



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des comptes publics

PACP • NUMÉRO 062 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 1^{er} juin 2015

Président

M. David Christopherson

Comité permanent des comptes publics

Le lundi 1^{er} juin 2015

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. David Christopherson (Hamilton-Centre, NPD)): Je déclare maintenant ouverte la 62^e réunion du Comité permanent des comptes publics.

Chers collègues, notre ordre du jour est plutôt simple aujourd'hui. C'est une audience publique au sujet de l'un des chapitres tirés du rapport du printemps du vérificateur général.

Aujourd'hui, nous parlerons du chapitre 4, l'Accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations du rapport du printemps 2015 du vérificateur général du Canada. Si vous n'avez aucune objection, nous allons passer directement à nos remarques liminaires. Je ne vois aucune objection, donc je cède la parole à notre vérificateur général, M. Ferguson.

Monsieur, je vous offre l'occasion de présenter votre délégation et de prononcer vos remarques liminaires.

[Français]

M. Michael Ferguson (vérificateur général du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada): Monsieur le président, je vous remercie de nous donner l'occasion de discuter de notre rapport du printemps 2015 sur l'accès aux services de santé des communautés éloignées des Premières Nations. Je suis accompagné du directeur principal chargé de l'audit, M. Joe Martire.

Dans le cadre de cet audit, nous avons examiné ce que Santé Canada a fait pour appuyer l'accès des Premières Nations aux services de santé dans les communautés éloignées. Les membres des Premières Nations vivant dans des communautés éloignées ont des besoins importants en matière de santé et doivent surmonter des difficultés particulières pour obtenir des services de santé. Nous avons constaté que Santé Canada n'avait pas géré adéquatement son soutien à l'accès aux services de santé et aux prestations de transport pour raisons médicales des Premières Nations dans les communautés éloignées.

[Traduction]

Selon le ministère, le soutien octroyé à ces communautés couvre 85 établissements de santé qui offrent des soins par l'entremise d'équipes de collaboration de soins de santé, sous la direction d'environ 400 infirmières et infirmiers. Ces établissements de santé desservent quelque 95 000 membres des Premières Nations. Pour ces personnes, l'accès aux services de santé est d'abord assuré grâce au personnel infirmier réposé aux postes de soins infirmiers.

Nous avons constaté des déficiences dans la gestion du personnel infirmier et des postes de soins infirmiers. Par exemple, tous les 45 membres du personnel infirmier de notre échantillon étaient dûment autorisés à exercer, mais un seul avait suivi et réussi les cinq cours de la formation obligatoire exigée par Santé Canada que nous avions sélectionnés pour notre examen.

Santé Canada reconnaît que les membres de son personnel infirmier effectuent parfois des tâches qui ne font pas partie de leur champ d'exercice régi par la loi afin d'offrir des services de santé essentiels dans les communautés éloignées des Premières Nations. Parmi ces tâches, on peut citer la prescription et la délivrance de certains médicaments, et la réalisation de radiographies du thorax ou des membres des patients. Néanmoins, nous avons constaté que Santé Canada n'avait pas mis en place des mécanismes de soutien afin que son personnel infirmier soit autorisé à effectuer des activités qui ne figurent pas dans son champ d'exercice régi par la loi. Il pourrait s'agir, par exemple de directives médicales permettant au personnel infirmier d'exécuter certaines tâches dans des circonstances particulières.

Nous avons également constaté que Santé Canada ne pouvait pas démontrer que les postes de soins infirmiers construits depuis 2009 l'avaient été conformément aux codes du bâtiment applicables. De plus, le ministère n'avait pas corrigé 26 des 30 lacunes relativement aux exigences en matière de santé et de sécurité ou aux codes du bâtiment que nous avons examinés dans les sept postes de soins infirmiers construits avant 2009.

Les lacunes observées étaient entre autres le mauvais fonctionnement des systèmes de climatisation et de ventilation, les escaliers, les rampes et les portes non sécuritaires. Dans l'une des communautés, des spécialistes de la santé ont dû annuler leur visite, car la résidence où ils devaient loger était inhabitable en raison de problèmes concernant l'installation septique. Ces problèmes duraient depuis plus de deux ans.

• (1535)

[Français]

De plus, nous avons constaté que Santé Canada n'avait pas pris en compte les besoins en matière de santé des communautés éloignées des Premières Nations lors de l'affectation de ses ressources de soutien. Par exemple, nous avons noté que la répartition des membres du personnel infirmier affectés aux postes de soins infirmiers se faisait selon des pratiques antérieures, et non pour répondre aux besoins courants de chaque communauté.

Nous avons aussi constaté que Santé Canada avait récemment défini les services de santé essentiels qui doivent être offerts aux postes de soins infirmiers. Cependant, le ministère n'avait pas évalué si chaque poste de soins infirmiers avait la capacité d'offrir ces services, et il n'avait pas non plus communiqué aux membres des Premières Nations les services essentiels qui sont offerts à chacun des postes.

[Traduction]

En ce qui concerne l'accès aux services de santé à l'extérieur de la communauté, nous avons constaté que les membres des Premières Nations inscrits dans le système d'inscription des Indiens avaient accès aux prestations de transport pour raisons médicales, mais que cet accès pouvait être refusé aux membres des Premières Nations qui ne sont pas inscrits.

Nous avons aussi constaté que la documentation de Santé Canada sur l'administration des prestations de transport pour des raisons médicales était insuffisante. Par exemple, le ministère ne disposait pas des documents requis pour démontrer que les prestations de transport demandées étaient nécessaires pour des raisons médicales, de même que pour confirmer que les bénéficiaires s'étaient présentés aux rendez-vous pour lesquels les prestations de transport avaient été demandées.

De plus, Santé Canada s'était engagé à donner aux populations des Premières Nations qui vivent dans des communautés éloignées un accès aux services de santé comparables à celui offert aux autres résidents du Manitoba et de l'Ontario qui vivent dans des emplacements géographiques similaires. De même, nous avons constaté que le ministère n'avait pas recueilli l'information dont il avait besoin pour savoir s'il avait atteint cet objectif.

Nous avons aussi remarqué des déficiences dans la coordination des services de santé entre les secteurs de compétence. Par exemple, nous avons constaté que les comités du Manitoba composés de représentants de Santé Canada et d'autres intervenants n'ont pas été en mesure de trouver des solutions réalistes aux enjeux liés aux divers secteurs de compétence qui ont des répercussions négatives sur l'accès aux services de santé pour les membres des Premières Nations.

[Français]

Cette constatation est importante parce que le manque de coordination entre les secteurs de compétence peut se solder par une prestation inefficace des services de santé auprès des membres des Premières Nations et par de mauvais résultats sur la santé de ces derniers.

Il faut trouver des solutions réalistes pour améliorer la reddition de comptes et faire en sorte que les membres des communautés éloignées des Premières Nations aient accès à des services de santé comparables à ceux offerts aux autres résidents.

Notre rapport contient 11 recommandations visant à améliorer l'accès aux services de santé pour les communautés des Premières Nations vivant dans des régions éloignées et à obtenir de meilleurs résultats quant à la santé des personnes. Santé Canada a accepté toutes ces recommandations.

Monsieur le président, je termine ainsi ma déclaration d'ouverture. Nous nous ferons un plaisir de répondre aux questions des membres du comité.

Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Très bien. Merci, monsieur Ferguson.

Maintenant, du ministère de la Santé, souhaitons la bienvenue à M. Perron, qui est le sous-ministre adjoint principal à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Monsieur, je vous inviterais maintenant à lire vos remarques liminaires et, si vous le voulez bien, à nous présenter aussi votre délégation.

M. Sony Perron (sous-ministre adjoint principal, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé): J'aimerais remercier le président et les membres du Comité des comptes publics de m'avoir invité à prendre la parole aujourd'hui.

[Français]

Les représentants de Santé Canada et moi-même avons examiné le rapport du vérificateur général pour 2015 et avons porté un grand intérêt à ses recommandations. Nous prenons ces conclusions au sérieux et mettons en oeuvre un plan d'action afin d'aborder chacune d'entre elles. Ce plan sera parachevé en collaboration avec nos partenaires des Premières Nations. En effet, comme vous le savez, nous travaillons en collaboration avec les Premières Nations. Ce plan ne pourra donc être finalisé qu'avec un engagement supplémentaire de nos partenaires des Premières Nations.

Le système de soins de santé destiné aux Premières Nations est très complexe. Les provinces n'exploitent pas de système de santé directement dans les réserves. Afin d'aider les Premières Nations, Santé Canada fournit un éventail de services efficaces, durables et culturellement adaptés sur le plan de la prestation. Nous travaillons avec les Premières Nations afin d'accroître le contrôle qu'elles exercent sur les services de santé et nous collaborons avec les provinces afin d'améliorer l'accès à ces services et de promouvoir l'intégration des systèmes.

• (1540)

[Traduction]

Nous appuyons également des programmes répondant aux priorités des Premières Nations en matière de santé mentale, de maladies chroniques, de santé maternelle et infantile, et nous accordons des prestations pour l'ordonnance de médicaments, de soins dentaires, de soins de la vue, pour intervention en cas de crise psychologique, et pour des fournitures et de l'équipement médicaux.

Santé Canada a transféré les programmes et services de santé aux Premières Nations à des degrés divers dans plus de 400 communautés. Ce chiffre n'inclut pas la Colombie-Britannique où, en 2013, Santé Canada a confié son rôle en ce qui touche la conception, la gestion et l'offre de programmes de santé aux Premières Nations de Colombie-Britannique à la nouvelle autorité sanitaire des Premières Nations.

Santé Canada apporte également une aide financière aux Premières Nations afin d'offrir des soins cliniques dans 27 communautés éloignées et isolées, encore une fois, à l'extérieur de la Colombie-Britannique. Santé Canada fournit directement des soins cliniques à 53 autres Premières Nations éloignées et isolées. Le modèle de prestation varie en fonction des particularités de chaque province et de la situation géographique. Les équipes de personnel médical travaillent dans des postes de soins infirmiers, aux côtés de travailleurs communautaires de la santé qui offrent d'autres programmes.

À cause de l'importance de ces services, notre priorité absolue est de garantir l'accès des communautés éloignées aux soins cliniques et aux soins aux clients, de faire en sorte que les postes de soins infirmiers soient correctement dotés et de veiller à ce que les infirmières travaillent dans un milieu sécuritaire et qu'elles aient accès au soutien et aux outils nécessaires.

Les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes sont généralement le premier point de contact au sein des communautés isolées. Elles ont un niveau élevé d'instruction et de qualifications. Afin que nos infirmières soient prêtes à exercer dans des postes éloignés présentant des contraintes particulières, une politique d'éducation nationale définit la formation obligatoire.

J'ai le plaisir d'annoncer que le modèle d'enseignement infirmier de Santé Canada affiche un taux de conformité de 88 % pour les médicaments contrôlés au sein des installations de santé des Premières Nations. La technique spécialisée de réanimation cardiorespiratoire affiche quant à elle un taux de conformité de 63 %; la traumatologie, un taux de 59 %; la réanimation pédiatrique, un taux de 64 % et la vaccination, un taux de 61 %. Le taux de conformité général à la fin du mois d'avril 2015 est de 46 %. Nous avons encore du travail à faire, et nous le faisons tout en nous assurant de disposer des ressources nécessaires pendant que le personnel en place suit sa formation.

Santé Canada s'engage à s'assurer que les infirmières travaillant dans des communautés autochtones éloignées se conforment aux exigences établies dans la fonction publique, en plus d'avoir les qualifications de pointe requises.

[Français]

Les environnements de pratiques éloignées et isolées nécessitent parfois que les infirmières répondent immédiatement à des situations constituant un danger de mort et à d'autres situations d'urgence. Les infirmières ont donc besoin de mécanismes adaptés afin d'assumer ces fonctions importantes.

[Traduction]

Les lignes directrices en matière de pratique clinique aident les infirmières à gérer les situations de soins cliniques et indiquent si la consultation d'un médecin ou d'une infirmière praticienne est nécessaire. Des dispositions existent dans tous les postes de soins infirmiers permettant de faire appel à un médecin, lorsqu'il n'y en a pas dans la communauté. Nous continuons de travailler avec les provinces à l'élaboration de solutions régionales précises dans le but d'offrir davantage de soins médicaux, et nous travaillons avec les organismes de réglementation afin d'aider les infirmières à exercer leur métier.

