



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 034



1^{re} SESSION



38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 21 avril 2005



Présidente

Mme Bonnie Brown

Toutes les publications parlementaires sont disponibles sur le
réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

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

Comité permanent de la santé

Le jeudi 21 avril 2005

• (1110)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Bonjour, mesdames et messieurs. Soyez les bienvenus à la 34^e séance du Comité permanent de la santé.

J'ai le plaisir ce matin de souhaiter la bienvenue, en votre nom, au ministre de la Santé, l'honorable Ujjal Dosanjh.

Avant de donner la parole au ministre, je dois dire cette phrase officielle : « Je mets le crédit 1, sous la rubrique Santé, en délibération ».

Je rappelle à mes collègues que, selon nos règles procédurales, la durée des interventions et l'ordre des intervenants sont différents lorsque le ministre est présent. Je donnerai d'abord la parole à l'opposition officielle, qui aura 15 minutes qu'elle pourra répartir entre un, deux ou trois intervenants. M. Merrifield voudra bien m'indiquer ses intentions à ce sujet. Ensuite, le Bloc québécois disposera de 10 minutes, le NPD également, de même que le Parti libéral. Après ce premier tour, la durée des interventions sera de cinq minutes et je donnerai la parole en alternance aux députés de l'opposition et aux députés libéraux. Les interventions seront un peu plus longues ce matin et les libéraux devront attendre un peu plus longtemps avant de pouvoir intervenir.

Ayant rappelé ces règles, je donne maintenant la parole à l'honorable Ujjal Dosanjh, notre ministre de la Santé.

L'hon. Ujjal Dosanjh (ministre de la Santé): Merci, madame la présidente.

Je suis ravi d'être ici aujourd'hui pour parler du budget du portefeuille de la santé pour l'exercice en cours.

Permettez-moi de vous présenter le Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, et M. Morris Rosenberg, sous-ministre. Je suis également accompagné par M. Ian Shugart et Mme Chantale Cousineau-Mahoney.

Je vais aborder l'ensemble de mes fonctions relatives au portefeuille de la Santé. Je vais d'abord lire ma déclaration et ensuite, bien sûr, nous nous amuserons à répondre à vos questions.

Mon portefeuille regroupe Santé Canada, l'Agence de santé publique, le IRSC, le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. (CEPMB).

J'aborderai d'abord les travaux des IRSC. Pour l'exercice 2005-2006, le Budget des dépenses principal prévoit environ 777 millions de dollars pour les IRSC. Les sommes investies dans les IRSC commencent déjà à rapporter. Les chercheurs canadiens ont fait des percées dans des domaines comme les maladies du cœur et le diabète. Les investissements des IRSC se font partout au pays, dans toutes les régions. Grâce à ces investissements, des groupes de chercheurs se sont formés à différents endroits du pays et sont devenus des chefs de file dans les domaines de la recherche. Nos

chercheurs sont à la fine pointe dans beaucoup de domaines dans le monde.

En ce qui concerne l'Agence de santé publique du Canada, le Dr Butler-Jones a été nommé administrateur en chef de la santé publique en septembre. L'Agence est un organisme relativement récent et je suis très fier de ses premières réussites.

Trois exemples clés illustrent comment l'Agence va fonctionner pour protéger ou améliorer la santé de la population canadienne. Le plan canadien de lutte contre la pandémie des gripes a été vanté par l'OMS qui voit un modèle dont d'autres nations pourraient s'inspirer. Nous avons remis l'accent sur la lutte contre le VIH/sida. Enfin, notre plan de promotion de budget de vie saine et une prévention des maladies chroniques est le troisième domaine dans lequel nous travaillons très fort.

Je me suis rendu en Chine en compagnie de mon collègue le secrétaire parlementaire, M. Robert Thibault, et du Dr Butler-Jones. Nous avons discuté avec les autorités chinoises des mesures à prendre pour se préparer à une pandémie de grippe, étant donné l'augmentation du trafic aérien entre le Canada et cette partie du monde. Nous avons eu des échanges très fructueux à ce sujet.

