



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 027 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 6 mai 2008

Présidente

Mme Joy Smith

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

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

Comité permanent de la santé

Le mardi 6 mai 2008

• (1105)

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski (Oak Ridges—Markham, Lib.)): La séance est ouverte.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à l'article 25.9 de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, nous examinons le Plan décennal pour consolider les soins de santé.

Nous recevons plusieurs témoins ce matin. De l'Institut canadien d'information sur la santé, Glenda Yeates, présidente-directrice générale; également Kathleen Morris, consultante. Du Conseil canadien de la santé, nous accueillons Jeanne Besner, présidente, Donald Juzwishin, chef de la direction, et Albert Fogarty, conseiller. Bienvenue.

Nous allons commencer par demander à Mme Yeates de nous présenter son exposé. Allez-y, vous avez dix minutes ou moins pour le faire.

Mme Glenda Yeates (présidente-directrice générale, Institut canadien d'information sur la santé): Merci et bonjour. Merci de cette présentation.

Je m'appelle Glenda Yeates, je suis présidente-directrice générale de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS. Merci de m'avoir invitée à comparaître devant votre comité.

Comme vous le savez peut-être, mes observations porteront surtout sur le dossier de présentation que je vous ai remis et que vous avez devant vous. L'ICIS est un organisme autonome qui fournit en temps opportun de l'information appropriée et impartiale sur la santé. À l'ICIS, notre rôle n'est pas de faire des prévisions, d'offrir des recommandations ou des avis, de sorte que mon exposé portera surtout sur les données.

L'ICIS recueille et traite des données dans des bases de données et des registres. Nous coordonnons et favorisons l'élaboration et la mise à jour de normes d'information sur la santé à l'échelle du pays, nous définissons les indicateurs de santé et nous concevons des produits analytiques et des rapports.

En ce qui concerne l'Accord sur la santé de 2004, il contenait une série d'engagements dont l'un consistait à réduire les temps d'attente et à améliorer l'accès. Dans l'accord, on demande à l'ICIS de rendre compte des progrès réalisés sur le plan des temps d'attente dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Vous constaterez que nous avons produit quatre rapports sur les temps d'attente depuis l'accord de 2004, soit entre mars 2006 et février 2008, date de publication de notre plus récent rapport.

Aujourd'hui, je vais vous présenter en deux parties de l'information sur les temps d'attente. La première partie traite du volume d'activités en ce qui concerne les interventions chirurgicales prioritaires et ensuite, je vous dirai ce que nous savons des temps d'attente, ou peut-être des changements aux temps d'attente.

À la page 6 de notre dossier de présentation, il est question du nombre d'interventions chirurgicales prioritaires qui sont mentionnées dans l'accord. Elles y sont énumérées.

Nous examinons les volumes car nos données à ce sujet sont plus complètes et, par conséquent, plus faciles à mesurer. Par ailleurs, l'une des stratégies qui a été précisée par les provinces pour tenter de réduire les temps d'attente a été justement d'augmenter le nombre de ces interventions.

• (1110)

[Français]

En général, nos données indiquent que le volume des chirurgies associées aux domaines prioritaires, c'est-à-dire l'arthroplastie de la hanche et du genou, la chirurgie de la cataracte, la revascularisation et la chirurgie pour traiter le cancer, a augmenté de 13 p. 100 au Canada, excluant les données du Québec, pendant la période de deux ans qui a suivi l'accord.

[Traduction]

De façon générale, nos données indiquent que dans les domaines prioritaires, le nombre d'interventions chirurgicales mentionnées dans l'accord a augmenté de 13 p. 100 partout au Canada au cours de la période de deux ans suivant l'accord, et ce chiffre ne tient pas compte des interventions faites au Québec.

Pour ce qui est de la signification du signalement du nombre accru d'interventions sur les temps d'attente, nous savons que la plupart des provinces déclarent maintenant régulièrement les données sur les temps d'attente dans les domaines prioritaires. Il y a eu des améliorations de sorte que les données sont plus actuelles et plus complètes, mais il existe toujours des écarts dans les méthodes de mesure, ce qui complique encore les comparaisons interprovinciales. Certaines provinces commencent cependant à dégager des tendances, mais ce n'est pas le cas de toutes les provinces.

Il y a un exemple tiré de notre rapport de février 2008 pour les arthroplasties — l'un des domaines prioritaires. On peut constater à ce sujet que les 10 provinces déclarent des données pour les arthroplasties de la hanche et du genou. On peut voir les différences entre certaines des définitions utilisées dans les provinces, et nous les soulignons, en ce sens que nous précisons les différences qui existent dans les définitions. Vous verrez que la déclaration des temps d'attente est comprise pour ces deux procédures.

La question à laquelle les gens veulent souvent une réponse, c'est ce que cela signifie comme temps d'attente. Nous constatons que les volumes ont augmenté. Qu'est-ce que cela signifie sur le plan des temps d'attente pour les Canadiens? Nous avons présenté les domaines pour lesquels dans un certain nombre de provinces nous estimons que les définitions sont restées assez stables au cours des trois dernières années de sorte que nous pouvons commencer à dégager des tendances. Donc, pour ce qui est de l'arthroplastie, ces provinces seraient l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Pour ces provinces, où nous estimons que les données sont suffisamment constantes, nous pouvons constater qu'elles déclarent des diminutions du temps d'attente moyen d'au moins un mois pour l'arthroplastie de la hanche, et d'un mois et demi pour l'au moins un mois du genou.

Si on regarde les chirurgies de la cataracte, la situation n'est pas aussi claire. Nous constatons que dans quatre provinces, les définitions sont assez constantes au cours de la période visée pour pouvoir dégager des tendances. Certaines provinces ont signalé une diminution des temps d'attente, mais d'autres n'ont pas constaté de diminution.

J'aimerais maintenant que vous vous reportiez à la page 8 où il est question de l'imagerie diagnostique, autre domaine mentionné dans l'accord. Quelles ont été les tendances à cet égard? Encore une fois, les données portent surtout sur les volumes, de sorte que vous pourriez constater que nous pouvons examiner le nombre d'appareils d'IRM et de tomodensitomètres par rapport au nombre d'examenés qui ont été faits. Nous pouvons donc constater qu'entre les deux périodes, c'est-à-dire 2003-2004 et 2006-2007, le nombre de scanners a augmenté — 27 p. 100 pour ce qui est des appareils d'IRM et 12 p. 100 pour ce qui est des tomodensitomètres — et le nombre d'examenés a augmenté encore plus. Cependant, ce que nous ne savons pas et ce que nous ne pouvons vous dire, c'est ce que cela signifie comme attente pour ces interventions. Nous constatons que les volumes ont augmenté. Ce que nous ne savons pas, c'est quel impact cela a eu sur les temps d'attente pour les Canadiens.

Je vais maintenant aborder la question de l'accès à des professionnels de la santé, aussi un domaine mentionné dans l'accord. Ce que nous constatons, c'est qu'il n'y a pas d'indicateur comparable pour l'accès à des professionnels de la santé, de sorte que nous ne pouvons faire de rapports à ce sujet. Ça n'a pas été déterminé. Ce que nous pouvons constater cependant, c'est que l'ICIS a des données sur le nombre de praticiens. J'indique ici le nombre de médecins et d'infirmières. Comme vous pouvez le voir, le nombre a légèrement augmenté de 2004 à 2006, mais cette augmentation n'est pas particulièrement considérable compte tenu du fait qu'au cours de cette période, la population a également augmenté. Nous avons cependant des données concernant l'augmentation du nombre de professionnels de la santé dans ces deux professions.

Une autre question qui nous est posée au sujet de l'accord de temps en temps est celle de savoir si les nouveaux fonds fédéraux qui avaient été engagés aux termes de l'accord ont effectivement été dépensés dans le domaine de la santé, et j'ai inclus ici le tableau qui est annexé à l'accord de 2004 comme tel. À l'ICIS, nous recueillons et analysons des données sur les dépenses de santé à l'échelle nationale, et c'est donc une question à laquelle nous pouvons répondre de façon générale. Nos données indiquent qu'en 2005, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont dépensé près de 91 milliards de dollars pour les soins de santé, soit une augmentation d'environ 6,1 milliards de dollars par rapport à 2004. Si on compare cela à l'accord, on constate que l'accord avait ajouté 3,1 milliards de

dollars pour la période de 2005-2006. Cela nous donne donc une idée de l'investissement qui est fait dans le secteur de la santé, pour ce qui est des dépenses des provinces et des territoires.

En conclusion, en ce qui concerne les progrès accomplis en matière de déclaration de données sur les temps d'attente — tâche qui nous a été confiée dans l'accord —, nous constatons que le nombre d'activités augmente dans les domaines prioritaires. Il y a un plus grand nombre de diagnostics par imagerie et un plus grand nombre d'interventions chirurgicales prioritaires.

• (1115)

Nous constatons des améliorations en ce qui concerne les données. Il y a beaucoup plus de données qu'il y a trois ans. Pour ce qui est des comparaisons interprovinciales, elles sont toujours difficiles à établir car les données ne sont pas recueillies exactement de la même façon ou on n'utilise pas les mêmes définitions dans toutes les provinces. Il y a donc certaines tendances qui commencent à se dessiner dans diverses provinces.

[Français]

En conclusion, que dire des progrès réalisés au chapitre des temps d'attente? Premièrement, les comparaisons interprovinciales posent toujours un défi. Deuxièmement, les activités se multiplient dans les domaines prioritaires. Troisièmement, en général, la diffusion publique des données sur les temps d'attente va en s'améliorant et des tendances commencent peu à peu à se dessiner.

Merci.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup. Merci d'avoir respecté le temps qui vous était alloué; c'est agréable.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Besner.

[Français]

Mme Jeanne Besner (présidente, Conseil canadien de la santé): Bonjour et merci de nous avoir invités ce matin.

[Traduction]

Je m'appelle Jeanne Besner. Je suis présidente du Conseil canadien de la santé. À ce titre, je suis heureuse de faire rapport au Comité permanent de la santé sur les progrès accomplis dans la réalisation des réformes annoncées dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé et le Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. Je vous présente donc ce que nous avons observé à ce sujet.

Pour ceux d'entre vous qui ne le savent peut-être pas, le Conseil canadien de la santé a été créé dans la foulée de l'accord de 2003 afin de surveiller les progrès accomplis dans le cadre de la réforme des soins de santé en se fondant sur les éléments stipulés dans les accords et pour en faire rapport. En 2004, on nous a confié le rôle supplémentaire de faire rapport des résultats en matière de santé. C'est donc de ces questions que je vous parlerai.

[Français]

Les accords avaient des buts louables, incontournables et ambitieux, mais ont-ils eu, à l'échelle nationale, le large impact que souhaitaient les gouvernements? En bref, il nous reste du chemin à faire.

[Traduction]

On ne peut pas douter que les accords aient été un catalyseur du changement dans bon nombre de domaines. Les investissements majeurs en équipements médicaux et en technologie de l'information ont fait augmenter le nombre des services fournis, certaines administrations ont amélioré leur gestion des listes d'attente, et la plupart utilisent des sites Web publics pour fournir des renseignements sur les temps d'attente pour certaines interventions. Par conséquent, de nombreux patients savent maintenant à peu près quand aura lieu leur opération de la cataracte, ou le remplacement de la hanche ou du genou, et dans beaucoup de cas, l'intervention survient après une moins longue attente qu'il y a cinq ans.

La plupart des Canadiens ont plus facilement accès à des renseignements et des conseils en matière de santé grâce à des lignes d'assistance téléphonique. Certains Canadiens ont plus facilement accès à des médicaments sur ordonnance couverts par des régimes d'assurance publique, à des équipes de soins de santé primaires et à divers services de soins de santé à domicile ou dans leurs collectivités. Et, lentement mais sûrement, le système de santé adopte les technologies de l'information pour procurer des soins plus sûrs, plus efficaces et mieux informés.

Dans notre prochain rapport, qui doit être publié en juin, nous soulignons plusieurs autres progrès en vue du renouvellement des soins de santé.