Un des plus grands défis c'est que nous avons besoin de plus d'infirmiers et d'infirmières. Santé Canada a mis en oeuvre une stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier, dans le cadre de laquelle il y a plusieurs initiatives: un plan de marketing pour le recrutement d'infirmiers et d'infirmières, un programme de perfectionnement en soins infirmiers, un programme de sensibilisation des étudiants et un programme d'accueil.

Depuis ses débuts en février, nous avons reçu plus de 500 demandes dont 200 ont été retenues pour la prochaine étape de vérification. En outre, la stratégie vise à augmenter le nombre d'infirmiers pratiquants, ce qui permettra aux équipes cliniques d'avoir une meilleure stabilité. Cela aidera aussi à atteindre les objectifs en matière de formation et améliorer le niveau de services disponibles au niveau de la communauté.

Les infirmiers, les infirmières et les autres professionnels de soins de santé au niveau communautaire ont besoin d'installations propices à leur emploi. À l'heure actuelle, nous investissons environ 30 millions de dollars chaque année pour les rénovations, des réparations et la construction d'installations de soins de santé ainsi que 44 millions de dollars de plus pour l'entretien et l'exploitation. Les postes de soins infirmiers sont la propriété des Premières Nations et nous participons à leur exploitation.

Nous travaillons avec les collectivités des Premières Nations pour s'assurer que les édifices sont vérifiés et que toute lacune est résolue. Dans le sillage de la vérification, nous mettons en oeuvre un système de suivi bonifié qui englobe ce travail. Nous allons aussi améliorer notre processus afin d'utiliser des rapports de condition d'installation en tant qu'outil pour mieux planifier le travail de rénovation et d'entretien avec les propriétaires.

En outre, pour assurer que les nouvelles installations sont conformes au code, nous avons mis à jour nos exigences d'attestation et avons fait part de ce changement au personnel de gestion desdites installations. La vérification a justement noté que les exigences, telles que la définition actuelle de poste, ne fournissaient pas un niveau convenable d'assurance.

On a aussi fait rapport sur la gestion des transports médicaux. Ce transport fournit une couverture pour appuyer l'accès aux soins de santé pour ceux qui sont assurés. Santé Canada dépense plus de 300 millions de dollars par année sur le transport médical. Environ 60 % de cette somme représentent le transport pour les collectivités isolées ou éloignées. Les raisons principales pour lesquelles on a recours à ce transport sont les urgences dans 24 % des cas, les services hospitaliers dans 10 % des cas, des rendez-vous avec des omnipraticiens dans 7 % des cas et les services dentaires dans 5 % des cas.

Le programme couvre le transport vers l'installation ou le professionnel pertinent le plus proche quand les services requis ne sont pas disponibles au niveau local. Nous voulons fournir un transport médical en temps opportun pour éviter un fardeau indu sur les clients et sur les professionnels en soins de santé. Les décisions sont prises en vertu d'un cadre de programme national et avec une bonne compréhension des services de santé disponibles et des options de transport au niveau régional.

Pour répondre aux recommandations de la vérification, le programme a déjà modifié et publié des lignes directrices pour combler des écarts entre nos pratiques et le cadre de transport médical pour ce qui est du niveau de documentation requis.

● (1545)

[Français]

En ce qui concerne le transport d'enfants non inscrits, Santé Canada autorise depuis longtemps la prise en charge du transport d'enfants âgés de moins d'un an sous le numéro d'enregistrement de leurs parents. Santé Canada poursuivra ses efforts avec ses partenaires afin d'informer les parents et de mettre à leur disposition les documents d'inscription dans les postes de soins infirmiers et les centres de santé.

[Traduction]

Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations mènent un examen conjoint du programme de services de santé non assurés, ce qui comprend le transport pour raisons médicales. Je suis heureux de pouvoir vous dire que ce travail progresse bien. Nous allons cerner les forces et les faiblesses du programme, donc des inefficacités administratives, et formuler des recommandations concrètes.

Les programmes et services financés ou assurés par Santé Canada sont influencés par la situation géographique, par la taille des communautés et par la nécessité d'assurer la sécurisation culturelle. Pour cette raison, comparer différentes communautés n'est pas toujours possible et ne constitue pas toujours la meilleure approche. La planification sanitaire, l'investissement dans l'intégration des services avec les systèmes provinciaux ainsi que l'élaboration de programmes et le développement de capacités au sein des communautés se sont révélés être plus efficaces et plus réactifs avec le temps.

Comme nous l'avons déjà indiqué, Santé Canada finance bon nombre de programmes communautaires ciblant des besoins spécifiques et constituant un complément au programme de soins cliniques et aux clients. Ces programmes sont financés pour répondre aux besoins des collectivités en matière de santé et sont généralement dirigés par les collectivités mêmes. En réaction à la vérification, nous bonifierons notre appui à la planification sanitaire afin d'améliorer l'intégration des programmes communautaires et des services cliniques lorsque ces services sont assurés par Santé Canada. Nous allons aussi dialoguer avec les collectivités afin de revoir le modèle actuel de prestations des services et l'affectation de ressources aux soins cliniques.

[Français]

Le dernier point que j'aimerais aborder concerne la coordination des autorités sanitaires.

Nous travaillons en étroite collaboration avec nos partenaires afin de concevoir des modèles de prestation de services de santé qui tiennent compte des besoins des communautés.

[Traduction]

Nous avons fait des progrès en matière d'intégration des services de santé au cours des 10 dernières années. Nous voyons dans diverses régions des exemples d'augmentation des visites de médecins, d'élargissement des services provinciaux aux réserves, ainsi que d'ententes de collaboration plus fréquentes entre les services de santé communautaires et les régies régionales de santé. Nous disposons maintenant dans la plupart des régions de tables de cogestion et de tables trilatérales afin d'engager des discussions officielles avec nos partenaires des provinces et des Premières Nations et ainsi de promouvoir les pratiques communes et de résoudre les problèmes systémiques. Nous comptons engager systématiquement la participation de ces tables pour remédier aux problèmes importants signalés dans le rapport.

Santé Canada continuera de collaborer avec ses partenaires afin d'élaborer et de mettre en oeuvre d'autres modèles de systèmes de santé dirigés par les Premières Nations, comme ceux justement louangés en Colombie-Britannique. Nous avons présenté un survol de notre plan d'action, qui requiert une participation accrue de nos partenaires des Premières Nations. Nous pensons être en mesure de faire le point de façon plus détaillée à la prochaine occasion, une fois que nos partenaires auront pu formuler leurs suggestions.

En conclusion, nous travaillons sur plusieurs projets en réponse à l'audit et nous allons poursuivre sur notre lancée.

J'aimerais souligner que je suis accompagné aujourd'hui par trois représentants principaux de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada: Valerie Gideon, sous-ministre adjointe, Opérations régionales; Robin Buckland, directrice exécutive, Bureau des soins de santé primaires; et Scott Doidge, directeur général intérimaire, Services de Santé non assurés.

Nous serons heureux de répondre aux questions. Merci.

• (1550)

[Français]

Le président: Merci.

[Traduction]

Chers collègues, nous allons entamer notre période de questions dans l'ordre habituel, en commençant par M. Albas.

À vous la parole, monsieur.

M. Dan Albas (Okanagan—Coquihalla, PCC): Merci à nos témoins de l'expertise dont ils nous font profiter et du travail accompli pour notre pays.

Monsieur le vérificateur général, je suis toujours heureux d'avoir l'occasion de discuter de vos rapports directement avec vous. Dans le rapport que nous étudions, l'accent semble être surtout sur l'Ontario et le Manitoba. Je n'y vois pas beaucoup d'autres exemples, comme celui de la Colombie-Britannique, dont il a été question. Or, je suis un fier citoyen de la Colombie-Britannique.

Pourriez-vous nous dire pourquoi c'est le cas?

M. Michael Ferguson: Bien entendu. Chaque fois que nous effectuons un audit, nous devons prendre des décisions quant à sa portée: ce qu'on peut étudier, ce qu'on peut inclure dans un audit donné. Cette fois-ci, nous avons voulu nous pencher sur les services fournis par Santé Canada aux Premières Nations dans des endroits éloignés. Le modèle récemment adopté en Colombie-Britannique présente des différences marquées. Nous travaillons un peu, à l'heure actuelle, à essayer de comprendre le modèle en question afin peut-être d'en faire le sujet d'une étude à l'avenir.

Il s'agissait vraiment d'identifier le type de Premières Nations que nous pouvions englober, ainsi que la quantité de travail à abattre pour un audit. C'est pourquoi nous avons décidé de cibler l'audit sur les services fournis au Manitoba et en Ontario.

M. Dan Albas: Je comprends votre point de vue mais, quand un vérificateur général soumet un rapport, il est utile d'avoir des comparaisons à l'échelle du pays. Comme nous le savons, Santé Canada travaille avec les Premières Nations. On en compte plus de 660, si je me souviens bien. Comme l'a dit notre témoin plus tôt, la gestion des services relève de différents domaines de compétence. Je serais curieux de prendre connaissance, à un moment donné, du résultat de vos recherches sur la Colombie-Britannique. J'ai de nombreuses Premières Nations dans ma circonscription et la nouvelle régie de santé fait l'objet, à ses débuts, de bonnes évaluations. Mais il s'agit seulement des débuts, si bien que j'apprécierais vos recherches.

Monsieur Perron, les postes de soins infirmiers sont-ils la propriété de Santé Canada ou de la Première Nation concernée ou sont-ils loués à un différent fournisseur? Pourriez-vous éclairer un peu ce point?

M. Sony Perron: Oui. Ces établissements de santé construits sur les réserves sont la propriété de la Première Nation, en vertu de la Loi sur les Indiens. C'est vraiment la communauté de la Première Nation qui en est propriétaire. Voici la façon dont nous travaillons avec la communauté: nous finançons l'initiative par le biais d'ententes de contribution, pour l'entretien, l'exploitation, les rénovationes, les réparations et la construction.

M. Dan Albas: Les Premières Nations concluent souvent ce type d'entente. Prenez la Première Nation de WestBank, dans ma circonscription: si vous entrez dans un magasin dans la réserve, il est en fait loué à bail à un particulier.

Toutes les Premières Nations sont-elles propriétaires des établissements où travaille Santé Canada ou bien louent-elles parfois à des exploitants privés? Comment est-ce que cela fonctionne?

M. Sony Perron: Autant que je sache, les postes de soins infirmiers sont la propriété des Premières Nations dans toutes les régions. Je demanderais peut-être à ma collègue Valerie si elle connaît des exceptions à la règle.

D'habitude, le poste de soins infirmiers est la propriété de la collectivité des Premières Nations. Il est exploité par un directeur de la santé également embauché par la collectivité. Si nous fournissons directement les soins cliniques, toutes les infirmières de Santé Canada travaillent dans l'établissement en question, avec les agents de santé communautaire.

• (1555)

M. Dan Albas: Si je vous pose la question c'est que, en tant que député, je me suis trouvé à l'édifice de la Confédération et à celui de la Bravoure. Le premier est la propriété de Travaux publics, qui en est ainsi l'exploitant; le deuxième est loué à bail. Or, les règles et processus dans chaque bâtiment sont complètement différents. Je me demandais donc si tel était le cas dans votre domaine.

En matière de gouvernance, vous avez dit dans vos remarques d'ouverture que vous collaborez avec les collectivités des Premières Nations. J'imagine que chaque collectivité est différente: des populations différentes, des budgets différents, des priorités différentes. À titre d'exemple, les soins dentaires et le diabète sont des problèmes majeurs pour la bande indienne de Penticton.

Comment affrontez-vous la question? Est-il difficile de veiller à ce que les établissements respectent les normes de Santé Canada, mais aussi les priorités de chaque Première Nation?

M. Sony Perron: Vous posez en fait plusieurs questions en une. Je vais tâcher d'y répondre.

Tout d'abord, un projet de construction comme un centre de soins infirmiers coûte entre 12 et 15 millions de dollars. C'est donc un projet relativement important, qui se présente rarement pour certaines collectivités. Il nous faut donc travailler avec elles à la planification, au renforcement de capacités et à la gouvernance permettant de gérer ce type de projet. Comme nous effectuons un ou deux projets par an, nous avons la possibilité de travailler en amont pour établir l'entente de contribution et déterminer les étapes du projet.

Le travail en amont inclut également, dans certaines régions, la conception et une consultation avec notre équipe. Nous avons des ressources dans chaque région — sauf en Colombie-Britannique, où cette fonction est maintenant assurée par l'autorité sanitaire des Premières Nations — pour fournir l'expertise permettant de mener les projets à bien. Nous travaillons de concert. C'est un modèle qui repose vraiment sur des ententes de contribution. Au bout du compte, c'est la collectivité qui embauche pour la construction l'entrepreneur général, le plombier, l'électricien, voire l'architecte et l'ingénieur si besoin est.