J'en viens maintenant au ministère de la Santé. Les prévisions budgétaires pour le ministère s'établissent à près de 2,9 milliards de dollars. Cette somme n'englobe pas les sommes importantes investies dans la santé par suite des transferts du gouvernement du Canada qui sont prévus dans le budget du ministère des Finances, particulièrement au chapitre du transfert canadien en matière de santé.

Votre comité est l'un des nombreux partenaires qui nous aident à remplir notre mandat. Voilà pourquoi je vous ai écrit récemment pour vous demander d'explorer certains aspects de la sécurité des médicaments au Canada.

J'ai récemment abordé ces mêmes questions à Vancouver, à l'occasion du Congrès canadien sur les produits thérapeutiques. J'en ai parlé de façon exhaustive dans un discours qui m'a semblé un peu fastidieux, mais quand même important. Nous devons décrire tout le travail que nous faisons devant nos experts qui s'occupent de ces questions tous les jours. J'ai abordé différents domaines où nous souhaitons favoriser une plus grande transparence, notamment les nouveaux Centres régionaux de déclaration des effets indésirables, le Bureau des initiatives pédiatriques et un nouveau bureau de l'ombudsman.

J'ai déclaré à maintes reprises, y compris depuis que je suis ministre de la Santé, que j'ai un parti pris en faveur de la transparence et de l'ouverture. Les Canadiens ont le droit de tout savoir sur le processus d'homologation et de surveillance des médicaments et il ne faut rien leur cacher.

Cela dit, j'aimerais revenir à l'objet de cette séance : les projets de Santé Canada pour l'exercice en cours.

En fait, madame la présidente, les plans de Santé Canada sont déterminés par l'engagement ferme du premier ministre Martin et de notre gouvernement envers la création d'un partenariat visant à favoriser la santé de la population canadienne. Cette vision a été énoncée dans les deux discours du Trône prononcés en 2004 et elle a été renforcée par les deux derniers budgets.

• (1115)

Cette vision repose sur notre profond attachement à la Loi canadienne sur la santé et sur la valeur qu'elle incarne. Cette loi établit les fondements de notre régime de soins de santé, auquel les Canadiens sont profondément attachés, comme vous le savez. Voilà pourquoi un des piliers de mon mandat consiste à défendre les valeurs fondamentales de l'assurance-maladie. Cet engagement est à la base de ma collaboration avec mes homologues des provinces et des territoires.

Le processus qui a mené à la réunion des premiers ministres tenue en septembre 2004 est un excellent exemple de cette collaboration. Les premiers ministres se sont engagés à assurer un financement prévisible et croissant au régime, totalisant 41,3 milliards de dollars sur 10 ans. Je suis heureux d'affirmer que le consensus qui a mené à l'accord des premiers ministres est encore très fort et que l'argent prévu lors de cette réunion a déjà commencé à parvenir à ses destinataires. Les provinces font les investissements nécessaires dans leurs systèmes respectifs, le programme est en voie de réalisation et les progrès réalisés sont déjà visibles.

Permettez-moi de vous donner un exemple : les délais d'attente. Le budget de 2005 prévoit un financement fédéral direct de 15 millions de dollars sur quatre ans pour les projets visant à réduire les temps d'attente; cela s'ajoute aux fonds de réduction des temps d'attente de 5,5 milliards de dollars sur 10 ans. Des ressources ont déjà été mobilisées pour atteindre l'objectif d'établir des points de repère pancanadiens et basés sur des données scientifiques dans des secteurs prioritaires d'ici le 31 décembre 2005.

Par ailleurs, nous travaillons ensemble à tracer une stratégie relativement aux produits pharmaceutiques sous l'égide d'un groupe de travail ministériel. On travaille sur les dossiers des soins à domicile, de la réforme des soins primaires et de l'établissement d'un plan d'accès pour les Autochtones. Nous collaborons également pour accélérer la mise en oeuvre d'initiatives de télésanté. De plus, nous avons lancé des projets pour accroître les effectifs dans le domaine de la santé. Par exemple, le budget de 2005 prévoit l'affectation de 75 millions de dollars à l'évaluation et à l'intégration de professionnels de la santé formés à l'étranger.

