin 2003 à 9 h 30.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur des questions concernant l'insuline synthétique.

Le Comité reprend l'étude de l'ébauche de rapport.

Il est convenu, — Que le Comité adopte la version modifiée de l'ébauche de rapport en tant que quatrième rapport du Comité à la Chambre.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Il est convenu, — Que la présidente soit autorisée à apporter au texte du rapport les changements de forme jugés nécessaires, sans en altérer le fond.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 108(1)a) du Règlement, le Comité autorise l'impression de courtes opinions dissidentes ou supplémentaires en annexe à ce rapport, immédiatement après la signature de la présidente, et que les opinions en question soient envoyées au greffier du Comité sous forme électronique, dans les deux langues officielles, le ou avant le lundi 9 juin 2003 à 15 h.

Il est convenu, — Que la présidente, ou son remplaçant, soit autorisé à présenter le rapport à la Chambre.

À 16 h 48, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

Le mercredi 11 juin 2003  
(*Séance n° 42*)

Le Comité permanent de la santé se réunit aujourd'hui à huis clos, à 15 h 23, dans la salle 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bonnie Brown, (*présidente*).

*Membres du Comité présents* : Bonnie Brown, Jeannot Castonguay, Brenda Chamberlain, Stan Dromisky, Raymonde Folco, L'hon. Hedy Fry, Betty Hinton, Réal Ménard, Svend Robinson, Carol Skelton et Yolande Thibeault.

*Membre substitut présent* : Robert Bertrand pour Hélène Scherrer.

*Aussi présentes* : *De la Bibliothèque du Parlement* : Nancy Miller Chenier et Sonya Norris, attachées de recherche.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur les médicaments sur ordonnance.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude sur les médicaments sur ordonnance sous les paramètres suivants :

1. Recueillir de l'information sur l'aspect santé des problèmes suivants liés aux médicaments sur ordonnance (brevetés et génériques) au Canada :
  - a) la hausse des prix;
  - b) les mécanismes permettant de surveiller et de contrôler les prix de tous les médicaments sur ordonnance;
  - c) les mécanismes permettant d'approuver les nouveaux médicaments et de les mettre sur le marché — après avoir défini leur valeur thérapeutique, leurs effets secondaires, leurs interactions avec d'autres médicaments, etc. — ainsi que d'en assurer l'essai clinique;
  - d) la surveillance des effets indésirables et les pratiques en matière de prescription;
  - e) le lobbying des prescripteurs et préparateurs et la commercialisation des médicaments sur ordonnance;
  - f) la publicité s'adressant directement aux consommateurs;
  - g) l'accès des consommateurs et des professionnels de la santé aux médicaments sur ordonnance, y compris, sans s'y limiter, l'accès aux nouveaux médicaments mis au point pour traiter les nouvelles maladies et aux vieux médicaments pour traiter les maladies connues (sans commenter les formulaires provinciaux);
  - h) le mésusage, l'abus et l'accoutumance dans la population en général;
  - i) la comparaison entre la situation dans certains pays étrangers et le Canada.
2. Examiner les témoignages recueillis sur chacun des sujets qui précèdent.
3. Discuter des implications de ces témoignages pour les Canadiens.
4. Recommander des mesures à prendre.

Il est convenu, — Que le greffier émette, en accord avec la présidente, un communiqué annonçant l'étude du Comité portant sur les médicaments sur ordonnance; et invitant le public à présenter des mémoires et à demander de comparaître relativement à l'étude.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur la santé dentaire des Premières Nations et Inuits.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 108(1)a) du Règlement, le Comité autorise l'impression de courtes opinions dissidentes ou supplémentaires en annexe à ce rapport, immédiatement après la signature de la présidente, et que les opinions en question soient envoyées au greffier du Comité sous forme électronique, dans les deux langues officielles, le ou avant le jeudi 12 juin 2003, à midi.

Il est convenu, — Que la présidente, ou son remplaçant, soit autorisé à présenter le rapport à la Chambre.

À 15 h 52, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*Le greffier du Comité*

*José Cadorette*