[Français]

Mais à d'autres égards, l'état d'avancement des engagements pris avec les accords n'est pas tout à fait un motif de célébration. Le Conseil canadien de la santé considère avec une préoccupation particulière neuf domaines du renouvellement des soins de santé où les efforts ont été plus lents, ont eu moins d'ampleur et ont moins fait appel à la collaboration que ce qu'avaient d'abord imaginé les premiers ministres dans les accords de 2003 et 2004.

[Traduction]

Tout d'abord, en ce qui concerne la couverture des médicaments et une meilleure formulation des ordonnances, les gouvernements n'ont pas fait de progrès significatifs en créant la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Des disparités de couverture importantes existent encore à l'échelle du Canada, particulièrement dans les provinces de l'Atlantique. Trop de Canadiens sont encore vulnérables en raison de difficultés personnelles et ne peuvent se procurer les médicaments dont ils ont besoins. En outre, les Canadiens n'ont pas de protection adéquate contre les ordonnances mal formulées parce que nous n'avons pas mis en place de systèmes permettant aux fournisseurs de soins de santé et aux consommateurs d'obtenir des informations sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments.

• (1120)

[Français]

En ce qui concerne les soins à domicile, les deux semaines de soins à domicile couverts par un régime public sont souvent insuffisantes pour beaucoup de gens qui en ont besoin, et les services de soins à domicile continuent à être mal intégrés aux soins médicaux primaires dans beaucoup de régions. Il existe encore des disparités évidentes dans l'accessibilité à des soins à domicile financés par les pouvoirs publics d'un bout à l'autre du pays. Quel que soit le lieu de résidence, on devrait probablement pouvoir se procurer des services à domicile étroitement coordonnés aux autres aspects des soins de santé primaires.

[Traduction]

En ce qui concerne la santé des Autochtones, nous remarquons que l'importance des problèmes de santé inévitables dans de nombreuses collectivités autochtones continue de faire l'objet de préoccupations majeures à travers le pays. L'apport de fonds découlant des ententes intergouvernementales prometteuses de 2005, le communiqué de Kelowna et le plan directeur de la santé des Autochtones est resté relativement modeste. Certaines provinces travaillent étroitement avec les collectivités autochtones et le gouvernement fédéral à l'amélioration, sur une base régionale, des soins de santé et des conditions de vie, mais les progrès sont de loin inférieurs à ce que nous pensions que ces ententes envisageaient.

[Français]

La progression du nombre d'équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires est certainement prometteuse, et certaines régions du pays sont en bonne voie d'atteindre l'objectif énoncé dans le plan décennal de 2004, selon lequel d'ici 2011, 50 p. 100 des gens seraient desservis par de telles équipes. Mais à l'échelle de la nation, les progrès sont irréguliers et difficiles à évaluer. Ce qui est encore plus préoccupant, c'est qu'un trop grand nombre de Canadiens n'ont pas accès en temps opportun à leur prestataire médical habituel et que trop souvent, les services de soins de santé primaires ne sont pas coordonnés ou sont incomplets.

[Traduction]

Pour ce qui est des effectifs de la santé, un élément essentiel des deux accords était de s'assurer d'avoir un nombre adéquat de professionnels de la santé là où il le fallait. Les admissions aux écoles professionnelles ont nettement augmenté, un plus grand nombre de diplômés de l'étranger ont été intégrés, et on a apporté certains changements à la pratique de divers types de professionnels. Cependant, nous notons toujours de sérieux décalages entre la demande et l'offre dans les effectifs de la santé au Canada. À l'échelon régional, certaines provinces et certains territoires travaillent ensemble pour planifier et gérer plus efficacement les ressources humaines de la santé, mais la collaboration dans le pays tout entier prévue en 2003 et 2004 n'a pas encore abouti à une planification concertée.

[Français]

Viennent en sixième lieu les télédossiers de santé et la technologie de l'information. Malgré de récents investissements par l'entremise de l'Inforoute Santé du Canada, les deux gouvernements du Canada ont progressé avec lenteur en ce qui concerne les systèmes informatiques permettant de favoriser la prestation de soins de santé de haute qualité. Nous ne sommes pas très bien partis pour atteindre l'objectif établi par l'Inforoute, à savoir que 50 p. 100 des Canadiens aient un dossier de santé électronique sécurisé relativement à d'autres éléments de la prestation de soins d'ici 2010, objectif que le Conseil de la santé estimait dès le début trop modeste. Cependant, le public appuie fermement ces investissements, et il appartient au gouvernement de trouver les moyens de financer cet élément essentiel du renouvellement des soins de santé et d'accélérer sa mise en place.

[Traduction]

Pour ce qui est de rendre compte des progrès, des données récentes et fiables constituent les outils fondamentaux qui permettent d'évaluer et de comprendre quelles initiatives visant à améliorer la santé et les soins de santé ont des résultats, et lesquelles n'en ont pas. Aujourd'hui, malgré l'excellent travail de beaucoup d'organisations nationales et régionales qui se consacrent à la collecte d'information et à la recherche dans le domaine de la santé, le Canada possède une myriade de bases de données sur la santé, mais n'a pas un système global, pancanadien réunissant les données sur la santé. Depuis 2000, les gouvernements se sont mis d'accord pour élaborer et utiliser des indicateurs comparables pour faire rapport aux Canadiens des progrès réalisés au chapitre du renouvellement des soins de santé. Un ensemble de 18 indicateurs a été établi, mais certains ne sont pas aussi utiles que nous pourrions le croire quand il s'agit de rendre compte des réformes prioritaires prévues dans l'accord, tandis que ceux qui seraient utiles ne sont pas très utilisés pour informer le public.

[Français]

En 2003, l'accord qui a créé le Conseil de la santé a aussi désigné le Comité consultatif FPT sur la gouvernance et la responsabilité comme partenaire principal du Conseil canadien de la santé dans ses tâches. Cependant, ce comité intergouvernemental, dans le cadre duquel les gouvernements se communiquaient des informations, a été supprimé. L'information sur la façon dont les gouvernements dépensent les fonds ciblés n'est pas facilement accessible et, dans certains cas, elle n'est pas disponible.

• (1125)

[Traduction]

En ce qui concerne les temps d'attente, je pense que Mme Yeates a fourni de l'information selon laquelle de nombreuses améliorations avaient été apportées. Nous notons cependant que les points de référence pour l'imagerie diagnostique qui devaient avoir été créés au plus tard en décembre 2007 n'ont toujours pas été publiés.

Donc, pourquoi les progrès accomplis sont-ils si décevants dans le cas d'un si grand nombre de ces engagements? Le Conseil canadien de la santé y voit plusieurs explications. Premièrement, certains éléments clés des accords n'étaient pas assez bien définis au départ de façon à les rendre mesurables. Par exemple, un élément fondamental des accords consistait à rendre les soins donnés par une équipe multidisciplinaire plus faciles à obtenir, mais en quoi consiste une équipe multidisciplinaire de soins de santé primaires? S'agit-il d'une infirmière travaillant avec un médecin de famille, ou doit-on inclure des professionnels tels que des nutritionnistes, des psychologues et des pharmaciens? Nous ne pouvons pas savoir si nous avons atteint nos buts tant que nous ne savons pas plus clairement ce à quoi nous voulons parvenir.

[Français]

Deuxièmement, en tant qu'outil devant financer le changement et coordonner la réforme, les accords avaient leurs points forts mais aussi certaines faiblesses cruciales. Au total, le montant des nouveaux fonds cumulés affectés par l'accord de 2003 et le plan décennal de 2004 atteindra, d'ici 2014, bien plus que 230 milliards de dollars. Tandis qu'une partie du financement est liée à des objectifs généraux de politique de soins de santé, une bonne part n'est subordonnée à aucune condition réelle, à peu d'exigences quant à en faire rapport publiquement, et à presque aucun objectif et résultat mesurables.

[Traduction]

Troisièmement, la réalité, pour les soins de santé au Canada, c'est que nous n'avons pas un système unique, mais au moins 14 systèmes, y compris les soins que le gouvernement fédéral procure ou finance directement. Il ne fait aucun doute que cette réalité présente pour la réforme des défis de concertation sur une vaste échelle, mais les accords envisageaient que les gouvernements collaboreraient pour résoudre leurs problèmes communs dans l'intérêt de tous les Canadiens, quel que soit le lieu de résidence. Tout en reconnaissant les droits et les responsabilités des provinces et des territoires en matière de prestation des soins, le Conseil de la santé croit que nous devons relancer l'idée d'une vision commune pancanadienne de la santé et des soins de santé, et mettre en place les mécanismes qui permettront de réaliser cette vision.

[Français]

Finalement, nous redoutons que l'engagement des gouvernements envers l'esprit de l'accord ne soit en train de s'affaiblir. Beaucoup de promesses n'ont pas été honorées entièrement, ou du moins, pas dans la mesure qu'espéraient les Canadiens. Le mariage de raison entre l'argent et le désir d'un renouvellement des soins de santé paraissait extrêmement prometteur en 2003 et 2004. Les gouvernements devraient expliquer ce qui a changé entre-temps — s'il y a eu des changements — ou réaffirmer leur engagement envers un ensemble bien défini de réformes. Nous encourageons les gouvernements à renouveler leurs vœux les uns envers les autres et envers les citoyens.

[Traduction]

Alors que nous contemplons les cinq prochaines années du Plan décennal pour consolider les soins de santé au Canada, le Conseil canadien de la santé presse les gouvernements de réitérer leur volonté de mettre en oeuvre un changement s'étendant à tout le système. Les Canadiens ont leur système de soins de santé très à coeur et tiennent beaucoup à des réformes visant à maintenir sa durabilité et à l'améliorer. Nous sommes persuadés que le système de soins de santé public peut procurer un meilleur accès à des soins plus équitables et d'une plus grande qualité. Nous invitons les gouvernements à réaffirmer leur engagement envers le renouvellement des soins de santé partout au Canada.

Merci.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, madame Besner.

Nous allons commencer notre période de questions et réponses avec des interventions de sept minutes. Monsieur Thibault.

[Français]

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Mesdames Besner et Yeates, je vous remercie pour vos présentations, qui étaient très informatives.

[Traduction]

Madame Besner, dans votre exposé, lorsque vous parlez de l'imputabilité, vous soulignez que le comité intergouvernemental, où les gouvernements se communiquaient des informations, a été supprimé. Dans le cadre de l'accord, je présume que ce comité avait été créé pour que les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral s'échangent de l'information.

Mme Jeanne Besner: Oui.

Si je n'ai pas la bonne réponse, je demanderai à Kira de vous l'expliquer, mais le comité intergouvernemental devait aider à fournir des indicateurs et des mesures qu'on utiliserait pour produire un rapport sur certains éléments de la réforme des soins de santé. Il s'est réuni pendant à peu près un an, suite à l'accord de 2003, et à notre connaissance, il a par la suite été dissous. Nous ne savons pas pourquoi.

• (1130)

L'hon. Robert Thibault: Pourquoi a-t-on démantelé le comité?

Mme Jeanne Besner: Je n'ai pas ces renseignements.

Kira Leeb, un membre de notre personnel, dit que c'est à cause d'un manque de financement.

L'hon. Robert Thibault: Un manque de financement?

Mme Jeanne Besner: C'est du moins ce qu'on nous a dit.

L'hon. Robert Thibault: Pour ce qui est de la responsabilité, qui aurait informé les gens que le comité était dissous, ou qui aurait cessé de convoquer des réunions? Est-ce que ce sont les partenaires fédéraux au sein du comité qui auraient cessé de convoquer des réunions?

Mme Jeanne Besner: C'était un comité fédéral-provincial-territorial. Je n'ai pas la réponse; je ne sais pas.

L'hon. Robert Thibault: Il serait intéressant de le savoir, parce que le gouvernement fédéral a conclu une entente en vertu de laquelle trois organismes de réglementation ont été mis sur pied: l'Institut canadien d'information sur la santé, votre organisme, et cette organisation interprovinciale.

Le fait qu'on l'ait abandonnée est intéressant.

Mme Jeanne Besner: Comme je l'ai dit dans le rapport, ils ont élaboré 18 indicateurs, et ils se sont peut-être dit que leur travail était terminé. Le problème, c'est qu'ils ne les ont pas tous utilisés par la suite dans leur rapport, et donc il a été plutôt difficile d'établir la comparabilité des données recueillies à l'échelle du pays.

Alors je présume qu'ils estimaient que le travail était terminé.