En terminant, j'aimerais attirer votre attention sur certains postes clés du budget pour l'exercice 2005-2006, particulièrement là où les dépenses accusent un changement important par rapport au budget de l'année dernière. Permettez-moi cependant de rappeler que ces prévisions budgétaires n'incluent pas des engagements financiers relatifs à Santé Canada énoncés dans le budget de 2005. Ces engagements seront normalement incorporés dans le Budget supplémentaire des dépenses qui sera déposé ultérieurement, pendant l'exercice financier.

D'abord, je vous signale que le Budget des dépenses principal de Santé Canada a été réduit de 310,6 millions de dollars par rapport à celui de l'année dernière. Cela s'explique essentiellement par le fait que des ressources d'une valeur de 358,6 millions de dollars ont été transférées à la nouvelle Agence de santé publique du Canada. Si la diminution globale est inférieure au montant transféré à l'Agence,

c'est que nous prévoyons d'importantes nouvelles dépenses, dont la plus importante partie découle de notre responsabilité d'assurer les soins de santé aux Premières nations et aux Inuits. Le budget prévoit l'octroi de nouveaux fonds de près de 20 millions de dollars pour répondre aux besoins au chapitre des ressources humaines en santé et 12,2 millions de dollars de plus pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

Enfin, j'aimerais mentionner que nous subventionnons aussi le Conseil canadien de la santé, à hauteur de 10 millions de dollars. Le Conseil joue un rôle capital pour ce qui est de la mise en place de mécanismes qui obligeront tous les gouvernements à rendre compte de leurs décisions à la population canadienne.

Je sais que les Canadiens se soucient vivement de leur santé et de celle des membres de leur famille. Ils sont très attachés au système de santé que nous avons mis en place au Canada, système dans lequel les soins sont donnés en fonction des besoins médicaux et non de la capacité de payer. La population canadienne demande aux gouvernements d'améliorer le fonctionnement de ce système pour qu'il demeure viable et accessible pour de nombreuses années. Le plan décennal répond à cette demande. Les choix que nous avons faits et qui sont reflétés dans les prévisions budgétaires traduisent notre volonté de concentrer nos ressources sur les secteurs susceptibles d'offrir les meilleurs résultats aux Canadiens et leur rendre compte de l'utilisation de ces ressources.

Merci. Je répondrai volontiers à vos questions.

• (1120)

La présidente: Merci, monsieur le ministre.

Monsieur Merrifield, comment les membres de votre parti entendent-ils utiliser ces 15 premières minutes?

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): M. Fletcher disposera des 10 premières minutes, puis j'en aurai cinq.

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Fletcher, je vous ferai signe quand vos 10 minutes seront presque écoulées.

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

Monsieur le ministre, ma première question est très simple et porte sur la Loi canadienne sur la santé. On peut y répondre par un seul mot : oui ou non. La Loi canadienne sur la santé permet-elle la prestation privée de services de santé financés par l'État?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je ne prétends pas pouvoir vous donner un avis juridique, même si j'étais avocat dans une vie antérieure...

M. Steven Fletcher: Un oui ou un non suffirait.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je ne suis pas obligé de répondre par un oui ou un non. Je vous donnerai la réponse qui convient à votre question.

M. Steven Fletcher: Alors j'en conclus que je n'obtiens pas de réponse.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Poursuivez alors et posez-moi la question suivante, puisque vous ne voulez pas que je réponde à votre question.

M. Steven Fletcher: Oui ou non, la loi permet-elle...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Excusez-moi, mais je vous répondrai comme je l'entends.

M. Steven Fletcher: D'accord, eh bien allez-y, on verra bien.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Très bien.

La Loi canadienne sur la santé est le fondement du système d'assurance-maladie tel qu'il était au Canada en 1984. Elle consacre les cinq principes que chacun connaît. Elle interdit également que l'on impose des frais modérateurs et que certains patients passent devant les autres. Voilà les règles du système.

Certains avocats estiment que c'est aux provinces de décider si les services peuvent être fournis par des organismes privés et que le gouvernement fédéral n'a pas compétence pour déterminer si la prestation des services doit être privée ou publique. Mais permettez-moi de vous dire que, contrairement à votre programme, dans lequel vous préconisez la privatisation de la prestation...