L'un des défis est l'acheminement des matériaux vers des communautés véritablement isolées dans le Nord, celles dont nous parlons aujourd'hui. Il faut alors planifier ces projets de postes de soins infirmiers deux ou trois ans à l'avance afin que les matériaux soient sur place quand viendra le temps de les mettre en chantier.

Le président: Très bien, merci. Je crois que votre temps est écoulé.

Monsieur Allen, à vous la parole.

M. Malcolm Allen (Welland, NPD): Merci à nos invités.

Monsieur Perron, laissez-moi commencer par vous. À la page 3 de votre témoignage écrit, vous fournissez quelques statistiques. J'ai une question assez simple: est-ce qu'elles comprennent la Colombie-Britannique ou est-ce qu'il s'agit seulement du Manitoba et de l'Ontario?

M. Sony Perron: Elles n'englobent pas la Colombie-Britannique parce que nous ne suivons plus les opérations du côté de la Colombie-Britannique. Nous pouvons toutefois poser la question, vu que nous avons des liens avec eux.

M. Malcolm Allen: Je voulais juste m'assurer de ne pas comparer des pommes avec des oranges. Histoire de clarifier les choses, quand je regarde vos chiffres et ceux du rapport du vérificateur général, ils portent bien sur les mêmes entités?

M. Sony Perron: En fait, ils englobent aussi des statistiques pour le Québec et l'Alberta, où nous fournissons des soins cliniques. Ils se rapportent donc à l'Ontario, au Québec, au Manitoba et à l'Alberta.

M. Malcolm Allen: Il s'agit donc en fait d'une comparaison entre des pommes et des poires — mais pas entre des pommes avec des pommes.

Je constate que vos chiffres et ceux du vérificateur général ne sont pas les mêmes. Ils ne sont pas les mêmes statistiquement, mais ils n'ont pas les mêmes comparateurs. Vous tenez compte de quatre provinces; lui, de deux. Il indique clairement à la page 6 à la rubrique « Ce que nous avons examiné » que son échantillon porte sur 45 infirmières de Santé Canada, c'est-à-dire 24 au Manitoba et 21 en Ontario.

Monsieur Ferguson, j'ai une question pour vous. Avez-vous étudié le Québec ou l'Alberta ou une autre province pour le tableau qui figure à la page 7 de la version française, la pièce 4.2?

M. Michael Ferguson: Non. Je voudrais toutefois préciser que, comme nous l'avons fait dans la partie « À propos de l'audit », en choisissant de nous pencher seulement sur l'Ontario et le Manitoba, nous avons pu étudier 64 % des 85 Premières Nations vivant dans des lieux éloignés.

M. Malcolm Allen: D'accord.

Le problème que j'ai, monsieur Perron, est que vous indiquez un taux de conformité d'ensemble de 46 %. Le vérificateur général a, pour le Manitoba et l'Ontario, un taux de conformité bien moindre. L'ennui, c'est que je n'arrive pas à faire le tri entre vos chiffres et ceux du vérificateur général, à moins que vous ne nous fournissiez des statistiques pour le Manitoba et l'Ontario. Les avez-vous sous la main?

D'autre part, en avril de cette année, vos chiffres sont-ils meilleurs que ceux indiqués dans le rapport du vérificateur? Et si oui, quels sont-ils?

• (1600)

M. Sony Perron: Je regrette, nous aurions pu vous donner une ventilation par province. Je n'ai pas cela sous la main.

Robin, est-ce que nous avons ces chiffres? Oui, d'accord. Je vais laisser Robin vous fournir les détails pour le Manitoba et l'Ontario.

J'ajouterai que quand l'équipe d'audit a fait son travail, elle a aussi constaté une lacune au plan de la documentation. Si certains chiffres ne sont pas bien documentés, c'est à cause de notre manque d'organisation dans ce domaine. Nos chiffres sont...

M. Malcolm Allen: Là, je dois vous interrompre. Si votre ministère n'est pas en mesure de fournir sa propre documentation à l'appui des systèmes avec lesquels il travaille, c'est un point à son encontre. L'idée même de prouver au vérificateur général, puis au Parlement, que votre système fonctionne repose sur votre capacité de fournir de la documentation à l'appui. C'est une lacune dans votre ministère, monsieur. Je ne pense pas que vous puissiez l'imputer à quelqu'un d'autre.

Monsieur Perron, à la page 6 de son rapport, au paragraphe 4.26, le vérificateur général indique que le fait que l'ensemble du personnel infirmier n'ait pas effectué toute la formation obligatoire exigée par Santé Canada a déjà été signalé dans un rapport précédent, en 2010. Plus tard dans le rapport de cette année, à la page 26 de la version française, au paragraphe 4.115, il le rappelle en affirmant ceci: « La nécessité de déterminer si Santé Canada fournissait aux Premières Nations un accès comparable à celui offert aux autres résidents avait également été soulevée [...] en 2010. »

Le vérificateur général souligne donc ainsi à deux reprises qu'il vous avait déjà signalé le problème en 2010. Je ne sais pas si vous étiez en poste à ce moment-là, monsieur Perron, mais votre ministère était au courant. À la suite du rapport de 2010, vous aviez fourni un plan d'action à notre comité où vous vous engagiez fermement. Dans l'échéancier, figuraient des jalons comme juin 2011, avril 2010, décembre 2010 et mars 2011. Nous sommes maintenant en mai 2015, cinq ans plus tard. Si j'étais votre enseignant, je dirais que vous avez tous échoué.

Êtes-vous en mesure de dire pourquoi cela n'a pas été fait? Pourquoi le vérificateur général doit-il à nouveau constater ces lacunes et vous en demander les raisons? Nous voulons des explications.

M. Sony Perron: Je vous remercie de la question.

Le retard en matière de formation est essentiellement dû au caractère du recrutement et du maintien en poste. Nous avons un fort roulement d'infirmières.

Notre priorité est de veiller à avoir des infirmières en poste pour assurer des services sans interruption. Ce n'est pas une excuse pour ne pas respecter nos propres normes de formation obligatoires, je l'admets, mais c'est un problème auquel nous nous efforçons de remédier.

Parallèlement, nous déployons des efforts considérables pour améliorer nos résultats en matière de formation, tout en exécutant une stratégie de recrutement vraiment ambitieuse. Nous espérons être en mesure de stabiliser la main-d'oeuvre, car pour assurer la formation obligatoire — qui doit être répétée chaque année ou tous les deux ans dans certains cas —, il nous faut une main-d'oeuvre stable. Chaque fois que nous perdons une infirmière, il nous faut repartir à zéro, avec une nouvelle infirmière qui peut entrer en poste sans avoir ni l'expérience ni la formation voulues.

C'est un problème fondamental en matière de formation, cette capacité à stabiliser la main-d'oeuvre. Nous continuons à souffrir d'un fort roulement des infirmières, mais notre stratégie de recrutement commence à porter ses fruits et devrait nous permettre de stabiliser la main-d'oeuvre, ainsi que d'améliorer nos résultats en matière de formation.

Le président: Très bien, merci. Votre temps est écoulé.

La parole est maintenant à vous, monsieur le vice-président.

M. John Carmichael (Don Valley-Ouest, PCC): Merci, monsieur le président.

Bienvenue à nos témoins aujourd'hui et au vérificateur général, M. Ferguson.

Monsieur Perron, j'aimerais commencer par vous, en enchaînant sur la lancée des questions posées par mon collègue d'en face. Je voudrais parler des qualifications que les infirmières doivent obtenir dans leur province avant d'être employées dans les postes de soins infirmiers. Commençons par là. Pouvez-vous nous en dire plus long sur les qualifications requises pour trouver une personne clairement en mesure d'effectuer le travail?

M. Sony Perron: Monsieur Carmichael, je vais faire une petite introduction et laisser Robin Buckland vous donner des détails à ce sujet.

Pour être employé par Santé Canada, il faut être une infirmière autorisée dans la province où sera fourni le service. Nous avons parfois des infirmières qui sont autorisées dans plus d'une province, ce qui nous permet de les faire pratiquer dans plus d'une province.

Robin est probablement mieux placée que moi pour nous en dire un peu plus sur les titres de compétences que doivent avoir les infirmières qui souhaitent travailler pour Santé Canada.

Mme Robin Buckland (directrice exécutive, Bureau des soins de santé primaires, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé): Merci, Sony.

Je suis infirmière autorisée et ce depuis 27 ans. Pour devenir infirmière autorisée, il faut achever un programme de soins infirmiers. Presque partout au pays, c'est un programme du niveau du baccalauréat; il faut un diplôme universitaire en soins infirmiers. Au Québec, on est en mesure de pratiquer en fait avec un diplôme collégial, au sortir du CEGEP. L'école de soins infirmiers enseigne les compétences de base requises pour fonctionner comme infirmière autorisée.

En règle générale, les infirmières sortant des écoles de soins infirmiers sont des généralistes. Elles sont en mesure de pratiquer dans toute une gamme de domaines.

Dans des emplacements éloignés et isolés, il est nécessaire d'avoir d'autres compétences. Comme l'indique le rapport, les infirmières sont souvent le seul prestataire de soins de santé dans la collectivité et le premier point de contact pour le patient. Elles doivent être en mesure d'intervenir quelle que soit la situation: une urgence, un traumatisme. Il leur faut les compétences pour y faire face. C'est pourquoi Santé Canada a dégagé les soins avancés en réanimation cardiovasculaire, les soins avancés en réanimation pédiatrique, la traumatologie et les autres cours figurant dans la liste des cinq cours que nous requérons. Ce sont des compétences clés que doivent posséder les infirmières autorisées pour répondre aux besoins de la collectivité, en plus de toutes les autres.

● (1605)

M. John Carmichael: Robin, vous avez parlé des compétences de base. Comme je suis loin d'être dans le domaine médical, pourriez-vous expliquer si le type de qualifications requises chez les infirmières qui deviennent seules prestataires de soins de santé pour des Premières Nations et des collectivités isolées sont assez répandues au pays ou s'il s'agit d'un niveau de départ qu'il est nécessaire d'améliorer?

Mme Robin Buckland: Nous nous attendons à ce que les infirmières aient ces compétences. C'est un commencement, mais cela ne s'arrête pas là. Outre ces compétences, que je qualifierais de plus hautement techniques, il faut aussi toute une série de compétences supplémentaires, dont des compétences culturelles, si l'on veut fournir des soins de santé sûrs.

Les infirmières sont souvent le seul prestataire et le premier point de contact, mais notre objectif est d'avoir une équipe en place au sein du poste de soins infirmiers. Les infirmières ont accès à des infirmières praticiennes, à des médecins, soit en personne, soit par téléphone ou par liaison cybersanté. Nous aimons veiller à ce qu'elles aient accès à une équipe pluridisciplinaire.

Je vais en rester là. Je ne suis pas sûre d'avoir pleinement répondu à votre question.

M. John Carmichael: Vos explications et le rapport montrent clairement que chacun de ces individus est essentiel pour les soins dans la collectivité.

Vous avez parlé de roulement. Vous perdez une infirmière, une personne clé, et son départ crée une lacune majeure.

Pourriez-vous nous expliquer un peu le processus de recrutement et la façon dont vous comblez cette lacune? Vous avez parlé d'une équipe. Combien d'équipes existe-t-il et dans combien d'endroits y a-t-il une seule praticienne?

Mme Robin Buckland: Nous avons très peu de postes de soins infirmiers comptant moins de deux infirmières. En règle générale, nous tâchons de veiller à ce qu'il y ait au moins une équipe de deux personnes. Nous avons 53 postes de soins infirmiers situés, comme Sony l'a indiqué, en Alberta, au Manitoba, en Ontario et au Québec.

Excusez-moi, j'ai oublié la deuxième partie de votre question.

M. John Carmichael: Pourriez-vous parler brièvement du recrutement? Manifestement, c'est un élément intégral de la stratégie.

Le président: Je vous demanderais d'être très brève.

Allez-y, s'il vous plaît.

Mme Robin Buckland: Bien.

Nous travaillons fort — et je crois que cela répond en partie à la question de votre collègue qui se demandait comment nous avons réussi à nous rendre aussi loin sans suivre notre formation — mais le taux de roulement est très élevé. Nous recrutons dix infirmières puis nous en perdons cinq. C'est très difficile. Lorsqu'une infirmière quitte la collectivité pour obtenir sa formation, nous travaillons fort pour la remplacer afin de maintenir l'accès aux mêmes services dans la collectivité. On accomplit ceci de différentes façons pour s'assurer que le service se poursuive.