L'hon. Robert Thibault: Je ne sais pas à qui poser ma question, mais je vais recommencer avec Mme Besner.

Quand nous considérons les délais d'attente, surtout dans certains domaines, il y a eu des améliorations importantes en termes empiriques. Mais il est difficile de savoir si le scénario de délai d'attente global s'est amélioré au pays, parce que nous constatons que ce ne sont pas toutes les provinces qui ont réagi aux cinq domaines critiques. Donc certaines provinces peuvent avoir une amélioration considérable dans un domaine mais aucun changement dans les autres. Je crois que le rapport de l'ICIS l'a souligné pour les chirurgies oculaires, par exemple.

L'autre chose qu'on s'est fait dire par les professionnels de la santé sur une base non scientifique, c'est qu'afin de pouvoir répondre de façon positive au rapport sur les temps d'attente, il va peut-être falloir faire souffrir d'autres interventions dans le système médical. Est-ce que l'une de vous a pu en recenser dans vos recherches?

Mme Glenda Yeates: En février 2007, nous avons examiné la question de l'évincement, ou la réduction des ressources. Nous avons pu constater qu'à ce moment-là, en examinant le volume de chirurgies dans les domaines prioritaires, qui représente environ 20 p. 100 des interventions chirurgicales dans l'ensemble, le volume avait augmenté de 7 p. 100 par rapport à la population pour cette catégorie, et que le reste des opérations, dont 80 p. 100 des interventions chirurgicales, avaient légèrement augmenté ou sont restées plus ou moins pareilles. Il y avait eu une augmentation de

2 p. 100 mais à tous égards, c'est demeuré à peu près stable. C'était au niveau national.

Je vous mettrai en garde sur deux points. Premièrement, je pense nous pouvons répondre à cette question au niveau national. Mais cela ne veut pas dire que dans certaines provinces ou dans certaines installations il n'y avait pas de problèmes. Nous avons examiné la question de façon plus générale, là où nos données appuyaient l'analyse. Nous allons refaire et publier à nouveau ces analyses dans les prochains mois, parce que nous voulons nous assurer de la situation actuelle. Mais nous avons examiné cette question il y a un an, et nous allons continuer à la surveiller.

L'hon. Robert Thibault: En ce qui concerne la stratégie pour les médicaments, la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques était une initiative très prometteuse. On a créé un groupe de travail fédéral-provincial. À ce que je comprends, il a pris peu d'initiatives ou a tenu peu de réunions. Est-ce aussi ce que vous entendez dire, madame Besner?

Mme Jeanne Besner: Je sais qu'ils ont des rencontres, mais j'ignore quel en est le résultat.

L'hon. Robert Thibault: Y a-t-il eu des changements ou des améliorations dans l'accès aux médicaments pour les Canadiens, à la suite de l'entente de 10 ans ou dans le cadre de cette entente?

Mme Jeanne Besner: Allez-y.

M. Donald Juzwishin (chef de la direction, Conseil canadien de la santé): En ce qui concerne les produits pharmaceutiques, il nous reste des défis à surmonter, mais on enregistre des progrès marqués dans un ou deux domaines qui méritent d'être mentionnés, selon moi. Tout d'abord, il y a le Programme commun d'évaluation des médicaments, conçu pour assurer une certaine coordination entre les provinces quant aux produits pharmaceutiques émergents devant être introduits dans le contexte provincial; il s'est avéré utile et a fait progresser les choses.

Une autre initiative louable est celle touchant l'optimisation de la formulation des ordonnances dans le milieu de la santé, même s'il demeure des préoccupations dans ce domaine, comme je l'ai indiqué dans notre mémoire. Les données semblent montrer qu'il subsiste des lacunes. Toutefois, le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM), créé par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, a entamé un travail auprès des professionnels de la santé partout au pays afin d'optimiser les pratiques exemplaires. Il reste donc beaucoup de pain sur la planche et l'accès aux médicaments reste fragmenté au pays, mais on enregistre des progrès.

• (1135)

L'hon. Robert Thibault: Mais le PCEM, dont vous parlez, vise à recommander quels médicaments devraient figurer sur le formulaire provincial, pas à financer des médicaments pour les personnes à faible revenu ou celles qui ne peuvent se permettre de payer pour certains médicaments. Certains détracteurs du PCEM vous diront qu'il est bien efficace pour empêcher des médicaments d'être ajoutés au formulaire que pour les y ajouter.

M. Donald Juzwishin: Le désinvestissement est toujours un défi; cela n'a pas changé. Toutefois, le type d'analyses et d'évaluations des technologies de la santé effectuées par l'ACMTS, partagées avec les instances provinciales, leur fournissent des études d'efficacité pouvant étayer leurs décisions. C'est donc un début, une façon d'utiliser de meilleures données pour décider ce qui devrait ou ne devrait pas figurer dans le formulaire.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur Thibault.

Madame Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): Merci d'être ici aujourd'hui pour discuter du Plan décennal pour consolider les soins de santé.

Ma question s'adresse à Mme Besner. Dans votre présentation, il est question de la santé des Autochtones. Vous dites que l'apport de fonds découlant des ententes intergouvernementales prometteuses pour 2005 est resté relativement modeste. Or, on sait jusqu'à quel point les Autochtones ont besoin de soins et on doit être en mesure de répondre à leurs besoins.

Comment se fait-il que dans un rapport comme celui-ci, le fédéral ne soit pas obligé de rendre des comptes et que les provinces doivent produire des rapports de suivi sur les objectifs du plan, par exemple relativement aux listes d'attente? Cette clientèle relève tout de même du gouvernement fédéral.

Les Autochtones sont une des clientèles du fédéral, mais on ne semble pas avoir la volonté de mieux les aider et les accompagner.

Mme Jeanne Besner: D'après moi, l'Accord de Kelowna et le Plan directeur pour la santé des Autochtones sont des accords fédéraux-provinciaux-territoriaux. On n'a pas de rapport sur les progrès. Notre rôle est de faire de la surveillance et de rapporter. Nous n'avons rien à rapporter parce qu'il n'y a pas eu beaucoup de progrès, d'après nous. Nous ne savons pas qui est responsable.

Mme Christiane Gagnon: Cette clientèle relève du gouvernement fédéral. On ne parle pas de la population en général. Il y a les Autochtones et les militaires. À la Défense nationale, on disposait de très peu d'information pour évaluer la qualité des soins de santé. Dans son rapport de 2007, la vérificatrice générale en faisait état.

À quelles difficultés avez-vous été confrontés dans le suivi de ce dossier?

Mme Jeanne Besner: En vertu de notre mandat, nous devons rapporter les progrès réalisés. Pour être en mesure de le faire, nous avons besoin d'indicateurs. Or, c'est ce qui nous manque.

Mme Christiane Gagnon: Que vous faudrait-il pour que vous puissiez rapporter ces données?

Ce qui m'inquiète, c'est que le gouvernement fédéral est responsable des clientèles telles que les militaires, les anciens combattants, les détenus fédéraux, mais on ne semble pas bouger. On veut souvent empiéter dans les champs de compétence des provinces et leur demander des rapports, ce que le Québec a refusé. Par contre, il a de très bons résultats par rapport au suivi.

On pourrait dire que le gouvernement fédéral est responsable de cela et que ça fonctionne. Selon la vérificatrice générale, il n'y a pas grand-chose qui fonctionne en ce qui concerne toutes les clientèles qui relèvent du fédéral.

• (1140)

[Traduction]

M. Donald Juzwishin: Effectivement, cela constitue un défi de taille. Vu que l'accord a été conclu en 2003, cela ne fait pas très longtemps que l'on s'efforce de mettre en place ces indicateurs.

Malgré les défis, je pense qu'il y a des résultats prometteurs. Par exemple, un article du *Globe and Mail* de ce matin parlait des initiatives appuyant un effort pancanadien pour mieux comprendre les questions liées à la mortalité néonatale au sein des collectivités autochtones. On ne peut pas discuter de la question, bien sûr, sans définir clairement ce qui constitue la santé des collectivités autochtones ou sans élaborer, à partir de ces définitions, des indicateurs, ensuite standardisés d'un bout à l'autre du pays.

La discussion n'a pas encore eu lieu et votre comité pourrait d'ailleurs peut-être en encourager la tenue. Mme Besner et Mme Yeates ont indiqué qu'on commençait un peu à savoir où on en était quant à la cataracte, à la hanche et aux interventions sur le cœur. Dans les autres domaines, il faut donc faire des progrès appréciables et entamer des discussions, afin que nous puissions fournir les renseignements que vous recherchez.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Faudrait-il être très proactif, donner plus d'argent ou mieux les accompagner? S'il y a du retard... Le gouvernement fédéral est responsable d'atteindre les objectifs dans tous les champs où on est censé voir des résultats, comme les champs d'intervention médicale. C'est un peu décevant de voir qu'on n'est pas bien aligné. Vous faites un rapport, mais il faudrait peut-être emprunter certaines voies plutôt que d'autres, en fonction des différentes communautés qui relèvent du fédéral.

Mme Jeanne Besner: On vient de me dire que notre personnel a rencontré des représentants du gouvernement fédéral pour lui poser à peu près les mêmes questions. D'après notre personnel, il a développé sa vision et commencé à définir ses objectifs. En ce moment, on n'a rien à rapporter, mais le plan d'action a été développé. Donc, on devrait avoir plus de résultats dans les prochaines années.

Mme Christiane Gagnon: Je me demandais ce qu'il faudrait pour que vous remettiez un rapport plus large, qui tienne compte de toutes les réalités. C'est le soutien qui m'agace un peu. Ce n'est pas la première fois qu'on signale des situations alarmantes chez la population autochtone.

Mme Jeanne Besner: Il nous faut des indicateurs et des mesures. On a déjà rencontré les représentants du gouvernement fédéral et on va poursuivre nos échanges avec eux afin de pouvoir rapporter des indicateurs et des mesures à l'avenir.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, madame Gagnon.

Madame Priddy.

Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD): Merci, monsieur le président.

Et merci à nos intervenants, même si vos exposés m'ont un peu donné envie de crier: « au secours! ». Je remplace quelqu'un aujourd'hui, si bien que je siège à ce comité pour la première fois depuis un certain temps. On semble toutefois débattre de questions très semblables à celles dont on débattait quand j'étais membre officiel.

Il y a une chose qui me préoccupe: l'ICIS recueille les données qu'il est censé recueillir, ce qui est fort bien, mais indique qu'il y a des différences indubitables entre les diverses régions du pays quant à la disponibilité des données et aux façons de mesurer. Le Conseil canadien de la santé indique essentiellement la même chose: soit que l'évolution est plus lente qu'elle ne devrait l'être, soit que certains indicateurs font défaut.

Je ne suis pas là pour blâmer Pierre ou Paul. Mais si nous avons deux, voire trois organismes ou plus qui mesurent ou étudient le même type de choses, sans données quant aux modalités adoptées, comment y remédions-nous? J'aimerais mieux ne pas me retrouver ici dans six mois pour recevoir le même type de rapport: oui, nous réalisons quelques progrès; oui, cela a constitué un catalyseur.

Je suis d'accord avec les remarques que j'ai entendues ici: les feux de la rampe ne sont plus braqués sur l'accord, qui suscite nettement moins d'intérêt et d'enthousiasme qu'à ses débuts, sauf quand on parle de délai d'attente pour les hanches. Là, on suscite de l'intérêt.

Comment intégrer les données qui sont recueillies, dans un premier temps? Les opérations de chasse et de cueillette se multiplient. Comment intégrer toutes ces données afin que, lors de nos réunions, nous puissions voir s'il y a concordance entre les données recueillies? Dans un deuxième temps, comment nous assurer plus rapidement que les mesures sont compatibles afin que, lorsque les données deviennent disponibles, elles soient au moins empiriquement similaires à ce qui est communiqué à chaque organisme.

Le manque d'intégration des données, le caractère disparate des données réunies, les normes s'appliquant à ces données me préoccupent, ainsi que la déception des gens qui espéraient des progrès plus spectaculaires.

L'un et l'autre, s'il-vous-plaît.

• (1145)

Mme Glenda Yeates: Je pourrais commencer.