M. Steven Fletcher: Monsieur Dosanjh...

L'hon. Ujjal Dosanjh: ... nous, nous préconisons un régime de santé public et la prestation publique des services.

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, j'aimerais signaler que le ministre n'a pas répondu à ma question, mais je crois que les faits montrent que les services de santé financés publiquement sont effectivement dispensés par des organismes privés.

Monsieur le ministre, êtes-vous prêt à l'admettre? Admettez-vous l'existence de tels cas au Canada?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Tout d'abord, il faut savoir que tous les médecins, du moins la plupart d'entre eux, sont des praticiens d'exercice privé. C'est le cas depuis la création de l'assurance-maladie. Par conséquent, il serait ridicule de répondre à cette question par la négative. En fait, 30 p. 100 de nos soins de santé sont dispensés par ces médecins, dont la plupart sont en exercice privé.

M. Steven Fletcher: En fait, monsieur le ministre, la dernière fois que j'ai posé cette question, vous avez bel et bien essayé d'y répondre par la négative. J'avais signalé que la plupart de nos médecins de famille, bien qu'ils soient effectivement rémunérés par l'État, sont des administrateurs privés des soins de santé.

On peut donc effectivement dire que des soins de santé financés par les fonds publics sont offerts par le secteur privé partout au Canada, et c'est exactement ce que préconise le Parti conservateur. Nous préconisons et appuyons la Loi canadienne sur la santé.

Maintenant...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi de dire ce que vous préconisez, puisque vous avez soulevé la question.

M. Steven Fletcher: Non, monsieur le ministre, c'était une affirmation.

Monsieur le ministre, votre gouvernement, le gouvernement libéral, a-t-il eu raison de réduire de 25 milliards de dollars le budget de la santé en 1995?

• (1125)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi de rappeler que nous avons tenu une commission royale d'enquête sur les soins de santé, la Commission Romanow, et qu'elle a indiqué que les niveaux de financement...

M. Steven Fletcher: En 1995...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Monsieur, voulez-vous me laisser répondre à la question?

La présidente: Monsieur Fletcher, vous pouvez poser des questions, mais vous devez laisser le ministre y répondre...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vous ne pouvez pas m'interrompre. Si vous continuez à le faire, je vais cesser de répondre à vos questions.

La présidente: Et ses réponses sont généralement succinctes.

Allez-y, monsieur le ministre.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Nous avons tenu une commission sur les soins de santé, présidée par Roy Romanow. Cette commission a rédigé un rapport complet sur les soins de santé. On y indiquait le soutien que le gouvernement fédéral devrait fournir à partir de maintenant. Quand le plan décennal a été élaboré et qu'il a été adopté par les premiers ministres en septembre dernier, Roy Romanow a déclaré publiquement que le soutien prévu dans l'accord relatif aux soins de santé va bien au-delà de ce qu'il avait recommandé.

Permettez-moi de répondre maintenant à votre observation quant à la position des conservateurs.

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, permettez-moi de rappeler au ministre quelle était ma question. Était-ce une bonne idée de réduire de 25 milliards de dollars le financement du régime des soins de santé en 1995? Le ministre n'a pas répondu à la question.

La présidente: Monsieur Fletcher, le ministre est ici pour traiter du budget des dépenses de l'exercice en cours, pas pour commenter des choses qui remontent à l'histoire ancienne.

M. Steven Fletcher: Il a déjà indiqué qu'il répondrait à la question. Et voilà maintenant qu'il n'y répond pas. Il ne peut pas faire une chose et son contraire.

La présidente: Il a répondu à la question comme bon lui semblait, et c'est son droit, tout comme c'est votre droit de poser des questions. Je vous rappelle néanmoins que l'objet de cette réunion est d'examiner le budget des dépenses pour l'exercice financier en cours. Il ne me semble pas pertinent aux fins de cette réunion de revenir sur ce qui s'est fait il y a 10 ans.