Le président: Très bien. Merci. Votre temps est écoulé.

À vous monsieur Giguère.

[Français]

M. Alain Giguère (Marc-Aurèle-Fortin, NPD): Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à M. Ferguson. Elle est d'ordre un peu plus général.

Ce n'est pas le premier rapport que vous nous soumettez sur des questions relatives aux Premières Nations. D'une façon extrêmement désagréable, ces rapports nous apprennent systématiquement que les Premières Nations n'ont pas tous les services auxquels elles pourraient s'attendre. Les promesses qu'on nous fait sont souvent peu ou pas réalisées.

Y aurait-il au Canada, en termes de services, un critère pour les Canadiens et un autre pour les Premières Nations? En effet, compte tenu du nombre de rapports déposés au cours des dernières années indiquant que les Premières Nations ont toujours des services de mauvaise qualité, la question se pose. Pour la fonction publique, y a-t-il deux normes? Sinon, comment expliquez-vous qu'encore une

fois un rapport indique que les Premières Nations n'obtiennent pas ce qu'elles devraient recevoir?

• (1610)

M. Michael Ferguson: Je pense que, de façon générale, ce que nous observons ici est similaire à d'autres problèmes que nous avons constatés dans le cadre d'autres audits concernant les Premières Nations.

[Traduction]

Je crois que les ministères ont dit qu'il y avait certaines normes à respecter, certains niveaux à atteindre, mais ils n'atteignent pas le but. Encore une fois, dans le cas qui nous intéresse, il s'agit d'infirmières qui devaient suivre une formation et qui ne le faisaient pas.

Comme on l'a mentionné précédemment, certains de ces problèmes sont connus depuis un certain temps, mais ils n'ont pas été réglés. Au cours des dernières années, nous avons fait des audits sur les services de police des Premières Nations et aussi sur les interventions d'urgence chez les Premières Nations, et je vous dirais que les problèmes cernés ici sont semblables aux problèmes cernés dans ces autres audits.

Nous ne nous sommes pas penchés sur une perspective globale dans le but de comprendre les raisons pour lesquelles ces problèmes persistent. Bien entendu, nous parlons de Premières Nations qui vivent en régions éloignées mais, néanmoins, je ne crois pas que cela justifie le fait que les ministères ne respectent pas leurs propres normes, les exigences qu'ils ont établies eux-mêmes pour les services à fournir aux Premières Nations.

[Français]

M. Alain Giguère: Monsieur Ferguson, au point 4.4, vous parlez des déterminants sociaux qui représentent l'un des éléments essentiels qui nuisent le plus à la santé des membres des Premières Nations. Vous parlez notamment du surpeuplement des logements, du taux élevé de chômage et des problèmes d'accès à de l'eau potable. Ces problèmes font que les Premières Nations ont à l'heure actuelle une espérance de vie largement inférieure à celle de l'ensemble de la population canadienne. Les données de Statistique Canada indiquent que ces problèmes sont vraiment majeurs et que, malheureusement, avec la croissance très importante de la population des Premières Nations, il s'accroît plutôt que de se régler.

Vous nous avez parlé de la coordination entre les divers intervenants. Dans la mesure où la prévention et la santé publique sont des éléments importants de l'accès à la santé, j'aimerais savoir si, en termes de coordination, le ministère fait un effort pour régler des problèmes qui agressent la santé des membres des Premières Nations, comme par exemple le manque d'accès à de l'eau potable, le surpeuplement des logements et le mauvais suivi en matière de soins psychologiques, qui a comme conséquence des taux de suicide très élevés.

Est-ce qu'un effort est vraiment fait en vue de s'attaquer à ces problèmes? On ne parlera même pas des problèmes d'alimentation, qui sont majeurs partout au Canada.

[Traduction]

M. Michael Ferguson: Je ne veux certainement pas minimiser les enjeux qui se trouvent ici. Je pense que si vous lisez nos conclusions, vous verrez que nous avons dit que le ministère n'a pas une garantie raisonnable que ces Premières Nations avaient accès aux services et au transport médical. Mais je ne veux pas non plus minimiser la complexité de l'environnement dans lequel les infirmières travaillent et les défis auxquels elles sont confrontées, dont les défis liés aux déterminants sociaux.

En gros, au cours de cet audit, nous avons découvert qu'il y avait de nombreux aspects que les ministères pouvaient améliorer et qu'ils avaient le pouvoir de le faire. Malgré la complexité de la situation et des obstacles à surmonter, les ministères pouvaient faire mieux.

Cela dit, le ministère a acquiescé à nos recommandations. Il a dit qu'il allait mettre en oeuvre nos recommandations. Dans cet audit, nous avons formulé 11 recommandations, ce qui est plus que ce que nous formulons dans bien des audits. Si un ministère peut mettre en place des mesures pour régler les problèmes que nous avons relevés, pour suivre les recommandations que nous avons formulées, nous croyons qu'il est possible pour le ministère d'améliorer sensiblement les services offerts aux Premières Nations dans des régions éloignées.

• (1615)

[Français]

Le président: Monsieur Giguère, votre temps est écoulé. Je vous remercie.

[Traduction]

Nous allons passer à M. Hayes. Vous avez la parole, monsieur.

M. Bryan Hayes (Sault Ste. Marie, PCC): Monsieur Perron, je suis à la page 18 du rapport du vérificateur général, pièce 4.3. Il s'agit d'un tableau qui contient quelque chose que je ne comprends pas.

En ce qui a trait à l'autorisation préalable des escortes non médicales, dans toutes les circonstances qui se sont produites, c'est-à-dire 18 sur 18 au Manitoba et 14 sur 14 en Ontario, je ne comprends pas comment on a pu autoriser au préalable une escorte non médicale sans même savoir que le transport médical était requis. Je veux comprendre cette autorisation préalable.

M. Sony Perron: Le programme des services de santé non assurés est un programme de quasi assurance. Il confirme que la protection et le paiement seront fournis au fournisseur, qu'il s'agisse de la compagnie aérienne, de l'autobus, de l'hôtel ou du restaurant pour les repas du client.

Chaque fois qu'une personne doit quitter une collectivité éloignée, elle va au poste de soins infirmiers. Le poste de soins infirmiers communique ensuite avec le Bureau régional de Santé Canada et dit que le patient doit se déplacer à un endroit pour un rendez-vous avec un médecin, par exemple, pour un rayon X. Notre agent va vérifier si le client est inscrit et si la demande est admissible au titre du cadre, puis confirmera avec tous les fournisseurs qui vont aider le client à se rendre à son rendez-vous que nous allons assumer les coûts de ces services.

M. Bryan Hayes: Dans ce cas particulier, les 50 demandes, pouvons-nous présumer que toutes ces personnes étaient inscrites au système d'inscription des Indiens d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada ainsi qu'au système de vérification du statut de Santé Canada?

M. Sony Perron: Oui. C'est dans la même base de données. Ces deux systèmes sont reliés. Nous utilisons le système d'inscription des Indiens d'AADNC comme source d'information.

M. Bryan Hayes: Pour ce qui est de l'inscription, quelqu'un peut-il voir sa demande refusée s'il a besoin d'une attention médicale urgente et de transport, mais n'est pas inscrit? Pourrait-il bénéficier du transport?

M. Sony Perron: Dans les collectivités éloignées et isolées surtout, quand quelqu'un a besoin d'être évacué d'urgence, nous n'empêchons pas que les soins de santé soient prodigués pour des raisons administratives.

La personne est évacuée par voie aérienne ou elle se rendra en ambulance à un point de service. Ce n'est qu'après coup que nous confirmerons que la personne est inscrite. Si cela arrive à une personne qui n'est pas inscrite, nous devons alors envoyer la facture pour les services d'ambulance à quelqu'un d'autre, mais cela n'empêche pas les personnes d'avoir accès à des transports d'urgence.

M. Bryan Hayes: Alors, pourquoi l'inscription n'est-elle pas obligatoire?

M. Sony Perron: C'est un choix individuel. Si une personne veut s'inscrire et devenir un Indien en vertu de la Loi sur les Indiens, c'est à elle de prendre cette décision. Généralement, ce sont les parents d'un nouveau-né qui vont décider de remplir les papiers, de fournir les preuves et de s'inscrire avec Affaires indiennes, mais lorsque vous êtes inscrit en tant que membre des Premières Nations vous ne pouvez pas vous désinscrire.

C'est une décision importante, et nous comprenons que divers facteurs ont une incidence sur la décision de s'inscrire ou pas.

M. Bryan Hayes: Dans votre déclaration liminaire, vous avez dit, je crois, que c'était environ 300 millions de dollars qui étaient consacrés au service de transport. Quel pourcentage est réservé à l'accès par voie aérienne? Pourriez-vous parler un peu du programme d'accès à l'évacuation médicale qui existe pour les réserves en région éloignée?

M. Sony Perron: Dans toutes les régions du Canada, nous tentons de travailler aussi étroitement que possible avec les régimes de santé provinciaux et territoriaux pour assurer que les clients, qu'ils soient membres des Premières Nations ou Inuits, profiteront d'un même accès au transport d'urgence, où qu'ils vivent. Dans certaines provinces, il existe un modèle en vertu duquel tous les résidents de la province sont couverts par la province et ne feront que participer aux coûts. D'autres provinces excluent de facto les Premières Nations et les Inuits, donc nous payons la totalité de la facture.

Il existe un protocole pour qu'il ne soit pas nécessaire de nous appeler d'abord, pour que ce soit l'évacuation de la personne qui prime. Il s'agit simplement d'une procédure administrative pour décider qui paiera la facture pour le transport d'urgence. Dans certaines provinces où nous avons de bonnes ententes, je dirais que cela se fait de façon harmonieuse. Dans d'autres provinces, nous travaillons à rendre le processus encore plus harmonieux.

Dès qu'il est possible d'avoir un protocole avec les autorités de santé régionales ou le régime de santé provincial, nous laisserons ces partenaires décider du transport puis nous entrerons en jeu après le fait pour régler les détails administratifs et financiers pour que les gens obtiennent les services.

• (1620)

Le président: Vous avez 15 secondes.

M. Bryan Hayes: C'est bon.

Merci, monsieur le président.

Le président: J'apprécie votre attention. Merci, monsieur Hayes.

Je vois que nous avons M. Casey avec nous, qui n'est pas un membre habituel du comité, mais qui est ici aujourd'hui. Bienvenue à vous, monsieur, vous avez la parole.

M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.): Merci, monsieur le président, je peux vous assurer que je ne suis pas un membre habituel du comité.

Monsieur Ferguson, vous avez écrit dans votre rapport qu'il y avait des infirmières qui ne travaillaient pas dans leur champ de pratique. Vous avez trouvé des lacunes assez importantes dans la conformité au programme de formation obligatoire.

Avant d'être député, je défendais des poursuites judiciaires dont un grand nombre impliquait des fautes professionnelles médicales. En lisant vos conclusions, je me disais que ce serait la fête pour les avocats des plaignants.

Je ne sais pas si ma question devrait s'adresser à vous, monsieur Ferguson, ou plutôt à M. Perron. À la lumière des lacunes relevées dans la conformité à la formation obligatoire et étant donné que le champ de pratique n'est pas toujours respecté, le ministère ou ses employés ont-ils déjà été poursuivis en raison des lacunes identifiées par le vérificateur général?

M. Sony Perron: Non. Lorsqu'il y a un incident, nous l'examinons en collaboration avec les autorités réglementaires ou le coroner pour tirer des leçons de ces situations, mais non.

M. Sean Casey: Si je ne m'abuse, les infirmières que vous employez doivent avoir une assurance en responsabilité civile. Si tel est le cas, leur cote a-t-elle été affectée par les lacunes cernées dans le rapport avant qu'il soit publié?

M. Sony Perron: Encore une fois, pour autant que j'en sache, la réponse est non. Je n'ai pas eu connaissance de cela.

Robin, avez-vous quelque chose à ajouter à ma réponse?

Mme Robin Buckland: Je crois que votre question portait sur l'assurance-responsabilité obligatoire.

M. Sean Casey: Oui, et la cote a-t-elle changé en raison des lacunes relevées?

Mme Robin Buckland: Les infirmières doivent avoir une assurance, comme vous le savez. Le gouvernement fédéral fournit une protection à toutes les infirmières qui travaillent avec nous au sein de la Direction de la santé des Inuits et des Premières Nations. Il en va de même pour celles qui travaillent ailleurs au sein du gouvernement fédéral. Je ne suis pas au courant d'une quelconque augmentation découlant de cette situation.