Pour ce qui est d'améliorer les données, je comprends votre frustration, que nous ressentons tous, je crois, dans le secteur de la santé. Mais prenons un peu de recul, faisons le point sur l'ICIS... Nous avons débuté il y a 14 ans avec quelques petites bases de données ayant trait aux soins actifs; nous comptons maintenant 27 bases de données et en constituons d'autres. Il me semble qu'il y a eu une amélioration des données, même si elle est graduelle, comme vous l'avez souligné.

Nous continuons à réunir des données portant non seulement sur des soins actifs mais aussi sur de nouveaux domaines: les soins à domicile, les médicaments et les professionnels de la santé autres que les médecins et les infirmières. Jamais nous ne disposons de données suffisantes pour répondre à toutes les questions qui se posent, mais je pense qu'on enregistre des progrès.

En matière d'intégration, nous avons pris conscience de la difficulté de transformer ces données — coûteuses à recueillir — en indicateurs et en mesures utiles pour les gens. En tout cas, nous collaborons avec les intéressés pour comprendre comment simplifier les indicateurs de santé et les rendre utilisables, même dans un petit office régional de la santé ou dans une zone rurale.

La comparabilité des données nous tient à coeur et nous prenons notre rôle dans ce domaine au sérieux. Les données sur les délais d'attente convergent, sans toutefois en permettre une comparaison, comme nous l'avons mentionné. Si nous signalons ces différences, la convergence s'effectuera au fil du temps.

Mme Penny Priddy: Merci.

J'aimerais vous faire part d'une observation, mais tout d'abord, j'aimerais connaître votre réponse.

Mme Jeanne Besner: En ce qui concerne l'interprétation des données, le Conseil de la santé s'est donné comme orientation stratégique pendant les cinq prochaines années de consulter des sources multiples de données. On sera ainsi mieux en mesure d'indiquer aux Canadiens les secteurs au sein du système qui offrent un excellent rendement, nos réalisations, les domaines où nous devrions tenter une approche différente, et ainsi de suite, et on dépensera peut-être moins d'efforts pour trouver des données comparables qui n'existent pas.

Je crois que nous pouvons améliorer le système de soins de santé et aider à informer la population canadienne des choix à faire en collaborant avec nos collègues de l'Institut canadien d'information sur la santé, de Statistique Canada et de bien d'autres organismes pour recueillir et interpréter les données de diverses sources et pour être clairs quant aux décisions à prendre relativement à nos orientations futures. Nous devons faire de nombreux choix au sein du système de santé mais nous avons également besoin de plus de clarté quant aux orientations futures, parce qu'il est très difficile d'établir des indicateurs et des mesures sur absolument tout.

Mme Penny Priddy: Je suis d'accord.

Mme Jeanne Besner: Nous devons davantage cibler nos efforts que nous ne le faisons par le passé.

• (1150)

Mme Penny Priddy: Merci, monsieur le président.

Pour conclure, je dirais... oui, c'est un projet de longue haleine, je le sais. Mais nous dépensons de l'argent et il y a des personnes en situation de crise. Les peuples autochtones sont en situation de crise. Le régime d'assurance-médicaments est au bord du précipice, du moins des personnes vivant dans certaines régions de notre pays sont en train de mourir, ce qui ne serait pas le cas si elles vivaient dans une autre province. J'espère que nous pourrions concentrer nos énergies et nos ressources pour aider ces personnes qui ne peuvent patienter cinq ans en attendant que nous trouvions des indicateurs et des solutions. Ces personnes sont en situation de crise maintenant et espèrent de tout coeur que nous allons apporter des changements plus rapidement pour les aider.

Je terminerai sur ce point. Merci.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, madame Priddy.

Au tour maintenant de Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais remercier les témoins d'être venus ce matin.

Ce fut certainement très intéressant d'entendre les avis ainsi que les descriptions des progrès réalisés, ou encore de l'absence de progrès dans certains cas, ce matin.

Madame Besner, je vais vous poser une question. Vous avez souligné neuf domaines sources de préoccupations. Vous avez ensuite dit qu'il y avait plusieurs raisons pour expliquer pourquoi vous n'avez pas pu respecter certains engagements, et vous avez indiqué que la toute première raison, c'était que certains éléments clés n'avaient pas été bien définis. Vous avez ensuite fourni deux ou trois autres raisons.

Quel est le mécanisme prévu pour rectifier la situation? Existe-t-il un mécanisme pour rouvrir l'accord, pour ajouter une disposition, des définitions...? Comment peut-on réagir au problème?

Mme Jeanne Besner: Je crois que c'est comme pour toute chose. Si on sait dans quelle direction on veut aller, c'est déjà très utile. L'accord prévoyait une vision générale de nos orientations en matière de réforme du système de santé, mais il n'est pas facile d'obtenir des résultats. Pour que la vision se concrétise par des résultats, il faut établir des plans stratégiques très clairs, ainsi que des activités stratégiques. À certains égards, nous devons reculer d'un pas, parce que je ne crois pas que nos efforts nous ont vraiment permis d'avancer. On ne peut pas fixer des mesures comparables si on a des façons différentes d'aborder des problèmes, et ainsi de suite. Nous, ce qui comprend les gouvernements, devons collaborer davantage dans l'avenir, afin de redéfinir les orientations et les priorités et de les traduire en des actions plus concrètes que nous pourrions évaluer plus clairement.

Mme Patricia Davidson: Le cadre existant permet déjà au gouvernement fédéral, aux provinces et aux territoires de travailler sur ce front. Il ne sera pas nécessaire de recommencer des négociations, de faire des ajouts, ou encore...

Mme Jeanne Besner: Non, vous avez raison, et je crois que c'est que...

Mme Patricia Davidson: Comment pouvons-nous encourager une telle collaboration si les groupes en question ne se rencontrent pas maintenant? Ces groupes devraient-ils être inclus dans le processus?

Mme Jeanne Besner: Je crois que oui.

M. Donald Juzwishin: Permettez-moi d'ajouter quelque chose à ce qu'a dit madame Besner. Il y a eu de très belles initiatives réussies au Canada. Le problème, c'est qu'il n'y a pas eu de dialogue pancanadien, ce qui veut dire que le Western Healthcare Improvement Network de la Colombie-Britannique ainsi que les conseils de la qualité des soins de santé de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Québec, et du Nouveau-Brunswick, font des pieds et des mains pour participer au dialogue dans un contexte régional.

Ce que nous devons faire maintenant, c'est de trouver un moyen pour que le dialogue se déroule à l'échelle nationale.

Mme Patricia Davidson: J'en déduis que notre comité pourrait recommander une meilleure coopération entre les divers groupes.

Mme Jeanne Besner: Ce serait extrêmement utile et tout à fait conforme à l'esprit de l'accord. Ce serait formidable si vous renforciez ce message, car il devait y avoir une collaboration et une vision pancanadiennes.

Mme Patricia Davidson: J'aimerais poser une question sur les temps d'attente. J'avais compris, lorsque l'accord a été conclu, que le point de départ variait d'une province à l'autre. Je crois que maintenant, chaque province fixe ses propres priorités et stratégies en matière de temps d'attente. En ce qui concerne les cinq domaines

prioritaires, comment comparons-nous les réussites relatives d'une province à l'autre ou encore d'un secteur à l'autre?

• (1155)

Mme Glenda Yeates: J'aimerais répondre à votre question sur notre capacité d'étudier la situation en trois volets. Compte tenu des renseignements dont nous disposons, nous pouvons étudier les volumes. Nous pouvons par exemple déterminer si le nombre d'interventions chirurgicales est plus élevé dans une région que dans l'autre. Lorsque vous étudiez ces chiffres, vous pouvez en fait déterminer qu'ils reflètent les priorités des régions. Vous pouvez également tenir compte des points de départ de ces taux d'interventions chirurgicales. Par exemple, en fonction de la population, certaines provinces ont des taux beaucoup plus élevés de chirurgies de la cataracte ou d'arthroplasties de la hanche en fonction de l'Accord sur le renouvellement de la santé, alors on pourrait conclure qu'il serait utile d'étudier ces taux car cela permettrait de comparer la situation d'une province à l'autre.

Nous devons pouvoir étudier les temps d'attente réels. S'agit-il de six mois? Trois mois? Faut-il attendre trois semaines pour avoir une intervention chirurgicale dans une région du pays alors que dans une autre c'est complètement différent?

Comme nous pouvons le constater d'après les tableaux que nous avons préparés, nous sommes sur le point de pouvoir faire ce genre de comparaisons. C'est clair. Les choses commencent à être établies en fonction des mêmes paramètres, mais nous ne pouvons toujours pas dire avec certitude qu'une intervention prend deux mois d'attente en Nouvelle-Écosse et quatre mois ou deux semaines en Colombie-Britannique. Les temps d'attente déclarés sont quatre semaines à un endroit et deux semaines à l'autre, mais cela indique également s'il s'agit de cas d'urgence ou pas, si on commence à calculer la période d'attente au même moment partout. S'il y a des différences, au moins vous pourriez toujours avoir une idée des définitions qu'on donne à certains termes employés; cependant, nous ne pouvons toujours pas procéder à une comparaison de cet élément à l'échelle nationale.

Mme Patricia Davidson: Allons-nous pouvoir un jour procéder à ces comparaisons, dans le cadre de l'accord sur la santé, ou devons-nous rajuster notre tir?

Mme Glenda Yeates: Je pense que les données sont établies de plus en plus en fonction des mêmes définitions. Ceux qui s'intéressent à la présentation de rapports comparatifs préféreraient que les choses avancent plus rapidement. Je crois que c'est un fait.

Nous sommes tous conscients du fait qu'il s'agit là de changements importants. Il y a trois ans, nombre de ces listes n'allaient pas plus loin que les cabinets des médecins. Il n'y avait pas d'endroit où toutes ces données étaient recueillies. Puis, au fur et à mesure que des changements ont été apportés partout au pays, il a fallu quand même du temps pour s'y faire et je ne crois pas que qui que ce soit sous-estime l'adaptation qu'ont dû faire les responsables de la gestion des données médicales dans les provinces et territoires. Il est donc clair qu'il pourrait être difficile de dire que tout le monde doit recueillir les données de la même façon.

De plus, les intéressés manifestent un intérêt croissant à l'égard de la nature des définitions. Nous espérons que nous pourrions en venir à une décision grâce à laquelle tous les intervenants emploieront les mêmes définitions. De cette façon, il sera vraiment possible de comparer les données provenant des régions.

Mme Patricia Davidson: J'aimerais vous parler des points de référence à l'égard des temps d'attente pour l'imagerie diagnostique. C'était un des secteurs mentionnés mais il semblerait qu'aucun point de référence n'est disponible. Les choses ont-elles changé?

Mme Jeanne Besner: Pas à ma connaissance.

M. Donald Juzwishin: Pour ce qui est d'un point de référence national, il y a des centaines de procédures ou de services diagnostiques — les IRM, tomodynamogrammes, tomographies par émission de positons, les radiographies et la médecine nucléaire. Il faut que nous nous entendions avec les provinces et territoires pour discuter de l'établissement de points de référence qui pourront être employés à l'échelle nationale; cependant, certains pourraient être adaptés pour tenir compte de circonstances particulières dans certaines régions. D'autres régions comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas l'ont déjà fait, mais pour ce faire il faut qu'il y ait consultation.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Madame Kadis.

Mme Susan Kadis (Thornhill, Lib.): Merci, monsieur le président. Je désire souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Le secteur dont nous discutons revêt une importance primordiale pour tous les Canadiens, tout particulièrement compte tenu du vieillissement de la population. Il nous appartient donc à tous, et certainement au gouvernement, d'assurer que les promesses qu'on nous avait faites dans l'Accord sur le renouvellement des soins de santé deviennent des faits.

Quand le comité intergouvernemental a-t-il été supprimé? Savez-vous quand?

• (1200)

Mme Jeanne Besner: Nous avons posé la question à quelques reprises, mais nous n'avons pas pu obtenir de date précise. Nous croyons qu'il s'est réuni pendant environ un an, peut-être un peu plus. Ah, en juin 2006, donc il s'est réuni pendant plus d'une année.