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, je ne suis pas d'accord, avec tout le respect que je vous dois. C'est cette réduction de 25 milliards de dollars qui a provoqué la crise du régime des soins de santé, et tout l'argent qui est versé dans ce régime aujourd'hui résulte de la négligence que le gouvernement actuel a manifestée par le passé à l'égard de ce régime. Je ne suis pas certain que...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Mais monsieur, c'est parce que... Je vais répondre à cette question pour vous.

M. Steven Fletcher: Monsieur le ministre, c'était une affirmation et non une question.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Eh bien, cessez de faire des affirmations à moins que vous ne vouliez que j'y réponde.

M. Steven Fletcher: La question...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vous avez fait une affirmation, monsieur; vous avez dit...

Le gouvernement Mulroney a mené le pays au bord de la catastrophe financière. Nous étions sur le point de devenir une république de banane. Il fallait redresser la barre.

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, le ministre ne me laisse pas terminer le préambule à ma prochaine question. Il vaudrait mieux, compte tenu de la dignité associée à ses fonctions, qu'il me permette de terminer.

Le fait est que la réduction de 25 milliards de dollars faite par le gouvernement libéral au régime de soins de santé a provoqué une crise dans ce régime. Ma question était simplement de savoir si cette mesure avait été une bonne idée. Le ministre a refusé de répondre à cette question, je vais donc poursuivre.

Le ministre conviendra-t-il alors avec moi que les libéraux se sont appropriés le programme du Parti conservateur, qui prévoyait le double des sommes promises par les libéraux à la dernière élection, et qu'ils ont essayé d'appliquer ce programme dans l'accord sur la santé? C'est le Parti conservateur qui avait, au départ, proposé les 41 milliards de dollars.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Monsieur, permettez-moi de vous en parler, de votre programme électoral.

En 2002, le programme de votre chef actuel était le suivant, et je cite : « Notre régime de soins de santé continuera »...

M. Steven Fletcher: Madame la présidente.

La présidente: Vous avez posé la question, monsieur Fletcher. Vous n'avez pas la parole pour l'instant. Le ministre a l'occasion de répondre à votre affirmation et à votre question.

Vous ne pouvez pas toujours avoir la parole, monsieur Fletcher.

Monsieur le ministre, vous pouvez répondre.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi de citer ce qu'on pouvait lire au site Web de votre chef actuel du Parti conservateur en 2002 : « [...] notre régime de soins de santé continuera de se détériorer à moins qu'Ottawa ne réforme la Loi canadienne sur la santé de façon à permettre aux provinces de mettre à l'essai des mesures de réforme du marché »—et je souligne, des réformes du marché dans le domaine des soins de santé—« et des options de prestation de services de soins de santé privés ».

En fait, votre chef actuel veut transformer les soins de santé en produits et il ne veut pas que ces soins soient limités à ce qui est prévu dans la Loi canadienne sur la santé.

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, le ministre serait bien avisé, je le répète, de se préoccuper...

La présidente: Monsieur Fletcher, votre rôle n'est pas de donner des conseils au ministre.

M. Steven Fletcher: Cela changera prochainement, j'en suis sûr.

Pour ce qui est de la position du Parti libéral, un ancien ministre du gouvernement et le ministre actuel ont déclaré le 20 avril 2004 que le principe de la Loi canadienne sur la santé voulant que les soins de santé relèvent de l'administration publique offre déjà suffisamment de souplesse pour permettre la prestation de services privés. C'est ce qu'a dit Pierre Pettigrew.

Votre gouvernement a déjà reconnu que la Loi canadienne sur la santé permet la prestation de soins privés. Vous continuez néanmoins de tromper la population canadienne en brandissant l'épouvantail des soins de santé privés, et ce, même si la plupart des médecins de famille fonctionnent selon un modèle de prestation de soins privés.

• (1130)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je sou mets très respectueusement que votre parti continue de tenir un discours face au programme de politique publique mais qu'il en a tenu bien d'autres avant d'adopter ce programme.

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, c'est le Parti libéral qui a des objectifs cachés en matière de santé.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je me ferai un plaisir de vous relire ce texte, au cas où vous l'auriez oublié.

M. Steven Fletcher: Nous pouvons régler cette question à l'extérieur de la salle. Cela me ferait plaisir.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je n'aime pas la bataille.