M. Sean Casey: D'accord, donc leurs primes d'assurance-responsabilité professionnelle n'ont pas augmenté en fonction de l'expérience des années récentes. C'est bien cela?

Mme Robin Buckland: C'est exact.

M. Sean Casey: Merci.

Nous avons récemment vu que la GRC n'a pas respecté la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail au Nouveau-Brunswick, en raison du piètre équipement à leur disposition. Quand on lit dans le rapport qu'une installation septique a empêché l'embauche d'infirmières pendant deux ans ou qu'il y avait des joints défectueux dans la porte de la salle des rayons X, la même question se pose. Des agents de santé et sécurité au travail provinciaux ont-ils fait enquête sur le ministère en raison de ces infractions?

M. Sony Perron: Non.

M. Sean Casey: Évidemment, au cours des quatre dernières années, le gouvernement s'est surtout attardé à rééquilibrer le budget. Ils ont imposé le plan d'action de réduction du déficit. Il y a eu des compressions majeures dans la fonction publique.

Votre ministère a-t-il été épargné, et si ce n'est pas le cas, comment ces compressions ont-elles affecté les aspects cernés dans le rapport?

M. Sony Perron: Il n'y a pas eu de réduction dans le programme de soins cliniques ou dans les services de transport médical non assurés, qui étaient les deux éléments faisant l'objet de cet audit. En fait, nous avons eu un réinvestissement en 2012-2013 dans les soins cliniques, car les coûts augmentaient surtout en raison du fait que nous avions un fort roulement et que nous dépendions donc des infirmières d'agences. Nous avons encore souvent recours à des infirmières d'agence en raison des postes vacants dans la direction. Donc non, il n'y a pas eu de réduction, mais plutôt des investissements supplémentaires pour compenser les coûts accrus.

Si je peux ajouter quelque chose, nous espérons grandement que notre investissement dans le recrutement et le maintien de l'effectif nous permettra d'utiliser une partie des ressources qui sont actuellement affectées aux agences pour améliorer les services à la collectivité, car il est très coûteux de s'en remettre aux infirmières d'agences pour pourvoir les postes vacants au sein des postes infirmiers.

Nous espérons grandement pouvoir mieux utiliser nos fonds, car nous savons que le comité des comptes publics se préoccupe aussi beaucoup des économies. Nous avons la possibilité de changer le modèle d'affaires pour améliorer nos services en réinvestissant les fonds que nous dépensons actuellement pour embaucher des infirmières d'agences dans le programme de soins cliniques.

•(1625)

Le président: Très bien. Merci. Votre temps est écoulé.

On poursuit avec M. Aspin. À vous la parole.

M. Jay Aspin (Nipissing—Timiskaming, PCC): Bienvenue, monsieur le vérificateur général et mesdames et messieurs du ministère de la Santé.

J'ai une question d'ordre général pour commencer. Quel est le processus de participation aux niveaux national et provinciaux avec les Premières Nations et les provinces?

M. Sony Perron: C'est une question importante, car nous croyons que le meilleur moyen d'améliorer les soins de santé — pas seulement les soins cliniques, mais bien tous les soins de santé — passe par l'intégration des soins de service en donnant aux Premières Nations un plus grand contrôle de ces services. Je crois qu'un des députés a mentionné le modèle de la Colombie-Britannique, qui est probablement le modèle le plus intégré que nous ayons à l'heure actuelle. Depuis 2013, nous avons transféré toutes les opérations, et ce modèle relève désormais entièrement de l'autorité sanitaire des Premières Nations et profite de la participation importante du gouvernement de la province.

Voilà le meilleur moyen d'intégrer les services pour maximiser les retombées de l'investissement et pour éviter les problèmes que nous avons avec certaines administrations, car on ne sait pas toujours qui fait quoi et pourquoi il le fait. Je crois que lorsque vous avez un modèle comme celui qui existe en Colombie-Britannique, ces questions ne sont plus importantes. Ce qui importe, c'est que les services et les soins soient offerts de façon continue à la collectivité.

Dans toutes les provinces, nous avons des tables de cogestion avec les Premières Nations, et dans la plupart des provinces, nous avons des tables trilatérales qui se penchent sur l'intégration des services. Malheureusement, je vous dirais qu'au cours des dernières années, nous n'avons pas accordé beaucoup d'attention aux soins cliniques. Une des priorités capitales pour nos partenaires des Premières Nations, et bien souvent pour les provinces aussi, a été la question de la santé mentale, mais nous avons d'ailleurs accompli beaucoup de progrès à ce chapitre.

Je vais demander à ma collègue Valerie Gideon de vous dire où en sont les initiatives principales qui font l'objet de discussions aux tables de concertation régionales et trilatérales.

Mme Valerie Gideon (sous-ministre adjointe, Opérations régionales, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé):

Très rapidement, nous avons une table trilatérale en Ontario avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Nous avons aussi une table de concertation pour le Nord que nous avaient demandée les Premières Nations de cette région et, à cette table, qui se rencontre depuis cette année seulement, nous prévoyons que nous allons beaucoup parler des soins cliniques, des soins aux clients et du transport médical, et que nous allons collaborer avec les Premières Nations quant aux mesures de suivi qui seront prises.

Au Manitoba, nous avons depuis plusieurs années un comité composé surtout de fonctionnaires subalternes, et il s'agit maintenant d'un comité regroupant des sous-ministres adjoints, avec la province du Manitoba, le grand chef de l'Assemblée des chefs du Manitoba et moi-même. De plus, grâce à cette table, nous allons faire participer les Premières Nations du Manitoba aux mesures que nous prendrons suivant ce rapport pour assurer que nous faisons la surveillance du progrès et du partenariat avec les Premières Nations.

Voilà simplement deux exemples qui se rapportent à cet audit, mais il y en a davantage partout au pays. Nous avons aussi des ententes de partenariat national avec l'Assemblée des Premières Nations et avec l'Inuit Tapiriit Kanatami, que nous avons ratifiées cette année.

M. Jay Aspin: Merci.

Quel est l'avantage de l'accréditation dans l'amélioration des services de santé au sein des collectivités des Premières Nations? Selon vous, quels progrès ont été accomplis en ce sens?

M. Sony Perron: L'accréditation est une mesure utilisée dans les régimes de santé provinciaux et territoriaux pour assurer la qualité du service dans ces institutions. On parlait de comparabilité un peu plus tôt; il faut appliquer les mêmes normes dans les postes de soins infirmiers dans les collectivités isolées et éloignées pour faire en sorte que les services soient de même qualité.

Robin, peut-être pourriez-vous nous dire où nous en sommes avec le processus d'accréditation.

Mme Robin Buckland: Oui. Nous travaillons fort pour améliorer l'adhésion à l'accréditation aux services de santé prodigués aux collectivités des Premières Nations. En 2014, nous avons 87 centres

de santé — ce chiffre ne comprend pas les postes de soins infirmiers — qui ont été accrédités ainsi que 43 centres de traitement.

L'objectif de l'accréditation est d'améliorer constamment le processus et de travailler en fonction de normes auxquelles peuvent se comparer le service de santé ou le poste de soins infirmiers dans le but d'améliorer sans relâche la qualité des soins offerts.

Je réitère que depuis 2013, nous nous sommes beaucoup attachés à renforcer la capacité des membres adhérents des Premières Nations pour qu'ils offrent eux-mêmes les services de santé. La prochaine composante de notre stratégie vise à évaluer ce que l'on peut faire pour augmenter l'adhésion des postes de soins infirmiers au processus d'accréditation, tant les postes gérés par Santé Canada que ceux gérés par les Premières Nations. Au Canada, nous n'avons qu'un poste de soins infirmiers d'accrédité, et il est géré par une collectivité autochtone au Québec. Nous avons donc beaucoup de pain sur la planche, mais l'avenir est prometteur, et nous nous engageons à faire passer ce chiffre à 18 d'ici l'année 2018.

• (1630)

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Aspin. Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Allen.

M. Malcolm Allen: Monsieur Ferguson, je remarque que le chapitre 4 de votre rapport du printemps comporte 11 recommandations. Je siége en tant que député depuis un certain nombre d'années et je ne me souviens pas du dernier rapport qui comptait 11 recommandations. C'était peut-être le rapport sur le F-35 et je crois que même celui-là ne comptait pas 11 recommandations. Est-ce que c'est un nombre assez élevé de recommandations pour votre ministère? D'après mon expérience, ce n'est pas la norme, mais je me demandais si, selon vous, c'était un nombre moyen de recommandations pour le ministère.

M. Michael Ferguson: En fonction des récentes vérifications, je pense que 11 recommandations, c'est beaucoup. Selon moi, dans le cadre de cette vérification, le genre de choses que nous remarquons portaient sur des éléments bien précis de sorte qu'il était facile de formuler des recommandations pour chacune des composantes que nous avons examinées.

M. Malcolm Allen: Monsieur Perron, je ne pense pas que c'est vous qui l'avez dit; je pense que c'est Mme Buckland qui m'a donné le chiffre. Vous avez parlé de maintien en poste. Je pense qu'en moyenne, vous avez dit en recruter dix et en perdre cinq. Est-ce exact?

Mme Robin Buckland: C'est exact.

M. Malcolm Allen: J'imagine que c'est le cas. Je n'ai aucune idée du salaire que vous leur versez et je ne veux pas le savoir. Mais lorsque j'examine le rapport du vérificateur général, il parle de mécanismes qui appuient la portée et de travailler au-delà de la portée.

Sur une note personnelle, mon épouse est infirmière. Elle est autorisée à exercer son métier en Ontario. Si elle travaille au-delà de la province, elle va perdre son permis d'exercice si elle se fait prendre. Je suppose que les infirmières sont nerveuses lorsqu'on leur demande de travailler au-delà du territoire où elles sont autorisées, surtout si ce n'est pas leur service qui leur demande, mais par un patient dans une région éloignée qui ne peut pas obtenir les soins. Faire affaire avec une personne qui est grièvement malade ou blessée et prodiguer les soins nécessaires pour bien servir le patient même si c'est au-delà de leur portée. Cela les place dans un dilemme, madame Buckland. Vous êtes une infirmière autorisée avec un permis d'exercice. Vous savez exactement ce que cela représente pour ces infirmières. J'imagine tout le stress qu'ils doivent subir dans ce cas-là.

Ensuite, le rapport parle d'une résidence qui n'a pas d'installation septique depuis deux ans. Je vis en campagne. J'avais trois enfants qui vivaient avec moi. Je peux m'imaginer ce qui serait advenu si l'installation septique avait été brisée pendant deux jours, mais si cela se serait prolongé pendant deux ans, je pense qu'il y aurait eu une émeute. Pouvez-vous vous imaginer vivre dans de telles conditions, monsieur Perron? Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi vous avez des problèmes de maintien en poste?

Quand une infirmière travaille au-delà de son territoire en tant que professionnelle, elle peut perdre son permis d'exercice. C'est ce que vous leur demandez de faire. Vous les placez dans une position qui les oblige à agir ainsi en les obligeant à habiter dans un endroit insalubre.

Ensuite, le vérificateur général présente une litanie d'autres problèmes comme les systèmes de ventilation et de refroidissement qui ne fonctionnent pas. Vous demandez aux infirmières de prendre des radiographies dans un lieu où la porte de la salle de radiographie ne se ferme pas convenablement. Et vous vous demandez pourquoi vous avez des problèmes de maintien en poste? Je trouve que vous êtes chanceux d'avoir le personnel que vous avez.

Il est étonnant que ce ne soit pas 9 employés sur 10 qui partent plutôt que 5 sur 10. Qui travaillerait dans pareilles conditions? Il y aurait des grèves partout dans le sud de l'Ontario et dans toutes les usines si c'est ainsi que les employés étaient traités et que ce genre de problèmes n'étaient pas réglés.

Voilà pourquoi vous avez des problèmes de rétention. Cela n'a rien à voir avec la rémunération, mais plutôt du fait que vous demandez aux infirmières de travailler au-delà de leur compétence professionnelle et de risquer de perdre leur permis d'exercice. Vous les logez dans un endroit insalubre. Vous ne les formez pas convenablement avant leur départ, et ensuite vous vous plaignez d'avoir du mal à les maintenir en poste.

Oui vous avez effectivement des problèmes de maintien en poste. Ce sont des problèmes majeurs. Deux de vos 11 recommandations remontent à 2010, c'est-à-dire il y a cinq ans; vous aviez promis de les mettre en application et vous ne l'avez pas fait. Vous avez dit à l'époque que vous aviez des problèmes de maintien en poste, et c'est toujours le cas.