Mme Susan Kadis: Comment pouvons-nous vraiment savoir si ce que le gouvernement a promis, soit des temps d'attente garantis pour les services médicaux, sont une réalité si nous ne disposons pas de données qui nous permettent de comparer les situations? Vous dites que c'est tout un défi, un défi permanent. Mais est-ce que c'est quelque chose de possible ou s'agit-il beaucoup plus de théorie que de pratique? Si nous ne disposons pas de données comparatives de la part des provinces, ou si nous ne pouvons pas obtenir les données simplement parce que la façon dont les provinces font rapport des données varie d'une province à l'autre, est-ce qu'on peut vraiment croire qu'il s'agit d'un objectif qu'on pourra atteindre?

Mme Glenda Yeates: Nous avons accompli des progrès importants à d'autres égards et je crois qu'il sera possible d'en venir à des données comparables dans toutes les régions du pays. Évidemment, c'est toujours un défi, compte tenu de la décentralisation de la prestation des soins de santé. Il faudra déployer beaucoup d'énergie et d'efforts pour normaliser les pratiques, même au sein d'une même ville entre les hôpitaux. Imaginez-vous à quel point ça pourra être difficile entre les provinces et les territoires. Je ne dis pas que ce sera facile; je dis que cela nécessitera une vigilance permanente. Je crois cependant qu'on pourra y parvenir.

Mme Susan Kadis: D'après ce que nous ont dit les témoins aujourd'hui, on a l'impression que le gouvernement actuel n'a pas actuellement de vision pancanadienne pour les soins de santé ou les temps d'attente; il semblerait que l'intérêt et l'engagement du gouvernement à cet égard ne sont plus ce qu'ils étaient comme on peut le constater puisqu'on a supprimé le comité intergouvernemental. Comment pouvons-nous donc dans ces circonstances atteindre l'objectif visé?

Nous craignons tous que la réduction des temps d'attente pour les services médicaux ne se produira pas suffisamment tôt pour

améliorer la santé des Canadiens. Nous nous inquiétons beaucoup de la souffrance et des coûts associés au simple fait de ne pas avoir réalisé ces réductions en temps opportun. Il faut du leadership. À l'origine, il y en avait. Cependant, les choses ont changé, on ne semble pas s'être engagé dans la même mesure.

Mme Jeanne Besner: Évidemment, il y a un très grand nombre d'initiatives et d'importants efforts sont déployés dans le cadre de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé à l'échelle nationale. Ainsi, des provinces et des territoires ont agi — c'est clair — et des progrès sont réalisés. Je crois que notre message est le suivant: existe-t-il une vision pancanadienne, qui permette d'unir les efforts de tous les intervenants pour qu'ils fassent front commun sans pour autant créer de désavantages qui pénalisent une région particulière? C'est justement ce à quoi tous doivent s'engager à nouveau.

Mme Susan Kadis: Lorsque vous parlez de relance, à mon avis cela veut dire qu'il y a quelque chose qui a cessé d'exister ou qui a été oubliée. Cela m'inquiète beaucoup et je suis convaincue qu'il en va de même pour tous les autres qui sont ici aujourd'hui parce que je crois que même si les provinces et territoires font tout ce qu'ils peuvent dans ces domaines très importants, nous ne pourrions quand même atteindre nos objectifs que si le gouvernement fédéral actuel, ou un gouvernement fédéral quelconque, s'engage vraiment.

Mme Jeanne Besner: Je pense que ce sont tous les gouvernements qui doivent s'engager dans ce dossier.

Mme Susan Kadis: Mais il semble y avoir un obstacle qui nous empêchera d'atteindre ces objectifs fort importants.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

J'aimerais rappeler aux députés qu'il y a d'autres témoins aujourd'hui qui ont des connaissances particulières. Peut-être pourriez-vous leur poser des questions également.

Monsieur Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais poser quelques petites questions.

L'hôpital de ma localité me parle toujours de ses réussites à l'égard des temps d'attente et de leur réduction. On parle des exemples locaux et des exemples à l'échelle provinciale, à l'échelle de l'Ontario. À titre de député de l'Ontario, j'aimerais que vous nous fassiez part de certaines des réussites dont vous avez été témoin dans cette province, tout particulièrement en ce qui a trait à la réduction des temps d'attente.

Mme Glenda Yeates: Je répondrai à votre question, puis je demanderai à ma collègue d'ajouter quelques mots.

Comme je l'ai mentionné, nous avons constaté une amélioration marquée des rapports présentés par l'Ontario depuis que nous étudions les temps d'attente. Les données fournies aujourd'hui sont certainement meilleures. Encore une fois, dans certains des exemples que j'ai fournis, les données n'ont pas vraiment évolué quand on parle des définitions utilisées par la province. Par exemple, pour ce qui est de l'arthroplastie de la hanche et du genou, nous avons certainement enregistré des améliorations. Nous avons constaté qu'en Ontario, les intervenants se sont vraiment concentrés sur ce secteur et tout cela se reflète dans les données dont nous disposons.

Je demanderai à ma collègue de vous en dire un peu plus long.

• (1205)

Mme Kathleen Morris (consultante, Institut canadien d'information sur la santé): Je crois que nous avons noté un bon nombre de changements en Ontario au cours des trois dernières années pendant lesquelles nous avons étudié les rapports sur les temps d'attente, plus particulièrement, comme Glenda l'a signalé, en ce qui a trait aux divers types d'arthroplastie. Nous avons également noté des augmentations marquées semblables au niveau des chirurgies de la cataracte.

Dans d'autres domaines, il existe certains problèmes au niveau des définitions. Je crois que les temps d'attente plus stables ont été mentionnés pour ces domaines, et j'inclus la revascularisation et la chirurgie pour traiter le cancer.

Je crois qu'un défi qui demeure en Ontario, c'est celui des temps d'attente pour l'imagerie diagnostique, tout particulièrement l'IRM.

M. Patrick Brown: J'ai appris quelque chose d'intéressant à mon hôpital local, soit que depuis 2004, on est passé d'un temps d'attente de 54 semaines pour un test par IRM à sept semaines. Est-ce que des heures plus longues sont offertes pour l'utilisation des IRM au Canada ou en Ontario? Est-ce que c'est justement là une des réussites dont vous parlez?

Mme Glenda Yeates: Pour ce qui est des IRM et des tomodensitogrammes, nous avons noté qu'il y avait une augmentation du nombre. Il y a beaucoup plus d'appareils disponibles, des appareils qu'on utilise, et nous avons noté qu'il y avait un plus grand nombre d'examen. Dans certain cas, c'est simplement attribuable au fait qu'il y a plus d'appareils disponibles. Dans d'autres cas, c'est parce qu'on offre des heures de service plus longues ou que de nouveaux appareils plus perfectionnés peuvent procéder à un plus grand nombre d'examen par heure. De toute façon, peu importe l'explication, nous avons noté une augmentation marquée du nombre d'examen par IRM à l'échelle nationale au cours des dernières années.

M. Patrick Brown: Je sais qu'en ce qui a trait à l'hôpital de ma municipalité, un financement supplémentaire a permis de passer à un service 24 heures sur 24, ce qui n'existait pas auparavant.

Dans l'Accord sur le renouvellement des soins de santé qui portait sur une période de dix ans, je sais qu'il y a un volet qui porte sur le matériel médical. Pourriez-vous nous parler en plus amples détails du type de matériel médical qui est maintenant disponible. Pouvez-vous nous expliquer dans quelle mesure cela a contribué à une réduction des temps d'attente?

Mme Jeanne Besner: Dans bien des cas, c'est attribuable à l'utilisation d'IRM et de tomodensitomètres. Je ne me souviens pas exactement du montant, mais je sais qu'un montant important a été investi en 2003 ou en 2004 — j'oublie, mais je crois que c'est 2003 — et qui devait être utilisé pour améliorer le nombre d'appareils de diagnostic disponibles au Canada. Je crois que c'est pour cette raison que nous avons constaté une augmentation du nombre d'examen.

M. Donald Juzwishin: Comme Mme Besner l'a signalé, il y a eu une augmentation marquée. Une des questions importantes qu'il faut se poser, c'est si ces procédures de diagnostic sont appropriées ou nécessaires.

Les lignes directrices cliniques qui sont employées pour assurer l'établissement de liste de priorité et comment utiliser de façon plus efficace les appareils disponibles sont probablement une chose que les hôpitaux, et je pense particulièrement à celui de ma localité, prennent beaucoup plus au sérieux. Il se pourrait donc que des

choses qui ne sont pas tout à fait aussi appropriées ne figurent pas sur cette liste. Des progrès marqués ont été réalisés à cet égard.

J'aimerais signaler que demain la province de l'Ontario, dans le cadre du programme Action Cancer Ontario, annoncera une liste de 38 indicateurs pour les soins en matière de cancer dans la province. Ces indicateurs seront disponibles sur le site Internet.

Je crois que ces exemples démontrent que des progrès importants ont été réalisés. Ce qu'il faut faire maintenant, c'est s'assurer que toutes les régions du pays emboîtent le pas à ces chefs de file.

M. Patrick Brown: Compte tenu de ces succès, j'ai demandé à mon hôpital quels défis il avait à relever. On m'a notamment mentionné le problème de capacité. Avez-vous constaté que ce problème soit important au niveau national? Je sais qu'en ce qui concerne les chirurgies envisagées, mon hôpital a une contrainte: il est toujours à 96 ou à 98 p. 100 de sa capacité, et il est donc très difficile de trouver de la place.

Est-ce qu'on a réfléchi à la façon de relever ce défi dans l'ensemble du pays?

Mme Jeanne Besner: Je ne sais pas... En effet, tout le monde est confronté à des difficultés de capacité, mais est-ce qu'il existe une formule pancanadienne? Pas que je sache.

À titre personnel, c'est un domaine dans lequel je travaille et je pense qu'une bonne partie de nos problèmes de capacité sont également liés à des problèmes de coopération. Ce n'est pas une simple question de manque de lits, de manque d'argent ou de manque d'autres choses. Je pense qu'il va falloir commencer à travailler bien différemment pour résoudre nos problèmes de capacité, et d'ailleurs, de nombreux organismes le font déjà.

• (1210)

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, monsieur le président. Merci d'être ici avec nous ce matin.

Dans un document intitulé « Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur? » — le point d'interrogation est intéressant —, on peut lire au sujet de la santé des Autochtones que l'état des engagements et d'avancement des différentes mesures promises pour tenter de circonscrire les problèmes que vivent les populations autochtones n'est pas clair. D'ailleurs, docteur Besner, vous l'avez très clairement affirmé dans vos réponses un peu plus tôt.

Lorsqu'on a étudié cette problématique lors d'une réunion précédente, j'ai demandé au ministère de la Santé de m'expliquer pourquoi ce n'était pas clair, et je n'ai pas vraiment obtenu de réponse. Cependant, vous avez commencé à nous dire que des membres de votre personnel sont actuellement en discussion avec ce ministère pour clarifier un certain nombre de ces engagements et l'état d'avancement des différentes mesures proposées.

Un délai de cinq ans est-il normal pour ce genre d'engagements annoncés en grande pompe, il faut le dire? Est-il normal d'attendre cinq ans?

Mme Jeanne Besner: Je ne peux pas...

M. Luc Malo: Ce délai est-il adéquat?

Mme Jeanne Besner: Il faut comprendre...

M. Luc Malo: On parle bien de délais d'attente dans le système de santé. Est-ce qu'un délai de cinq ans...

Mme Jeanne Besner: On commence notre cinquième année. Il faut reconnaître que les défis sont quand même assez formidables. C'est la première fois qu'on développe une stratégie pancanadienne pour essayer de collaborer afin d'atteindre les buts établis. Ça prend du temps. Notre système est énorme. Ça ne se fait pas d'un jour au lendemain. Je ne peux pas vous dire si c'est normal ou non. Des démarches sont entreprises, ce qui est mieux que rien du tout.

M. Luc Malo: Par rapport à l'ensemble des partenaires, avez-vous un rôle d'influence? Pouvez-vous interroger, demander et exiger? Votre rôle se limite-t-il à attendre que l'on vous fournisse des rapports que vous analysez et commentez par la suite?

Mme Jeanne Besner: Je crois que nous pouvons avoir de l'influence — plusieurs de nos rapports en ont eu jusqu'à maintenant — en donnant des exemples de programmes, de façons d'agir qui ont beaucoup de succès dans plusieurs endroits de notre pays ou ailleurs. Nous pouvons donner des exemples. Peut-on travailler avec les gouvernements pour avoir une influence directe? Non, ce n'est pas notre rôle.