M. Steven Fletcher: Moi non plus, mais ne soyez pas étonné si vous avez des traces de pneus sur vos chaussures.

La présidente: C'est tout, monsieur Fletcher.

Monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield: Le ministre serait grandement désavantagé, car le fauteuil de mon collègue a de bonnes batteries.

Permettez-moi de continuer dans la même veine. Disons les choses comme elles sont. Je suis convaincu que le ministre est d'accord avec les dispositions de la Loi canadienne sur la santé, tout comme notre parti. Vous êtes d'accord avec ses dispositions, vous devez alors comprendre que les provinces ont le pouvoir de déterminer qui offre les soins de santé et que les options de prestation de ces soins font partie de la loi. C'est ainsi. Que le ministre soit d'accord ou non, c'est ainsi.

Pour ce qui est de notre politique... Je souhaite corriger ce qu'a dit le ministre et dire ce qu'il en est aux fins du compte rendu afin qu'il comprenne clairement quelle est notre politique, puisqu'elle contient un élément dont nous disons qu'il est une adaptation spéciale libérale à la Loi canadienne sur la santé, c'est-à-dire la reddition de comptes. Nous avons répété campagne après campagne, élection après élection, que la reddition de comptes est le sixième principe que nous ajouterions à la Loi canadienne sur la santé. S'il faut faire cela, c'est que votre parti a détruit le régime de soins de santé au milieu des années 90 en réduisant son financement de 25 milliards de dollars et en le plaçant dans la situation où il est aujourd'hui.

Vous avez parlé de listes d'attente, il y a quelques instants. Sous le régime libéral, les listes d'attente ont doublé au Canada depuis 1993. C'est un fait. On pourrait discuter de ce qui se fera à l'avenir—des 41 milliards de dollars—mais ce fait est incontestable. C'est ce qui s'est produit dans le régime de soins de santé au Canada.

Le ministre convient-il avec moi que la Loi canadienne sur la santé confère ce pouvoir aux provinces et que près de 32 p. 100 de tous les soins de santé dispensés actuellement le sont par le secteur privé? Est-ce vrai, oui ou non?

L'hon. Ujjal Dosanjh: J'ai déjà dit que près de 30 p. 100 de notre régime se fonde sur la prestation de soins privés. Je ne vais pas discuter de la Constitution avec vous, mais j'affirme toutefois, que votre parti professe publiquement qu'il appuie la prestation de soins privés. Pour notre part, nous appuyons la prestation publique et le financement public.

M. Rob Merrifield: La Loi canadienne sur la santé...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Voilà la différence, monsieur.

M. Rob Merrifield: Je ne suis pas d'accord avec vous.

L'hon. Ujjal Dosanjh: En 2002, votre chef a déclaré qu'il appuyait des réformes au marché des soins de santé, qu'il était d'accord pour que les soins de santé deviennent un produit et qu'il fallait donner aux provinces les plus grandes marges de manoeuvre en réformant la Loi canadienne sur la santé. Pourquoi voulait-il réformer la Loi canadienne sur la santé? Pouvez-vous me le dire?

M. Rob Merrifield: Parce que la Loi canadienne sur la santé doit contenir des obligations en matière de reddition de comptes. Nous ne devrions plus jamais permettre à un premier ministre du Canada de détruire le régime de soins de santé comme cela s'est fait dans les années 90. Celui qui a pris cette mesure était à cette époque ministre des Finances, et il est premier ministre aujourd'hui. Une telle chose ne s'est jamais vue dans une province depuis cette époque et aucun gouvernement fédéral ne l'a proposé de nouveau non plus.

Pourquoi faut-il qu'il y ait de la reddition de comptes? C'est pour éviter que votre parti puisse unilatéralement détruire le régime de soins de santé, comme cela s'est fait au cours de la décennie précédente.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Monsieur, pourquoi...