Honnêtement, monsieur, votre ministère a failli à sa tâche. Vous n'avez pas été à la hauteur du Parlement auquel vous devez rendre des comptes mais, par-dessus tout, vous avez manqué à votre devoir envers les peuples des Premières Nations. Voilà les véritables victimes.

Je puis vous dire que cela ne se produirait pas à Welland. Cela ne serait jamais toléré à Welland. Rien de cela ne se produirait. Il y aurait une émeute dans la rue si nous pensions que c'est le genre de

service que nous allions recevoir. Les infirmières n'iraient pas travailler dans les endroits où vous leur demandez d'aller si c'était dans le sud de l'Ontario. Cela ne se produirait pas. Voilà pourquoi vous avez des problèmes de maintien en poste.

Vous avez beaucoup de pain sur la planche, monsieur, et vous devez commencer maintenant. En fait, vous aviez besoin de commencer il y a cinq ans et vous ne l'avez pas fait. Bien honnêtement, j'ignore comment vous allez rattraper le temps perdu et combien de temps il vous faudra pour réparer les pots cassés, mais vous devez agir rapidement. Je ne sais pas quelles sont les ressources dont vous avez besoin, qu'il s'agisse de ressources humaines ou financières, mais si vous voulez avoir un service équivalent ou raisonnablement équivalent aux attentes de la population, y compris les attentes de votre ministère... Pourriez-vous mettre cela par écrit?

Je ne sais pas à quel moment vous avez l'intention de commencer, mais ma foi, il fallait le faire il y a très longtemps. La population canadienne, nos membres des Premières Nations, méritent mieux, et nous avons failli à la tâche. J'espère, monsieur, qu'à la publication du prochain rapport du vérificateur général, nous ne constaterons pas les mêmes lacunes parce que, honnêtement, des têtes tomberaient dans toute autre industrie ou type d'emploi. Mon collègue d'en face et moi-même avons travaillé dans le secteur de l'automobile. Si c'était une critique de notre secteur, des têtes tomberaient pour ce genre de rendement.

•(1635)

Le président: Merci, monsieur Allen.

Monsieur Falk, vous avez la parole.

M. Ted Falk (Provencher, PCC): J'aimerais aller un peu plus loin que les observations de M. Allen, votre ministère a beaucoup parlé, et il en va de même pour le vérificateur général, de la question du maintien en poste. Est-ce un problème qui a été réglé par votre ministère?

Pour vous indiquer un peu là où je veux en venir, lorsque les gens quittent le ministère, menez-vous des entrevues de départ? Le cas échéant, quelle est la principale raison que les gens donnent pour quitter le ministère?

M. Sony Perron: Dans le cadre de la Stratégie de recrutement et de maintien en poste, nous essayons de plus en plus de renseigner les infirmières sur les conditions de travail et le type de travail qu'elles seront appelées à faire dans les collectivités. C'est ce que nous cherchons à faire lorsque nous investissons dans la formation et l'intégration de ces employés dans l'équipe de soins de santé afin qu'ils souhaitent rester dans le domaine et qu'ils n'aient pas de surprise une fois rendus sur place.

Nous investissons beaucoup d'énergie d'emblée pour leur décrire la situation. Ce sont des affectations où les équipes sont de très petite taille. Les employés ne font pas partie de grandes équipes dans lesquelles ils pourront établir des réseaux. Il y a des défis en matière d'infrastructure dans les collectivités en ce qui touche l'accès. Les employés doivent bien connaître ces conditions. C'est un élément important de la stratégie.

Notre campagne publicitaire a suscité d'importantes réactions. De nombreuses personnes nous ont demandé de l'information sur ce programme, ces services et la façon dont cela fonctionne là-bas. Nous sommes vraiment persuadés que nous serons en mesure d'attirer un nouveau groupe de travailleurs.

Pour ce qui est des problèmes liés au cadre de pratique, nous essayons également d'intégrer du personnel infirmier praticien dans les équipes. Un des problèmes liés au cadre de pratique découlait du fait que notre modèle reposait beaucoup sur des infirmières autorisées. Les infirmières praticiennes ont la capacité d'effectuer un plus grand nombre de tâches et d'appuyer les infirmières autorisées afin qu'elles puissent faire davantage de travail, ce qui règle ainsi une partie des problèmes liés au cadre de pratique. Je suis heureux de dire qu'en Ontario, par exemple, nous essayons de recruter 10 infirmières ou infirmiers praticiens de plus pour les envoyer dans les collectivités du nord de l'Ontario afin de régler ce problème.

Il s'agit aussi de renforcer les équipes et de créer des liens entre les gens qui veulent rester dans les équipes de soins de santé de ces collectivités parce qu'elles seront ainsi mieux appuyées. Dans tous les postes de soins infirmiers, que ce soit en Ontario, au Manitoba ou dans d'autres provinces, des arrangements ont été pris pour obtenir des services de médecin. Même si les infirmières qui se trouvent dans ces collectivités sont isolées physiquement et font partie de très petites équipes, il y a toujours moyen d'avoir accès à un médecin ou une infirmière praticienne pour obtenir des conseils et aider en ce qui touche au cadre de pratique. Nous essayons de clarifier ces rôles afin que les gens craignent moins de travailler à Santé Canada et pour qu'ils comprennent bien qu'on ne les abandonne pas sur le terrain pour faire un travail aussi difficile et exigeant.

Robin, vous voudrez peut-être nous dire où nous en sommes actuellement avec notre stratégie de recrutement?

• (1640)

Mme Robin Buckland: Oui.

Je veux commencer par dire que le cadre de pratique est un élément important pour le recrutement et le maintien en poste. Il est crucial d'avoir un environnement de pratique sécuritaire pour nos infirmières. Comme vous l'avez mentionné, les infirmières ne voudront pas venir travailler pour nous si elles craignent de perdre leur permis d'exercice, mais comme Sony l'a indiqué, dans la grande majorité des cas, les infirmières travaillent en fonction de leur cadre de pratique. Nous leur offrons aussi d'autres types d'appuis qui leur permettent d'appeler un médecin et d'obtenir une permission pour ne pas déborder leur cadre de pratique. Le fait d'avoir un milieu où exercer leur profession de façon sécuritaire est très important pour le recrutement et le maintien en poste.

Nous accroissons la visibilité de ce type de travail pour qu'il soit intéressant. En dépit de ce que dit le rapport, il y a des infirmières qui sont enthousiastes à l'idée d'aller travailler dans des collectivités des Premières Nations. Cela leur donne l'occasion de s'adonner à des activités qu'elles ne pourraient pas nécessairement faire à Toronto. Cela leur donne l'occasion de travailler dans un autre environnement et d'apprendre à connaître une autre culture. Travailler dans des collectivités de Premières Nations peut être très enrichissant.

En plus de la formation obligatoire, côté recrutement, nous essayons aussi d'élaborer un programme de développement qui pourra être utile sur deux fronts. D'abord, nous voulons former les infirmières responsables. Il faut un chef d'équipe pour avoir un bon milieu de travail où les infirmières respectent les processus et pour que tout se déroule bien.

Voilà un des éléments du programme de développement. L'autre vise à recruter les nouveaux diplômés et, comme l'a mentionné Sony, à attirer les bonnes personnes et à les former pour s'assurer qu'elles disposent des compétences nécessaires pour travailler dans ce type d'environnement. Cela ne convient pas à tout le monde.

Il y a aussi le volet de rayonnement auprès des étudiants qui nous permet de tisser des liens avec les nouveaux diplômés et à aller dans les universités pour les inciter à postuler. Nous cherchons aussi à maximiser la composition de l'effectif, cela fait aussi partie de notre stratégie de recrutement, pour nous assurer d'avoir les médecins, les infirmières, les infirmières praticiennes et les paramédicaux dont nous avons besoin pour ne pas avoir de problèmes en ce qui touche le cadre de pratique.

Le président: Votre question complémentaire est-elle vraiment courte? Je vous l'accorde si elle est vraiment brève.

M. Ted Falk: Oui.

J'ai de bonnes nouvelles pour vous. La semaine dernière au Manitoba, 60 nouveaux professionnels en santé bucco-dentaire ont obtenu leur diplôme de l'université, c'est-à-dire 35 dentistes et 25 hygiénistes dentaires. La majorité d'entre eux proviennent du Manitoba. C'est là qu'ils sont nés et qu'ils ont grandi. C'est donc une possibilité intéressante pour vous.

Pouvez-vous nous parler de votre initiative bucco-dentaire destinée aux peuples des Premières Nations?

M. Sony Perron: Nous avons une initiative bucco-dentaire qui met l'accent sur les personnes de 7 à 77 ans et qui insiste sur la prévention pour éviter les caries et traiter les problèmes dès qu'ils surgissent. Nous mettons des scellants sur les dents pour empêcher les problèmes futurs et nous essayons de faire changer les comportements.

Nous comptons beaucoup sur les hygiénistes dentaires dans ces collectivités. Nous leur faisons visiter les collectivités. La semaine dernière ou il y a deux semaines, j'étais dans le nord de l'Ontario, et il y avait à la clinique une hygiéniste dentaire qui offrait des traitements à de jeunes patients.

C'est une stratégie très dynamique qui existe depuis quelques années. Nous faisons venir les professionnels de la santé et les professionnels bucco-dentaires dans les collectivités. Je suis très heureux d'apprendre qu'il y a des diplômés qui veulent exercer dans ces collectivités.

Le président: Monsieur Casey.

M. Sean Casey: Monsieur Perron, M. Allen vous a vertement réprimandé ainsi que votre ministère, mais il ne vous a pas donné la chance de répondre. Il vous a dit clairement quelles sont, selon lui, les raisons pour lesquelles vous avez un problème de roulement et de maintien en poste. Voici votre chance de répondre.

Êtes-vous d'accord avec ses critiques ou y a-t-il une autre raison qui fait en sorte que le maintien en poste pose tout un défi pour vous?

M. Sony Perron: Je suis d'accord avec lui, bien sûr, lorsqu'il dit que le travail dans les communautés est difficile. Ce n'est pas une mince tâche. L'isolement, comme je l'ai déjà mentionné, les petites équipes et le manque de connectivité représentent des défis.

L'infrastructure est un autre défi, car c'est très loin pour aller corriger les problèmes. Je pense que l'audit du vérificateur général a fait ressortir que certaines réparations n'ont pas été effectuées à temps.

Par exemple, la résidence de Deer Lake que vous avez mentionnée n'était heureusement pas la résidence des infirmières. C'est l'une des résidences, mais pas celle utilisée par les infirmières. Nous avons d'autres résidences pour elles. Il est important d'avoir de bonnes résidences pour les infirmières si nous voulons qu'elles restent et, au cours des dernières années, nous avons investi dans l'entretien et la construction de résidences.

Tous ces facteurs entrent en ligne de compte, mais les problèmes varient d'un endroit à l'autre. Je dirais que ce qui a grandement contribué à améliorer la situation au fil du temps, c'est d'avoir pu créer une équipe bien intégrée dans la collectivité.

L'une des recommandations visait à intégrer des soins cliniques dans les plans de santé communautaire. Il y a de nombreuses communautés où Santé Canada fournit des services de soins cliniques alors que la communauté administre tous les autres éléments des programmes de santé. Il est important d'avoir une très bonne intégration, car les infirmières sont essentielles à la prestation de certains des programmes de santé communautaire, et le travailleur de santé communautaire peut aussi apporter une aide précieuse aux infirmières pour faire leur travail et gérer tout ce qu'elles voient dans leurs consultations quotidiennes.

Il est important d'intégrer ces soins et de veiller à ce que les tâches exécutées par les infirmières correspondent bien au plan de santé communautaire pour l'avenir dans lequel nous avons déjà investi et allons investir encore. Il y a parfois un écart entre ce que nous faisons et ce que fait la communauté, mais nous nous penchons sur cette question.

Je pense qu'il faut également améliorer l'infrastructure électronique, c'est-à-dire les dossiers médicaux électroniques et la télésanté. Nous avons fait énormément de progrès dans diverses provinces et régions pour offrir les services de télésanté dans les communautés afin qu'un patient puisse consulter une infirmière ou un médecin à distance, ou avoir accès à des professionnels de la santé mentale au moyen de ces services. C'est un élément important de notre stratégie d'amélioration de la qualité du service et des liens entre l'équipe d'infirmières, la communauté et les professionnels de la santé ailleurs.

Il est essentiel d'informatiser les dossiers médicaux. Je parlais à un médecin qui pratique dans l'une des stations de soins infirmiers. Ce qu'il souhaite, lorsqu'il passe une semaine dans une station pour travailler avec les infirmières, c'est de pouvoir continuer à pratiquer en utilisant les dossiers médicaux électroniques qui font partie du système provincial. Ils pourront prendre de l'avance et s'assurer que les prochaines étapes du traitement d'un patient seront entrées dans le système qu'ils utilisent dans leur pratique dans le sud.