M. Luc Malo: Pouvez-vous être plus concrète et nous citer un des éléments que vous avez apportés qui a été accueilli avec beaucoup d'enthousiasme et qui a été suivi de mesures très concrètes?

Mme Jeanne Besner: Non, je ne peux pas dire que... Rien ne me revient en mémoire dans l'immédiat.

M. Luc Malo: D'accord.

Madame Yeates, votre rôle se limite-t-il uniquement à colliger l'information et à la présenter sous forme de graphiques et de tableaux pour marquer l'évolution dans le temps? Avez-vous un rôle plus proactif dans l'application et la mise en place de différentes mesures?

Mme Glenda Yeates: Notre rôle est de fournir des bases de données et des informations pour alimenter le débat de ceux qui gèrent le système de santé et qui prennent des décisions sur la santé. Pour nous, c'est donc important. Nous ne faisons pas de recommandations et nous ne prenons pas de positions. En fournissant des bases de données et des informations, nous espérons qu'elles soient pertinentes. Toutefois, ce n'est pas notre rôle d'émettre une opinion.

• (1215)

M. Luc Malo: D'accord.

[Traduction]

M. Donald Juzwishin: Je peux vous parler avec enthousiasme de la mise en place des soins prodigués avec compassion. Pour ceux qui ont un proche, un ami ou un parent malade, nous avons fait campagne auprès des autorités de la santé dans tout le pays pour qu'elles mettent en place un tel programme, et la législation sur l'assurance-emploi donne désormais la possibilité de prendre deux semaines de congé à ce titre. Ce n'est peut-être pas assez, c'est vrai, mais nous sommes fiers d'avoir signalé l'importance de ce programme à la population et aux gouvernements du Canada.

[Français]

M. Luc Malo: Merci.

Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci.

Monsieur Tilson.

M. David Tilson (Dufferin—Caledon, PCC): Merci, monsieur le président.

Je voudrais poser une question à Mme Besner. Si je comprends bien, les gouvernements de l'Alberta et du Québec n'ont jamais participé au Conseil de la santé. J'aimerais savoir dans quelle mesure votre travail s'en trouve limité.

Mme Jeanne Besner: Bien qu'elles ne soient pas membres du Conseil de la santé, elles ont nommé des agents de liaison avec lesquels nous sommes en interaction. Le directeur exécutif du Conseil de la qualité de la santé en Alberta, le Dr John Cowell, est notre agent de liaison avec l'Alberta. Au Québec, même si nos rapports ne sont pas tout à fait aussi officiels, nous avons des contacts avec le Dr Robert Salois, qui est le commissaire de la santé et des services sociaux... Je ne connais pas son titre exact. Nous avons accès aux données publiées sur les sites Web publics du Québec et en préparant notre rapport, nous nous sommes servis de ces données pour faire des comparaisons avec les autres provinces, etc.

M. David Tilson: Ce n'est donc pas un obstacle pour vous.

Mme Jeanne Besner: Pas vraiment. Nous avons du mal à faire des comparaisons pour l'ensemble du pays, car dans certains domaines, nous n'avons pas d'indices comparables.

M. David Tilson: En ce qui concerne les listes d'attente, le point de départ a été différent dans chaque province et chacune d'entre elles a appliqué ses propres priorités et ses propres stratégies. Pouvez-vous nous donner des exemples de réduction importante des listes d'attente dans certains des cinq secteurs prioritaires?

Mme Jeanne Besner: Je préfère passer mon tour. Mme Yeates a plus d'information.

Mme Glenda Yeates: Les points de départ sont différents parce que chaque province a des priorités différentes.

À ma connaissance, le choix des priorités lors des plus récentes négociations et les fonds réservés aux listes d'attente n'ont pas fait l'objet de commentaires particuliers dans nos rapports. Dans chaque cas, nous avons essayé d'évaluer l'ensemble de la situation dans les provinces d'après les données fournies. Quand nous avons constaté des tendances, nous les avons signalées et nous allons continuer à les observer. Mais il est vrai que les points de départ sont très éloignés les uns des autres, par exemple dans le cas des taux de chirurgie prévus dans l'accord de 2004. En ce qui concerne l'ordre de priorité des différentes provinces, certaines d'entre elles ont mis l'accent sur les remplacements de la hanche et du genou, tandis que d'autres constataient des besoins plus urgents en matière d'opération de la cataracte, et elles s'y sont consacrées davantage.

Nous voyons donc dans les données la preuve de la différence entre les priorités que se fixent les provinces.

M. David Tilson: Madame Yeates, pouvez-vous nous donner des détails sur la page 8 de votre présentation, où il est question de l'imagerie diagnostique? Je vois l'évolution des chiffres concernant les tomodensitomètres et les examens. Je suppose que les médecins prescrivent davantage d'examen et qu'il faut davantage d'opérations. Je le suppose. Je ne sais pas si j'ai raison.

• (1220)

Mme Glenda Yeates: Oui.

M. David Tilson: Je suppose que c'est bien ce qu'indique ce tableau. Je vous pose donc la question suivante: si cette hypothèse est exacte, y a-t-il eu une évolution dans les listes d'attente?

Mme Glenda Yeates: L'une des leçons que nous avons retenues ces dernières années porte sur la complexité de la relation entre le volume des interventions supplémentaires et l'évolution des listes d'attente. Il est tout à fait vrai que nous faisons davantage d'exams tomodensitométriques et d'interventions chirurgicales dans les domaines prioritaires. C'est tout à fait évident.

L'effet de cette activité supplémentaire sur les temps d'attente est moins évident. Il se peut que la possibilité d'opérer dans de meilleurs délais ait eu pour effet d'augmenter la demande, comme certains l'avaient prévu. Certaines demandes auraient pu être supprimées si les gens avaient estimé que la liste d'attente était trop longue. J'ai entendu certains médecins dire qu'ils évitaient de proposer une opération parce que l'attente était trop longue, ou parfois, ils préféreraient attendre d'avoir un accès plus facile à la chirurgie. Il se pourrait donc que l'augmentation du volume d'activité ait un effet d'accroissement sur la demande.

Ce qui intéresse beaucoup les différentes provinces, c'est la complexité. Nous avons augmenté l'activité, mais cela ne se traduit pas nécessairement dans tous les cas par une diminution proportionnelle immédiate des temps d'attente. On constate une diminution à certains endroits, mais ailleurs, on constate une augmentation des volumes, alors que les délais d'attente restent relativement stables, sans doute à cause d'une plus forte demande.

Je pense qu'il est donc important de prendre en compte les volumes. Il est également important pour nous de suivre l'évolution dans le temps de l'information sur les délais d'attente.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur Tilson. Vos dix minutes sont écoulées.

Madame Priddy.

Mme Penny Priddy: Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, je vous demanderais ceci: vous vous êtes intéressés à l'évolution du personnel soignant. Pouvez-vous me dire quelles catégories vous avez considérées?

Mme Glenda Yeates: Nous avons des données sur les médecins et les infirmières. Quand je parle des « infirmières », je veux dire que nous avons de l'information sur les infirmières autorisées, sur les infirmières auxiliaires autorisées et sur les infirmières en psychiatrie. Nous sommes en train d'étendre nos bases de données. Nous venons d'en constituer dans cinq nouveaux secteurs de collecte: les pharmaciens, les thérapeutes occupationnels, les physiothérapeutes, et nous sommes en train de constituer des bases de données pour les techniciens en radiation médicale et les techniciens de laboratoire. Voilà donc les cinq bases de données qui sont en cours de constitution actuellement.

Mme Penny Priddy: Je vois. Bien. Je m'inquiétais de constater que votre étude est de portée étroite, et je pense qu'il serait bon d'y ajouter les diététistes et les auxiliaires médicaux et médicales, qui forment une partie modeste, mais croissante de la population du personnel soignant.

En ce qui concerne les infirmières, avez-vous étudié la situation des infirmières praticiennes?

Mme Glenda Yeates: Oui. Notre base de données sur les infirmières comporte désormais une catégorie réservée aux infirmières praticiennes.

Mme Penny Priddy: C'est un champ beaucoup plus vaste que les médecins et les infirmières.

J'aimerais revenir à quelque chose qui a été dit plus tôt, à savoir s'ils arriveront au point et si nous devrions arriver au point que ce n'est tout simplement pas possible de faire une analyse comparative; que, peu important les efforts déployés, nous ne pouvons y arriver.

Je ne veux pas me rendre compte que nous attendons avant de faire le nécessaire, comme je l'ai dit tantôt, pour des gens qui, littéralement, sont en train de mourir, comme c'est le cas des Autochtones, en attendant des changements dans le domaine de la santé des Autochtones ou le régime d'assurance-médicaments, par exemple. Est-ce que le comité a abordé ou envisagé ceci: c'est-à-dire que nous arriverions au point où vous diriez — tout le monde peut répondre à cette question — nous avons essayé; nous avons examiné la situation, et ce n'est pas possible; tournons la page et trouvons une façon différente d'offrir certaines de ces améliorations au public, sans toujours courir après quelque chose que nous avons maintenant décidé qu'il serait impossible d'atteindre, ou tout simplement un processus pour le processus.

J'espère que nous serions tous d'accord pour dire que processus signifie vraiment résultat, parce que ces gens qui meurent parce qu'ils n'ont pas de médicaments ou d'eau potable ou de soins de santé dans leurs collectivités arrêteront, à un certain point, de s'intéresser à notre analyse comparative.

Peut-on — n'importe qui — me dire si vous avez eu cette discussion?

•(1225)

M. Donald Juzwishin: J'aimerais souligner que mon association dans le domaine de l'informatique de la santé à l'Université de Victoria remonte au milieu des années 80. C'est un domaine émergent, ainsi qu'un domaine tout à fait essentiel. Depuis l'adoption de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en 1958 et de la Loi sur les soins médicaux en 1968, suivie par tous les efforts dans le domaine des soins continus pendant les années 70, nos efforts se concentrent beaucoup sur l'institution, alors nous comptons énormément de bidules, et ainsi de suite.

Il y a un nouveau paradigme qui attire notre attention sur exactement la phrase que vous employez: quels sont les résultats? Parce que nous n'en sommes qu'au début pour l'instant, cela semble inutile mais je peux vous assurer que ça ne l'est pas. Il est tout à fait possible de parler de ce que nous voulons quantifier, de recenser ces indicateurs et de fixer ensemble ce qui devrait être à l'échelle nationale.

D'après moi, vous avez commencé à mettre de l'avant ce plan en ayant cette discussion ici. À mon sens, elle est importante.

Mme Penny Priddy: Merci.

Mme Glenda Yeates: J'ajouterais seulement que nous constatons l'avantage des données comparatives quand il s'agit d'examiner des choses tels les résultats, et de comprendre ce que nous produisons, et de savoir si en mesurant certaines activités de la même façon que d'autres on peut les comparer. Certaines de ces comparaisons peuvent nous aider à comprendre les résultats.

C'est la raison pour laquelle nous utilisons la méthode actuelle de faire état des temps d'attente même s'ils ne sont pas parfaitement comparables. À notre avis, quand nous y écrivons l'information, en prenant note des différences, elle est toujours très valable et utile. La comparabilité est l'exemple idéal, que nous devrions sans doute viser, mais à mon avis nous pouvons recueillir de l'information et nous en servir afin de prendre les décisions, même quand elle n'est pas complètement comparable.

Mme Penny Priddy: Je l'espère, malgré le fait que ma première question était sur la comparabilité des données.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

Mme Penny Priddy: Avons-nous terminé?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Oui. Merci.

Passons maintenant à M. Fletcher.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier les témoins d'être venus aujourd'hui.

On a beaucoup parlé des initiatives pancanadiennes. Le gouvernement a investi plus d'un milliard de dollars dans la promotion de l'hygiène publique à l'échelle du pays et j'aimerais savoir ce que vous en pensez. On a cité notamment la diffusion de renseignements sur le cancer — par exemple, le Partenariat canadien contre le cancer, qui est une structure unique à laquelle adhèrent toutes les organisations qui se préoccupent du cancer au Canada, la Société canadienne du cancer et les prestataires de soins aux cancéreux dans chaque province. La tâche confiée à ce partenariat est précise. Il doit veiller notamment à la mise en oeuvre de pratiques exemplaires et à la diffusion de renseignements. Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

Il y a également un comité directeur pour les maladies cardiovasculaires, lequel est en train de préparer un projet qui sera fort probablement semblable au Partenariat canadien contre le cancer. Le comité se réunit déjà. Des mesures sont donc prises dans ce domaine.