M. Rob Merrifield: C'est pourquoi il faut ajouter des dispositions en matière de reddition de comptes dans la Loi canadienne sur la santé. Il n'y en a pas à l'heure actuelle, et il faut apporter cette modification si on veut continuer d'avoir un régime de soins de santé au XXI^e siècle.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je suppose qu'il s'agit de la reddition de comptes qui entraînerait des réformes du marché. C'est le seul élément dont parle votre chef. Il n'était pas question de reddition de comptes en 2002.

M. Rob Merrifield: Écoutez, nous avons...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vous avez modifié votre position, n'est-ce pas?

M. Rob Merrifield: Non, non, elle est toujours la même.

Je ne sais pas si vous avez assisté à la conférence de Montréal. Vous auriez peut-être dû le faire pour connaître exactement notre politique. Il semble que, en public, vous en sachiez davantage au sujet de la politique du Parti conservateur que sur celle de votre propre parti.

Je vous signale que la Loi canadienne sur la santé permet une telle mesure, et vous l'avez reconnu. Nous sommes donc d'accord. Notre parti est d'accord avec la Loi canadienne sur la santé, tout comme les Canadiens. Notre parti l'appuie, tout comme le vôtre. Appelons les choses par leur nom et comprenons clairement ce qui est permis par la loi.

• (1135)

L'hon. Ujjal Dosanjh: J'ai toujours dit que, du point de vue de la Constitution, les provinces sont libres de choisir le mode de prestation des services.

M. Rob Merrifield: Exactement.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Ce fait n'est pas modifié par la Loi canadienne sur la santé. Cela fait partie de la Constitution.

M. Rob Merrifield: Exactement.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vous dites que vous appuyez la prestation des soins par les services privés. Nous, nous appuyons la prestation publique et le financement public.

M. Rob Merrifield: Nous appuyons le financement public...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Voilà la différence.

M. Rob Merrifield: Non, il n'y a pas de différence à ce sujet.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il y a bel et bien une différence. Contrairement à vous, monsieur, nous n'appuyons pas la prestation de soins privés.

M. Rob Merrifield: Non.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Oui, vous l'appuyez.

M. Rob Merrifield: Nous appuyons ce qui est permis sous le régime de la Loi canadienne sur la santé. Si vous êtes d'accord avec les dispositions de cette loi, vous êtes donc également d'accord avec cette mesure.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Nous ne discutons pas des lois. Nous parlons maintenant de politiques, monsieur. Votre politique appuie la prestation des soins privés. Cela signifie que vous voulez augmenter

les pouvoirs existants en matière de prestation de soins privés. Je dis que nous ne sommes pas d'accord avec cela.

M. Rob Merrifield: Voilà une interprétation intéressante de ce que nous croyons, d'après vous.

L'hon. Ujjal Dosanjh: C'est la vérité absolue.

M. Rob Merrifield: À mon avis, le ministre devrait se préoccuper davantage de ce qu'il croit que de ce que nous croyons. Ce serait une façon bien plus sage de prolonger le régime de soins de santé dans le nouveau siècle.

Si vous et le Parti libéral ne mettez pas cartes sur table en ce qui a trait aux soins de santé... Les débats sur l'importance ou la futilité des nuances dans la Loi canadienne sur la santé n'intéressent pas les Canadiens. Ce qui les intéresse, c'est de savoir qu'ils continueront d'être en santé et de pouvoir obtenir des soins de santé au XXI^e siècle. Nous n'avons pas le temps d'en faire un jeu politique. Votre gouvernement en a fait un jeu politique depuis 10 ans et il faut voir dans quel état le régime se trouve maintenant.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Monsieur, je...

La présidente: Merci, monsieur Merrifield. Les 15 minutes des conservateurs sont écoulées.

M. Rob Merrifield: Je suis désolé, mon temps est écoulé et le vôtre aussi.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Non, mon temps à moi n'est pas écoulé.

En fait, je suis stupéfait que vous pensiez que des euphémismes comme « souplesse maximale » pour les provinces, ce que vous voulez leur octroyer, est que des mots comme « réforme des marchés »...

M. Rob Merrifield: Cela ne va pas à l'encontre de la Loi canadienne sur la santé, et c'est ce dont nous parlons.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Les mots...

M. Rob Merrifield: Si vous respectez la Loi canadienne sur la santé, vous respectez forcément la compétence des provinces.