Nous devons investir davantage et nous nous occupons de l'infrastructure habilitante, pas seulement l'infrastructure physique mais aussi l'infrastructure des TI. Les infirmières se plaignent depuis des années de ce manque de connectivité. Dans le nord de l'Ontario, il y a cinq communautés qui n'ont pas encore accès à des ressources à grande vitesse et à grande largeur de bande. Nous travaillons avec des partenaires afin que ces communautés puissent à l'avenir être bien connectées.

En construisant cette infrastructure, nous allons permettre à une petite équipe dans une communauté isolée de se connecter au reste du système de santé, de transférer des dossiers, de faire des renvois et de recevoir les résultats d'examen et d'analyses par voie électronique. C'est de plus en plus le cas dans les communautés depuis 5 à 10 ans. Nous avons encore des difficultés à surmonter à cet égard dans certaines des communautés éloignées du nord de

l'Ontario et du Manitoba, mais nous faisons des progrès. En bâtissant l'infrastructure habilitante, je pense que nous allons avoir une meilleure chance de garder nos infirmières. C'est difficile de faire des comparaisons, car parfois elles travaillent à temps partiel pour nous et à temps partiel pour quelqu'un d'autre, et elles disent qu'il leur manque des outils qui leur permettraient d'être plus efficaces.

Elles ne rêvent pas d'un accès routier. L'accès routier, ce n'est pas pour demain, mais elles rêvent d'avoir accès à l'information qui leur permettra d'utiliser leur plein potentiel.

L'ajout d'infirmières praticiennes est un autre moyen de renforcer l'équipe d'infirmières pour que celles-ci se sentent moins isolées, puisqu'elles pourront consulter une infirmière praticienne pour certaines interventions médicales qu'elles ne pourraient autrement pas exécuter sans aller au-delà de leur cadre de pratique régi par la loi.

• (1645)

Le président: Désolé, mais il ne reste plus que deux secondes, juste le temps pour moi de vous dire merci.

Monsieur Woodworth, vous avez la parole.

M. Stephen Woodworth (Kitchener-Centre, PCC): Je remercie les témoins.

Il y a deux questions qui m'intéressent. Je m'adresse d'abord à vous, monsieur Perron. Si vous le jugez bon, vous pourrez demander à vos collègues d'intervenir également. Vous avez déjà mentionné les deux choses au sujet desquelles j'aimerais vous interroger, mais je voudrais simplement obtenir un peu plus de détails.

L'une de ces questions porte sur le recrutement. Je constate que dans votre déclaration préliminaire, vous mentionnez au moins quatre nouveaux outils ou initiatives. Le premier est un plan de marketing pour le recrutement du personnel infirmier, le deuxième, un programme de perfectionnement en soins infirmiers, le troisième, un programme de sensibilisation des étudiants, et enfin, le quatrième, un programme d'accueil.

Je sais également que vous devez vous occuper d'environ 91 000 personnes. Je crois me rappeler avoir vu quelque part dans les documents qu'il y a environ 400 communautés, ou à tout le moins un grand nombre de communautés, dont bon nombre se trouvent dans des régions éloignées. Ma question concerne cet éloignement, et je peux imaginer divers moyens d'attirer quelqu'un dans une région éloignée, mais j'aimerais savoir ce que vous faites, si vous faites quelque chose, pour pouvoir plus facilement attirer des gens dans les régions les plus éloignées et isolées.

• (1650)

M. Sony Perron: Merci.

Depuis près de 15 ans maintenant, nous avons investi dans des ressources humaines en santé non seulement pour attirer des gens du Sud pour travailler dans les communautés des Premières Nations, mais aussi pour augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtone. La direction a beaucoup investi dans cette initiative. La plupart d'entre eux ne viendront peut-être pas travailler dans la direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, mais ils décideront peut-être de travailler pour les provinces ou pour les communautés des Premières Nations elles-mêmes, ce qui est très bien. L'un des éléments de la stratégie, c'est d'avoir un plus grand nombre de professionnels de la santé d'origine autochtone, et nous en avons déjà. Nous en sommes très fiers, car la dimension culturelle des services de santé est très importante.

Vous savez probablement tous qu'il y a un grand nombre de personnes qui se sentent un peu nerveuses lorsqu'elles doivent aller dans le Sud pour être hospitalisées ou pour consulter un médecin, car elles n'en ont pas l'habitude. Nous essayons d'offrir des services appropriés sur le plan culturel puisque nous pensons que cela créera également une main-d'oeuvre plus résiliente et stable dans ces communautés. Il est très important d'investir dans ce genre d'initiative.

Pour ce qui est de mieux former les infirmières, si ce n'est déjà fait, je vous invite tous à visiter le site Web de Santé Canada pour voir la vidéo et l'information qui s'y trouvent depuis février de cette année et qui expliquent ce que c'est d'être une infirmière dans une communauté des Premières Nations. Nous faisons cette promotion pour attirer plus de professionnels à Santé Canada, mais nous nous en servons également pour attirer les personnes qui préfèrent travailler dans les communautés. C'est une campagne de marketing pour montrer à quoi ressemble le travail là-bas. Il y a aussi des avantages pour ceux qui aiment vivre plus proche de la nature, travailler au sein de petites équipes et relever des défis. C'est intéressant. Nous faisons ressortir les avantages. Il n'y a pas que des inconvénients.

Je pense que le fait de travailler dans un tel milieu peut également procurer une grande satisfaction aux professionnels de la santé. En fait, lorsque nous rencontrons nos employés qui travaillent dans ces communautés, nous constatons que ce sont des personnes très dévouées, très professionnelles et très consciencieuses, et qu'elles aiment leur travail. Certains y vont pour un certain temps car... L'inconvénient à cela — et nous essayons d'être transparents à ce sujet —, c'est qu'il faut faire beaucoup de temps supplémentaire. Lorsque quelqu'un se sent malade pendant la nuit et que la station de soins infirmiers n'est pas ouverte, l'infirmière va l'ouvrir et fait du temps supplémentaire. Parfois, les quarts de travail sont très longs et très intenses. Certains sont attirés par ce genre de travail. Nous essayons de faire connaître cet aspect du travail également.

Robin, je ne sais pas si vous voulez ajouter quelque chose au sujet du programme d'accueil ou du programme de formation que nous offrons aux infirmières pour les préparer à travailler dans les communautés.

Mme Robin Buckland: Oui, je pense que l'accueil sera très important pour être sûr que nous recrutons le bon genre de personnes et que nous les préparons pour le genre de soins infirmiers qu'elles devront fournir. Je pense que c'est vraiment très important.

M. Stephen Woodworth: Pourrais-je poser encore quelques questions?

Je ne sais pas ce que permet la structure de la rémunération et des avantages. Si vous embauchez quelqu'un du Sud, est-ce que vous aidez cette personne en lui accordant de temps en temps des congés pour retourner chez elle et, en l'occurrence, pour couvrir les frais de transport? Est-ce que vous fournissez une résidence à toutes vos infirmières ou une allocation de logement? Pouvez-vous me parler un peu de ces incitatifs, si vous en avez?

M. Sony Perron: Nous avons des ententes de logement dans la plupart des communautés. Santé Canada a construit, avec les Premières Nations, une résidence près de la station de soins infirmiers. Ce sont des installations pour lesquelles nous fournissons une aide. Elles appartiennent aux Premières Nations, mais nous avons fourni une aide financière et les infirmières ont accès à ces résidences. Elles reçoivent une prime d'éloignement en plus de leur salaire. Nous offrons également une prime de maintien en poste pour attirer des gens et les garder dans le Nord. Elles ont droit à des

indemnités de temps supplémentaire et de rappels qui sont prévues dans leur convention collective et qui sont souvent utilisées dans ce genre de contexte. Robin vous a parlé d'une station de soins infirmiers où il y a deux ou trois infirmières. Cela veut dire que les membres de l'équipe travaillent parfois de très longues heures. Nous essayons d'établir ce profil.

Les infirmières qui vont travailler dans une station de soins infirmiers s'attendent à faire des heures supplémentaires, car elles restent sur place pendant quelques semaines et repartent ensuite. Et il y a également un grand nombre d'infirmières qui travaillent à temps partiel et qui acceptent de nous fournir deux mois de travail par année. Ensuite, elles retournent travailler ailleurs et reviennent l'année suivante pour deux semaines ou deux mois. Nous avons des arrangements très souples afin de permettre à toutes les infirmières qui veulent pratiquer dans ces communautés de le faire.

• (1655)

M. Stephen Woodworth: J'aimerais changer de sujet, s'il me reste du temps.

Le président: Non, désolé. Nous allons changer de sujet, mais...

M. Stephen Woodworth: Ma deuxième question devra attendre. Merci.

Le président: ... mais ce n'est pas vous qui aurez la parole, malheureusement.

Merci beaucoup.

Monsieur Giguère.

[Français]

M. Alain Giguère: Merci, monsieur le président.

Monsieur Perron, à la page 3 de votre présentation, vous indiquez un taux de conformité de 88 % pour les médicaments contrôlés. J'ai fait un peu de droit médical pendant mon stage et si le taux de non-conformité s'approchait de 1 %, l'Ordre des pharmaciens du Québec intervenait. Vous dites que le taux de non-conformité est 24 fois plus élevé que ce qui est accepté dans un hôpital. Je ne me réjouirais pas de cela.

Pouvez-vous m'expliquer comment un taux aussi élevé de 12 % de médicaments non conformes pouvaient être distribués par votre service? C'est vraiment énorme. C'est entre 24 et 36 fois plus que ce qui est acceptable dans un hôpital de Montréal ou de Toronto.

M. Sony Perron: On ne parle pas de médicaments non conformes distribués, mais du nombre d'infirmières à l'emploi de Santé Canada qui travaillent dans des postes de soins infirmiers éloignés et qui ont suivi la formation touchant les médicaments contrôlés. Il y a un renouvellement de cette formation. Je demanderais à Robin de confirmer si cela se fait chaque année ou à tous les deux ans.

Nous souhaitons que 100 % de nos infirmières renouvellent leur formation avec nous pour qu'elles sachent comment distribuer les médicaments disponibles dans les postes de soins infirmiers, qui ne sont pas des pharmacies. Dans ces postes, les médicaments et leur utilisation sont extrêmement contrôlés. Il y a un formulaire pour chaque médicament utilisé. Nous donnons de la formation aux infirmières pour qu'elles puissent utiliser adéquatement le comptoir de pharmacie dans le poste de soins infirmiers.

M. Alain Giguère: Le taux de conformité général de votre service est de 46 %. Avec un tel pourcentage, on n'obtient pas un diplôme. Même à 65 %, ce n'est pas le genre de diplôme dont on irait se vanter.

M. Sony Perron: Ce n'est vraiment pas un résultat satisfaisant, et je pense que nous l'avons admis dans notre réponse. Le rapport du vérificateur général, qui était basé sur un échantillonnage au Manitoba et en Ontario, nous donnait une note de conformité globale de 1 %, mais il s'agissait d'un petit échantillonnage. Après avoir passé nos dossiers en revue et entrepris de donner un certain niveau de formation, il y a maintenant 46 % des infirmières dans les postes de soins infirmiers qui ont complété les cinq points de formation figurant dans la politique à cet égard.

Nous voulons atteindre 100 %. Nous serons toujours en mode formation dans la mesure où cette formation vient à terme après un certain temps et où de nouvelles infirmières ou de nouveaux infirmiers commencent à travailler dans nos services. L'objectif est de maximiser le niveau de conformité par rapport à l'ensemble de ces formations et de s'assurer que chaque année, les infirmières suivent un plan de formation pour maintenir leur niveau à ce sujet.

M. Alain Giguère: On parle de soins à donner, mais en santé, il y a aussi un élément de prévention. Je ne sais pas si vous avez lu les documents du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James sur les problèmes d'alimentation au Canada. C'est dommage de le dire, mais il y a des gens qui meurent parce qu'ils n'ont pas d'eau potable de qualité, parce qu'ils n'ont pas une alimentation saine et parce qu'ils n'ont aucun suivi quant aux soins psychologiques majeurs. Il y a vraiment des gens qui meurent. Ces gens ne peuvent pas attendre cinq ans.

Il faut qu'il y ait un changement de l'état d'esprit parce qu'on ne peut pas fonctionner de cette façon. Vous ne pouvez pas nous demander de regarder ailleurs pendant que des gens meurent.