En outre, il y a eu la création de la Commission de la santé mentale — 100 millions de dollars seront injectés dans la santé mentale. Cette maladie est taboue mais elle n'en touche pas moins un Canadien sur quatre au moins une fois dans sa vie. L'initiative est très importante. Il m'intéresserait de savoir ce que vous en pensez et que vous abordiez peut-être les conséquences fortuites de ce genre de programme.

Je voudrais également poser une question à Mme Besner. À la page 2 de votre rapport, vous évoquez le communiqué de Kelowna. Pouvez-vous m'indiquer la différence entre un communiqué et un accord?

Mme Jeanne Besner: Je ne peux pas répondre à votre dernière question, la différence entre un communiqué et un accord. Excusez-moi.

M. Steven Fletcher: Vous avez manifestement bien choisi les termes. Comment expliquez-vous la différence?

Mme Jeanne Besner: Je vais demander à un de mes collaborateurs de vous répondre.

Ce n'était pas un accord conclu, c'était un communiqué.

•(1230)

M. Steven Fletcher: Qu'est-ce que cela signifie alors? Pouvez-vous développer votre pensée? Pouvez-vous me donner quelques explications?

M. Donald Juzwishin: Si je me reporte au contexte, je constate que c'était l'occasion d'une rencontre permettant de tenter de trouver une solution à un problème commun. À l'issue de cette rencontre, le résultat des discussions a été étiqueté « communiqué » comme on peut conclure un protocole d'entente ou encore un protocole d'intention ou encore un accord en matière de santé ou de programmes sociaux. Je pense que ces étiquettes servent tout simplement à l'identification des textes. Que je sache, le motif, en l'occurrence, ne visait pas à donner une définition propre.

M. Steven Fletcher: Ainsi, il n'y a pas eu d'entente juridique, d'engagement de fonds ou d'engagement ferme. Je voulais tout simplement que cela soit clair.

Et à propos...

Mme Jeanne Besner: Je reviens à votre première remarque. À mon avis, il y a toute une gamme d'initiatives à l'échelle du pays qui témoignent d'un objectif pancanadien. On nous a confié la responsabilité de surveiller pour en faire rapport les éléments de l'accord qui prévoyait l'élaboration, en collaboration, de types particuliers de repères en établissant des indices qui pourraient s'avérer utiles. Nous ne nous sommes intéressés qu'à ces éléments particuliers de l'accord. Nous n'avions pas pour mandat de surveiller toutes les activités se déroulant à l'échelle du pays et ce n'est pas ce que j'ai tenté de faire. Nous nous sommes bornés au travail sur lequel on nous avait demandé de faire rapport.

M. Steven Fletcher: Donald — j'espère que vous me pardonneriez d'utiliser votre prénom, mais j'ai du mal à prononcer votre nom de famille — vous avez évoqué la question de la diffusion de l'information à l'échelle du pays. Vous avez utilisé l'Ontario comme exemple. D'après ce que vous savez du Partenariat canadien contre le cancer, ne convenez-vous pas que c'est une bonne initiative? Elle est sans précédent et elle sert de modèle à quantité d'organisations. Il est capital que nous connaissions votre opinion sur des initiatives comme celle-là.

M. Donald Juzwishin: En effet, c'est une bonne initiative et nous avons eu la chance de participer aux entretiens relatifs à l'initiative du Dr Eldon Smith sur les maladies cardiovasculaires au Canada. Nous nous sommes entretenus avec le Dr David Butler-Jones à propos de l'Agence de la santé publique du Canada pour étudier et promouvoir les efforts dans tout le pays.

Le Conseil canadien de la santé a très à cœur de faciliter les entretiens susceptibles d'aider les Canadiens à mieux comprendre les services de soins de santé qu'ils reçoivent. Nous sommes déterminés également à cerner les pratiques exemplaires en vigueur dans certaines régions, lesquelles pourraient être adoptées dans les régions qui le souhaitent. Toutes initiatives qui engendrent une synergie améliorant la prestation des soins de santé offerts aux Canadiens reçoit évidemment notre appui inconditionnel.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur Juzwishin et monsieur Fletcher.

La parole est maintenant à Mme Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup.

Ce rapport est fort intéressant. Ma question s'adresse à Mme Yeates de l'ICIS.

Vous avez dit que la méthode de mesure variait d'une province à l'autre ce qui empêchait encore des comparaisons entre les provinces. Vous vous adressez à un organe fédéral. Nous sommes tous députés. Au départ, il était question d'un engagement de la part du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux pour garantir qu'il n'y aurait pas de différences dans les services offerts aux Canadiens en raison de la province où ils habitaient. Vous êtes en train de nous dire que vous ne savez même pas si cela s'est concrétisé et si les Canadiens en fait, sont victimes de disparités, selon la provinces où ils habitent, en faisant face à des temps d'attente plus ou moins longs, parce que vous n'êtes pas en mesure d'effectuer le retraçage. Vous ai-je bien compris?

Mme Glenda Yeates: Je pense qu'il est manifeste que même à l'intérieur d'une province, il y a des disparités. D'après tous les renseignements que nous possédons sur les temps d'attente, même si on en mesure la médiane, nous savons qu'il y a des gens qui attendent très peu. Dix pour cent obtiennent des services très rapidement, mais les derniers 10 p. 100 peuvent devoir attendre longtemps. Manifestement, quelle que soit la procédure, même pour des personnes habitant la même ville, il y aura des disparités.

Il s'agit de savoir si on peut comparer la sévérité de ces disparités entre deux provinces. Il arrive souvent que les définitions soient très différentes, ce qui nous amène à dire que pour l'instant, nous ne sommes pas en mesure de faire des comparaisons.

• (1235)

L'hon. Hedy Fry: Je comprends cela. Essentiellement, pour que nous puissions constituer une quelconque base de données pancanadienne, une sorte de chambre de compassion, un moyen de faire des comparaisons — savoir que l'on compare des choses de même de nature — il faut que le volet fédéral de l'équipe se constitue en chef de file.

Ainsi, j'en conclus qu'on ne peut pas actuellement compter sur un tel chef de file.

Je voudrais poser une question également à Mme Besner. Vous dites à la page 2 de votre mémoire et je cite: « Le Conseil canadien de la santé considère avec une préoccupation particulière neuf domaines du renouvellement des soins de santé où les efforts ont été plus longs, ont eu moins d'ampleur et ont fait moins appel à la collaboration que ce qu'avaient d'abord imaginé les premiers ministres dans les accords de 2003 et de 2004.

« Vous dites également qu'en juin 2006 le groupe interprovincial a été démantelé. Vous poursuivez en énumérant les neuf domaines qui vous intéressent. Ici encore, j'en conclus qu'il ne semble pas exister l'engagement nécessaire à travailler en collaboration pour faire avancer ce dossier tel que l'avait annoncé le gouvernement fédéral et les provinces en 2003 et en 2004.

Votre objectif consistant à faire en sorte que Inforoute Santé du Canada contienne le dossier sanitaire électronique sécuritaire de 50 p. 100 des Canadiens ne respecte pas le calendrier fixé, dites vous. Quelle est l'étendue du retard?

M. Donald Juzwishin: Inforoute Santé du Canada va publier son rapport annuel en juin de cette année, et nous pourrions alors prendre connaissance des données.

Les chiffres fournis par Jeanne remontent à 2007. Les autres suivront.

L'hon. Hedy Fry: Mais vous avez dit clairement que le calendrier n'est pas respecté. Vous avez dit que nous n'avions pas atteint l'objectif fixé pour l'Inforoute, c'est-à-dire un dossier électronique pour 50 p. 100 des Canadiens.

M. Donald Juzwishin: C'est cela.

Mme Jeanne Besner: D'après les données que nous possédons, qui remontent à mars 2007, environ 5 p. 100 des Canadiens ont un dossier sanitaire électronique qui se prête à l'interopérabilité.

L'hon. Hedy Fry: D'accord.

Une dernière question. Vous avez parlé des temps d'attente et je tiens à vous féliciter d'avoir proposé qu'on adopte des lignes directrices cliniques parce que la réduction des temps d'attente passe par une utilisation judicieuse des ressources, un sujet que la plupart des gens ne considèrent pas.

Pouvez-vous me dire si d'autres groupes s'intéressent à d'éventuelles lignes directrices cliniques pour que les soins soient dispensés de façon judicieuse et pour qu'on utilise les diagnostics de façon appropriée?

M. Donald Juzwishin: Je souhaiterais répondre à cette question. D'après mon expérience, il y a eu des succès fulgurants à cet égard d'un bout à l'autre du pays. Il suffit d'aller dans la région sanitaire de Calgary pour y trouver l'un des meilleurs programmes pour la chirurgie de la hanche et du genou. Ce programme a été élaboré en se fondant sur des indications extrêmement précises et dans le menu des soins on prévoit des activités de pré-admission et on s'assure que lorsque les gens ont subi leur intervention, ils peuvent compter sur les soins appropriés à domicile. Cette initiative en particulier est un modèle de ligne directrice clinique qu'il serait tout à fait opportun d'envisager.

Il y a en outre d'autres initiatives ailleurs au pays. À Saskatoon, les soins dans le domaine de l'urologie sont facilités grâce à des cartes précises permettant aux patients de savoir exactement à quoi s'attendre au moment du traitement, au moment de leur congé et ce qu'il faudra prévoir comme traitement postopératoire.

Il y a donc des initiatives tout à fait positives dont on peut s'inspirer.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, M. Juzwishin.

La parole est à M. Clarke.

M. Rob Clarke (Desnethé—Mississippi—Rivière Churchill, PCC): Merci, monsieur le président.

J'essaie de comprendre certaines choses ici. Je dois vous dire que j'appartiens à une première nation. J'ai habité dans une réserve. J'y ai travaillé. J'ai pu constater des problèmes de santé dans la réserve, dans l'exercice de mes fonctions d'agent de la GRC.

Le communiqué de Kelowna... Il y a une différence en l'occurrence. J'essaie de la comprendre. Avait-on prévu un financement quelconque pour les premières nations ou s'agit-il... Je voudrais des précisions quant à la différence entre le communiqué de Kelowna et l'accord.

• (1240)

Mme Jeanne Besner: J'essaie de me remémorer ce que l'accord contient en ce qui concerne précisément la santé des Autochtones. Je pense que l'on misait surtout sur des populations en santé avec un accent particulier dans l'accord sur la santé des Autochtones. Je ne me souviens pas qu'il y ait eu de fonds précisément affectés à cette fin.

Il y en avait?

Je ne peux pas vous répondre là-dessus.

M. Donald Juzwishin: Je peux vous donner un exemple de ce qui a été fait. Les mécanismes de soins de santé et de prestations de services sociaux qui, autrefois, incombaient à divers ministères ont désormais été intégrés, ce qui facilite le passage des patients à divers types ou niveaux de services. C'est donc une des mesures précises introduites depuis quelques années, dont je me souviens.

M. Rob Clarke: Quand je vivais dans la réserve et que j'y travaillais, j'avais l'impression qu'un financement était prévu. Vous dites qu'il y a un communiqué. Il n'y a pas de financement.

Mme Jeanne Besner: D'après le membre de notre personnel, un financement était effectivement prévu, mais il n'était pas substantiel. Il s'agissait de 5 milliards de dollars environ.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Est-ce que quelqu'un d'autre aimerait ajouter quelque chose? Monsieur Tilson, voulez-vous intervenir? Vous avez une ou deux minutes.

M. David Tilson: Une ou deux minutes, oui.

Madame Yeates, je trouve intéressant le tableau qui porte sur les médecins et les infirmières. L'augmentation de pourcentage est assez encourageante, parce que le manque de médecins et d'infirmières et d'infirmiers est une question qui préoccupe beaucoup les gens de ma collectivité. Cela est donc encourageant.

Est-ce que votre organisme a étudié la question plus en profondeur? Avez-vous étudié le nombre de médecins qui reviennent des États-Unis au Canada, le nombre de médecins qui s'apprentent à prendre leur retraite, s'il y a une augmentation dans le nombre de médecins venant de l'étranger, et dans l'accréditation de médecins de l'étranger? En d'autres mots, avez-vous fait une analyse complète de la question?

Enfin, est-ce que nous en tant que gouvernement ou gouvernements devront jamais craindre qu'e l'on manque vraiment manque de médecins parce que beaucoup sont partis à la retraite en raison de leur âge?

Mme Glenda Yeates: Nous savons certainement que c'est un aspect critique dans le secteur des soins de santé. Nous étudions toute une série de ces questions. Nous n'avons pas autant de données sur toutes ces questions que nous aimerions avoir, mais nous avons certains renseignements que je peux vous donner pour répondre à quelques-unes des questions que vous avez soulevées.

Nous savons que la proportion de médecins et d'infirmiers par rapport à la population a augmenté jusqu'au début des années 1990, après quoi elle a baissé légèrement et puis elle est restée relativement stable. Nous savons que nous avons le même nombre de médecins en pourcentage de la population que nous avions il y a 10 ans, mais par ailleurs, nous savons que la médecine a changé. C'est un domaine qui devient de plus en plus spécialisé, et nous utilisons les médecins de façon différente. Nous voyons que les volumes d'activité ont augmenté, et nous comprenons donc pourquoi, lorsqu'on considère ces chiffres, le système de soins de santé ressent des pressions.

Nous savons aussi qu'en comparaison avec d'autres pays, le Canada a moins de médecins en pourcentage de la population, que certains autres pays semblables au sein de l'OCDE, par exemple.

Nous avons des chiffres sur le nombre de médecins qui viennent au Canada comme immigrants et s'inscrivent comme médecins, et le nombre qui sont revenus, ainsi que ceux qui partent. Nous mesurons ces chiffres depuis quelques années et le nombre de médecins qui reviennent au Canada de l'étranger est plus important que le nombre de médecins qui quittent le Canada. Cela est donc une bonne nouvelle.

Si je ne m'abuse, le nombre de médecins étrangers en pourcentage de médecins qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger et en pourcentage du nombre total de médecins dans la population est assez stable — à peu près 18 p. 100. Ce chiffre est relativement stable en ce moment.

Pour ce qui est de votre question sur les retraites, nous savons que la population de médecins vieillit. Nous voyons que l'âge moyen des médecins augmente. Même si nous ne savons pas exactement quand les médecins prendront leur retraite, nous savons que c'est une question que les planificateurs doivent prendre en compte de même que la féminisation croissante de la population de médecins, étant donné que les jeunes médecins ne travaillent pas de la même façon que les générations antérieures.

Nous essayons de documenter toutes ces dimensions et de faire parvenir les données aux planificateurs en soins de santé pour qu'ils puissent les utiliser à bon escient.

•(1245)

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci, madame Yeates.

Madame Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Merci.

Madame Yeates, d'après le Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente, le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique semblent avoir un meilleur rendement, car ils ont des A et des B en ce qui a trait à la réduction du temps d'attente pour la hanche, le genou et les cancers.

La Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick font piètre figure. Je ne veux pas les critiquer, mais je voudrais savoir pourquoi la Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick ont des C, des D et des F pour ce qui est de la réduction des temps d'attente. Pourquoi y a-t-il des différences aussi marquées d'une province à l'autre? Certaines provinces sont-elles mieux équipées?

Mon collègue a parlé de cette question plus tôt. Pouvez-vous influencer le gouvernement ou les provinces à s'y prendre de façon différente afin qu'ils soient plus proactifs?

Mme Glenda Yeates: Premièrement, je dois dire que les notes qui sont données dans ce document ne sont pas les nôtres. Elles sont données par l'Alliance sur les temps d'attente.

Mme Christiane Gagnon: Que pensez-vous de ces données?

Mme Glenda Yeates: Nous ne portons pas de jugement à savoir si une province est meilleure qu'une autre. On ne donne pas de note A, B, C ou D. Il faudrait demander à l'alliance sur quoi elle se fonde pour attribuer ses notes.

Les provinces ont des stratégies différentes. L'une met l'accent sur une sorte de chirurgie plutôt qu'une autre. Les formulations des soins de santé et les concentrations sont différentes. Les catégories professionnelles diffèrent également d'une province à l'autre. Plusieurs raisons expliquent les différences entre les provinces.

Mme Christiane Gagnon: Vous pouvez remarquer que les données sont différentes d'une province à l'autre, mais vous ne pouvez pas les qualifier comme la Wait Time Alliance l'a fait, en attribuant des A, des B, des C, des D, des E et des F. Par exemple, cela nous indique que, pour certaines chirurgies, il y a de quoi s'inquiéter au Nouveau-Brunswick.

Accordez-vous de l'importance à ces données?

Mme Glenda Yeates: Beaucoup d'organismes étudient les listes d'attente et d'autres aspects du système de santé, et donnent des échantillons. Beaucoup de choses peuvent être différentes dans ces domaines d'un organisme à l'autre, surtout si elles mettent l'accent sur une perspective en particulier. Les niveaux peuvent donc différer selon les valeurs et les choix qui ont été faits. Nous essayons de donner les informations et d'être clairs au sujet des limitations et des définitions, afin que chacun puisse se faire sa propre opinion.

● (1250)

Mme Christiane Gagnon: Merci.

Madame Besner, vous dites que de façon générale, l'attente pour certaines interventions — opération de cataracte, remplacement de la hanche ou du genou, par exemple — est moins longue qu'il y a cinq ans. Vous expliquez cela ainsi: « La plupart des Canadiens ont plus facilement accès à des renseignements et des conseils en matière de santé grâce à des lignes d'assistance téléphonique. » Mais vous ne précisez pas quel est ce réseau, quelle importance il a ou combien d'appels il reçoit.

Quel suivi avez-vous assuré en lien avec votre déclaration dans votre présentation? C'est à la page 1, quatre ou cinq lignes avant la fin du dernier paragraphe.

Mme Jeanne Besner: Les lignes d'information...

Mme Christiane Gagnon: Y en a-t-il dans toutes les provinces? Est-ce égal? Donnez-moi un aperçu de la façon dont cela se passe sur le terrain.

Mme Jeanne Besner: Je pense qu'il y en a dans presque toutes les provinces. La plupart sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Certaines sont intégrées aux services médicaux; d'autres ne le sont pas. Je ne peux pas vous donner les chiffres maintenant, mais je peux vous les envoyer, si cela vous intéresse. Dans la plupart des cas, c'était une des façons d'obtenir que 50 p. 100 de la population ait accès à des services médicaux 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. C'était une façon d'atteindre ce but. J'ai l'impression qu'il y en a dans toutes les provinces, mais je n'ai pas les chiffres exacts avec moi.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, madame Gagnon.

Nous passons maintenant à M. Fletcher.

M. Steven Fletcher: Merci, monsieur le président.

La conversation avec les témoins devient fort intéressante. Permettez-moi de faire une observation au sujet du témoignage précédent.

Je trouve étonnant que seulement un millième des fonds promis par l'ancien premier ministre en vertu de l'accord de Kelowna a été débloqué. Il avait parcouru le pays en disant qu'il y avait un accord de 5 milliards de dollars, alors qu'on sait maintenant, et on s'en doutait d'ailleurs, qu'il s'agissait simplement d'un accord non contraignant qui n'aurait pas eu de conséquences. Il n'y avait pas de montants prévus et seulement un millième des fonds ont été débloqués. Cette information est fort utile, et je tiens à remercier les représentants du Conseil canadien de la santé d'avoir attiré notre attention là-dessus aujourd'hui.

Ma question s'adresse à Mme Yeates. J'imagine que vous avez pris connaissance du bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente publiés il y a quelques semaines. Le bulletin contient quelques tableaux sur lesquels j'aimerais avoir votre opinion.

Le deuxième tableau traite, entre autres, des interventions aux hanches et aux genoux. Il y a place à l'amélioration, mais dans l'ensemble, les résultats sont assez bons. Parmi les notes attribuées, il y a l'Ontario avec cinq A, le Manitoba avec trois A et quelques B. Le troisième tableau fait état des progrès réalisés dans le cadre du plan décennal qui vise à améliorer le régime des soins de santé. Il s'agit donc de l'accord en question, et les tendances sont à la hausse. On est passé d'un D à C-plus, et d'un C à un C-plus. Alors, les tendances sont à la hausse, semble-t-il, selon ce qu'indique le rapport de l'Alliance sur les temps d'attente.

J'aimerais que vous ayez l'occasion de commenter ce rapport.

Mme Glenda Yeates: De façon générale, nous recueillons de l'information, nous la vérifions, pour enfin la publier dans l'intérêt des autres. Nous le faisons pour des comités comme celui-ci, des comités provinciaux, des hôpitaux, des associations professionnelles, ainsi que des groupes tels que l'Alliance sur les temps d'attente. Certaines sources qu'on cite proviennent de données que nous avons publiées. Toutefois, les opinions exprimées au sujet de ces données, ainsi que les évaluations de ces dernières, sont les leurs. Nous sommes heureux que bien des gens à travers le pays mettent à profit nos données. Certaines personnes arrivent à différentes conclusions à partir des mêmes données, et c'est tout à fait compréhensible. Nous publions cette information afin de permettre aux groupes qui sont passionnés par cette question d'avoir accès aux faits, et d'en tirer des conclusions. Nous ne formulons aucun commentaire sur le bien-fondé de leurs conclusions.

● (1255)

M. Steven Fletcher: Il est encourageant de constater que des progrès ont été réalisés. Tout le monde reconnaît quand même qu'il y a du pain sur la planche dans bien des domaines. Mais selon cette vérification indépendante, des progrès importants ont été réalisés.

Mme Glenda Yeates: Les tendances ne sont pas claires dans tous les cas. Les données ne sont pas comparables dans tous les cas, mais dans certains cas, elles le sont de plus en plus et nous avons constaté certaines améliorations au niveau de nos propres données. Nous n'hésitons pas à signaler les cas où nous estimons que les données sont comparables. Dans certains cas, il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions, et dans votre cas, nous n'avons constaté aucune amélioration jusqu'à présent.

M. Steven Fletcher: Merci, monsieur le président.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Madame Priddy.

Mme Penny Priddy: Lorsque vous vous penchez sur des données qui sont comparables... Et j'aimerais y revenir pendant un instant. Je ne veux pas trop quand même m'attarder sur ce concept. Nous avons constaté de véritables changements en ce qui concerne les délais d'attente. Mais il est toujours difficile d'en tirer de véritables conclusions. Faisons-nous simplement plus vite? Est-ce que les gens s'en sortent bien à la maison, ou reviennent-ils plus rapidement dans les hôpitaux à cause, justement, de cette accélération du processus entourant les interventions chirurgicales? Nous n'avons jamais réussi à résoudre au moyen des données l'aspect "résultats" sauf pour dire que l'intervention chirurgicale était terminée. Alors, nous ne pouvons pas être certains que les résultats constituent de véritables cas de réussite. Y a-t-il une façon de le savoir?

Mme Glenda Yeates: C'est une question qui à laquelle il est difficile de répondre en général. Les données se prêtent comme telles à certains aspects de la question. Depuis quelques années maintenant nous indiquons automatiquement les taux de réadmission pour certaines interventions — par exemple pour les AVC et les problèmes cardiaques. Lors d'une analyse récente, nous avons examiné les taux de réadmission pour les remplacements du genou et de la hanche, et nous pouvons constater quelles sont les circonstances dans de tels cas. Ce ne sont pas cependant les seuls résultats. On voudrait savoir comment les gens se portent à la maison de façon générale. Il y a cependant certains points d'analyse, notamment les réadmissions, qui tentent d'examiner la question des résultats.

Mme Penny Priddy: Merci.

Mme Jeanne Besner: Je n'ai rien à ajouter.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Voilà qui conclut notre séance.

Je remercie tous les témoins. Notre rapport sera publié bien des semaines après la fin de notre étude.

Je voudrais informer les membres du comité que l'Alliance sur les temps d'attente comparaitra la semaine prochaine, alors je vous demande de préparer vos questions en conséquence.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

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

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

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