M. Sony Perron: Les infirmières sont une composante importante des services de santé offerts dans les communautés éloignées. Cependant, ce ne sont pas les seuls éléments du cadre de l'offre. Nous finançons un certain nombre de programmes. Vous avez parlé de nutrition. Nous finançons le programme de nutrition prénatale. Nous finançons aussi des programmes d'éducation en nutrition ainsi qu'un programme de prévention du diabète et d'assistance au diabète.

Les infirmières ne constituent pas nécessairement le pivot de ces points de services. Souvent, ce sont plutôt des travailleurs communautaires qui ont été formés pour assumer la prestation de ces programmes.

En plus des services dont parle le rapport du vérificateur général, il y a l'ensemble de ces programmes qui travaillent plutôt en amont, qui travaillent à prévenir, à changer les comportements et à éduquer les gens. On le fait dans les communautés et on s'assure qu'il y a toujours une composante culturelle importante.

● (1700)

M. Alain Giguère: Excusez-moi, mais il y a un problème. Ce dont vous nous parlez est sympathique. Toutefois, en ce qui a trait au problème et à la solution, quand on regarde la situation sur le plan statistique, on voit que celle-ci se dégrade. Elle ne s'améliore pas. C'est un problème majeur. On est en mesure de prouver sur le plan statistique que des communautés sont en danger. Que va-t-il falloir pour que cela s'améliore de façon minimale? Je ne parle pas de stabiliser, mais d'améliorer les choses. Il ne faut pas qu'on régresse.

M. Sony Perron: Je suis d'accord avec vous, il faut adopter une approche globale pour les déterminants touchant la santé. On travaille sur l'offre de services de santé et on travaille sur l'offre de services au chapitre de la prévention et de la promotion. Il faut changer les habitudes de vie, soutenir l'activité physique et soutenir les bonnes habitudes de nutrition. Il y a aussi un certain nombre

d'autres facteurs qui ne sont pas nécessairement dans le cadre des programmes de Santé Canada et sur lesquels je ne peux pas me prononcer. Évidemment, ce sont des éléments déterminants pour la santé.

[Traduction]

Le président: Monsieur Perron, vous pouvez conclure.

M. Sony Perron: Je peux conclure?

[Français]

J'allais ajouter qu'on travaille pour s'assurer que ces éléments sont liés à notre intervention. On travaille à la planification communautaire avec les communautés pour être en mesure d'oeuvrer sur les autres axes. On vous parlé de l'habitation et de la qualité de l'eau. Il faut résoudre ces questions parce que si on veut changer les résultats en matière de santé, on ne peut, de toute évidence, seulement penser aux services de santé. Il faut s'attaquer aux déterminants de la santé qui sont à l'extérieur du cadre des programmes dont on parle ici aujourd'hui.

Le président: Merci.

[Traduction]

Monsieur Albas, vous avez la parole.

M. Dan Albas: Merci, monsieur le président. J'ai hâte d'entendre le témoignage.

Je veux revenir à un sujet que mon collègue a abordé tout à l'heure. Il est intéressant qu'il n'ait pas parlé de l'importance de la salubrité de l'eau potable. Je pense que nous comprenons tous ce projet. Nous avons adopté la Loi sur la salubrité de l'eau potable sur les terres des Premières Nations qui permet à une Première Nation de choisir entre mettre en place un système équivalent à un système provincial, d'appliquer les lois provinciales ou d'appliquer les lois fédérales. Elle peut choisir, mais le parti du député a voté contre toutes ces modifications. Parfois, je trouve que c'est un peu choquant.

Monsieur Perron, M. Allen a mentionné des préoccupations au sujet d'exemples particuliers, dont celui d'un champ d'épuration qui rendait inutilisable une installation. Vous avez dit tout à l'heure, monsieur, que bon nombre de ces installations appartiennent aux Premières Nations qui les gèrent et les entretiennent, et je pense que vous avez dit qu'il faut avoir une perspective à long terme pour faire en sorte que vos priorités correspondent aux leurs. N'est-ce pas, monsieur?

M. Sony Perron: Et nous devons appuyer le processus lorsqu'il y a une priorité conjointe, pour atteindre l'objectif.

M. Dan Albas: C'est intéressant. Les députés de l'opposition disent sans cesse que nous sommes paternalistes lorsque nous proposons des projets de loi sur la salubrité de l'eau potable, etc. Or, lorsque nous disons qu'il faut travailler avec les Premières Nations pour planifier ces projets, ils s'énervent parce que nous ne prenons pas soudainement l'initiative d'aller réparer les champs d'épuration et d'autres biens qui n'appartiennent même pas au gouvernement fédéral, mais aux Premières Nations. Je ne veux pas citer d'exemples particuliers, car cela arrive dans les réserves, tout comme il peut y avoir des problèmes ailleurs avec les champs d'épuration, du moins dans ma province où on les utilise dans les régions rurales.

Je sais aussi que dans bon nombre des régions rurales de ma province, lorsque je parle aux maires, y compris aux maires d'endroits comme Keremeos, Merritt et Logan Lake, ils me disent qu'ils travaillent constamment avec leurs députés provinciaux pour essayer de régler le problème de la pénurie de médecins, et je suis sûr que c'est vrai aussi pour la pénurie d'infirmières. Je comprends cela, surtout lorsque j'entends dire que certaines provinces ont offert d'importantes augmentations et qu'elles attirent des professionnels des autres régions du pays, et que cela cause des difficultés pour les systèmes provinciaux dans des régions isolées, comme dans des exemples cités par M. Perron.

Pourrais-je poser une courte question? Est-ce que vous essayez également de recruter des employés parmi les Premières Nations? Ces personnes seraient évidemment sensibles aux aspects culturels. Elles serviraient leurs propres communautés. Elles gagneraient de bons salaires. Est-ce que vous recrutez des Autochtones?

• (1705)

Mme Robin Buckland: Absolument. C'est un élément important de notre stratégie.

M. Dan Albas: Très bien. Je suis ravi de l'entendre.

Pour revenir aux codes, le Code national du bâtiment est adopté sur une base volontaire. Les provinces peuvent l'adopter... Par exemple, la Colombie-Britannique a son propre code du bâtiment, mais bien des gens ne savent pas que la ville de Penticton, dans ma circonscription, a son propre code qui est une adaptation du code du bâtiment provincial.

Pouvez-vous nous expliquer de quelle manière ces codes du bâtiment s'appliquent ou ne s'appliquent pas dans le contexte du rapport du vérificateur général, monsieur Perron?

M. Sony Perron: Je vais demander à Valérie de répondre à cette question.

Mme Valerie Gideon: Bien sûr. C'en est une facile.

Nous avons toujours exigé que les ingénieurs et les architectes qui travaillent à un projet attestent par écrit que le code du bâtiment a été respecté. Cependant, à la lumière du rapport, nous veillons maintenant à ce que ce soit précisé dans nos protocoles d'entente avec la communauté, afin de recevoir à la fin du projet de construction un rapport attestant que les codes du bâtiment ont absolument été respectés. Cela a toujours fait partie de nos exigences.

Nous avons des immeubles qui datent d'avant l'exigence de respecter le Code national du bâtiment, et ils doivent être rénovés après un certain temps. Lorsque nous construisons une nouvelle station de soins infirmiers, nous respectons bien entendu le code en vigueur au moment de la construction, de sorte que cette station doit être modernisée après un certain temps. Nous avons des installations qui ont 25 à 35 ans. Nous devons nous assurer de les moderniser et de les rénover en partenariat avec la communauté afin qu'elles puissent respecter les normes.

M. Dan Albas: Monsieur le vérificateur général, j'ai critiqué certaines de vos recommandations parce que je les trouvais trop floues ou un peu trop générales. Mais lorsque nous avons des recommandations précises sur toute une gamme de questions — comme c'est le cas dans ce rapport —, je pense qu'il est important que votre bureau fasse des commentaires très précis. Je ne vois pas pourquoi ce rapport serait différent simplement parce qu'il contient plusieurs recommandations. Je pense que votre bureau essaie d'être aussi serviable et instructif que possible dans les cas particuliers où vous pensez que Santé Canada pourrait changer les choses.

Tout à l'heure, monsieur Ferguson, vous avez dit que c'est un milieu de travail très complexe, et je suppose que vous en avez tenu compte en formulant ces 11 recommandations. N'est-ce pas?

M. Michael Ferguson: Comme je l'ai déjà dit, les constats que nous avons dégagés se prêtaient à des recommandations précises sur des questions précises. Nous avons cerné un problème, que ce soit en matière de formation, du champ de pratique ou du Code du bâtiment. Ces questions se prêtaient à des recommandations très précises et très concrètes pour lesquelles il devrait être facile de déterminer si le ministère a pu mettre en place les mesures nécessaires pour y donner suite.

C'est certainement un des facteurs qui expliquent pourquoi il y a 11 recommandations dans ce rapport.

Le président: Très bien. Merci.

Cela met fin à notre rotation habituelle et donc, à notre séance.

Permettez-moi de poser rapidement une question non partisane, puisque c'est notre dernière audience publique avant l'élection d'un nouveau Parlement.

Le rapport de la Commission de vérité et réconciliation sera déposé demain. Monsieur le vérificateur général, cela fait maintenant 11 ans que je suis membre du comité, et la question des services pour les collectivités éloignées, les Premières Nations et les Inuits est un échec colossal à tous points de vue.

Ce n'est pas un commentaire partisan. J'ai été député sous différents gouvernements, minoritaires et majoritaires. L'une des dernières observations de votre prédécesseur, la merveilleuse Sheila Fraser, juste avant de quitter son poste, concernait cette question. Elle a dit qu'à son avis, cela restait un défi à relever pour le Canada.

Je me rends compte que je vous mets sur la sellette, mais je me demande si vous avez quelque chose à dire aux députés de la prochaine législature, la 42^e. Le prochain gouvernement sera choisi parmi les prochains élus, et ils devront s'occuper de ces questions.

Étant donné que nous, en tant que pays — parce que je crois que la majorité des gens qui s'occupent de ces dossiers sont de bonne foi —, avons essayé de surmonter ces difficultés et d'offrir à nos concitoyens dans les régions éloignées du Nord la qualité de vie qu'ils méritent et que le fait d'être citoyen canadien devrait leur garantir, avez-vous des conseils ou des idées pour la prochaine législature, le comité du Parlement, à la fois pour les candidats et pour les prochains députés qui formeront le prochain gouvernement et qui devront s'occuper de ce dossier?

Nous ne voulons surtout pas une autre décennie d'échecs. Avez-vous des idées ou des paroles de sagesse pour la prochaine législature afin que nous obtenions des résultats différents de ceux que nous avons eus jusqu'à présent?

• (1710)

M. Michael Ferguson: Je pense qu'il y a une ou deux choses que j'aimerais mentionner.

Tout d'abord, je suis très heureux que le comité ait décidé de tenir une audience sur ce rapport. Depuis que j'occupe mon poste, nous avons publié une vérification sur les services de police et une autre sur l'aide aux sinistrés qui n'ont ni l'une ni l'autre fait l'objet d'une audience. Le fait que nous ayons eu l'occasion de parler de cette vérification et que le ministère ait pu expliquer les difficultés auxquelles il fait face, a été important, d'après moi.

Je pense, cependant, qu'il est important également de comprendre ce que disent les ministères visés — et il y a de nombreux ministères qui fournissent des services aux Premières Nations — et ce qu'ils se sont engagés à faire pour fournir ces services afin que nous puissions savoir s'ils tiennent leurs engagements.

En outre, les choses dont nous avons parlé aujourd'hui sont dans bien des cas des problèmes dont nous sommes au courant depuis longtemps. Ils ont été mentionnés dans divers autres rapports. Pour une prochaine législature, je pense qu'il serait peut-être important de

revoir ces études et ces examens pour déterminer quels progrès les ministères ont réalisés.

Je pense que bien des mesures pourraient être prises pour améliorer la situation. C'est bien sûr un problème très complexe, qui fait intervenir plusieurs ministères et qui pose beaucoup de défis, mais je pense que l'idée générale qui ressort de ces vérifications, c'est que c'est possible, c'est à la portée des ministères, d'améliorer bon nombre des services qu'ils fournissent aux Premières Nations.

Le président: Très bien. Merci beaucoup. Nous vous en sommes reconnaissants.

Chers collègues, je vous rappelle que notre prochaine réunion aura lieu mercredi et que nous allons commencer la rédaction du rapport.

Sur ce, merci à notre vérificateur général, à son personnel et aux représentants du ministère.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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