La présidente: Monsieur Merrifield, laissez-le parler.

L'hon. Ujjal Dosanjh: L'expression « réforme des marchés » que votre chef affectionne tant lorsqu'il parle des soins de santé, et il l'a utilisée en 2002...

M. Rob Merrifield: Vous n'appuyez pas la Loi canadienne sur la santé?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il faut se rappeler qu'il s'agit là d'une énorme distinction. Dans quelle direction voulez-vous vous engager, monsieur?

M. Rob Merrifield: Vous êtes contre la Loi canadienne sur la santé?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Ce que vous voulez, c'est un régime de soins de santé privé, mais pas nous.

La présidente: C'est maintenant au tour de Mme Demers. Dieu soit loué.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, madame la présidente. Le ministre va être content de savoir que notre parti ne voudra ni n'aura jamais le pouvoir.

Je vais vous poser des questions auxquelles, je l'espère, vous pourrez répondre. J'aimerais que vous m'expliquiez une chose, monsieur Dosanjh.

Nous avons rencontré lundi dernier le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Ce dernier nous a expliqué que les entreprises pharmaceutiques qui avaient vendu un produit trop cher, par exemple le Remicade, devaient rembourser les trop-perçus au receveur général, et que celui-ci vous recommandait alors de remettre l'argent aux provinces.

Cette année, on parle d'un montant de 7,8 millions de dollars dans le cas du Remicade, et de 3,8 millions de dollars dans celui du médicament EVRA. Ces sommes totalisent un peu moins de 11 millions de dollars. Avez-vous l'intention de faire comme par le passé, c'est-à-dire de remettre cet argent aux ministères de la Santé des provinces et territoires?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Excusez-moi, mais je n'ai pas tellement saisi le sens de votre question.

Ian, êtes-vous au courant?

M. Ian Shugart (sous-ministre adjoint, Direction générale de la politique de la santé, ministère de la Santé): Merci, monsieur le ministre.

Il y a un processus.

[Français]

Il y a un processus de discussion entre le fédéral et les provinces.

Mme Nicole Demers: Oui.

M. Ian Shugart: Il existait une formule assez complexe. De plus, d'après ce que je comprends, les provinces ne s'entendent pas sur la distribution des fonds. Cependant, les discussions se poursuivent, et on pourra assurer le suivi auprès du comité si d'autres détails s'avèrent utiles.

Mme Nicole Demers: Merci beaucoup.

J'ai feuilleté la revue *The Epoch Times*. Je me préoccupe beaucoup de la santé des femmes et des enfants autochtones. Dans cette revue, j'ai appris que plusieurs compressions ont été faites dans le budget que vous avez présenté. Par exemple, le Programme des services de santé non assurés sera amputé de 27 millions de dollars au cours des trois prochaines années. On y dit aussi qu'on éliminera le Système d'information sur la santé des Premières nations par des compressions budgétaires de l'ordre de 36 millions de dollars étalées sur trois ans. De plus, on ne promet pas d'indexation de 10 à 12 p. 100 pour le financement en matière de santé des peuples des premières nations.

Pouvez-vous m'expliquer les raisons de ces compressions dans une situation où les soins de santé des Autochtones sont de plus en plus importants? On sait que c'est chez ces jeunes que le taux de suicide est le plus élevé. La qualité de vie est aussi très basse, de même que l'espérance de vie, et ce sont encore surtout les femmes autochtones qui en sont les victimes.

Pouvez-vous m'expliquer les raisons de ces compressions budgétaires dans ce contexte?

• (1140)

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi de vous signaler brièvement que pour les cinq prochaines années, nous prévoyons un financement supplémentaire de 700 millions de dollars pour la santé des Autochtones.

Je vais céder la parole à un de mes fonctionnaires, M. Ian Potter, qui répondra à votre question au sujet des réductions.

M. Ian Potter (sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé):

La députée a mentionné certaines mesures qui s'inscrivaient dans la volonté générale du gouvernement de simplifier la prestation des services et de la rendre plus efficace. C'est dans ce contexte que s'inscrivent deux des mesures que vous avez signalées. D'abord, on a réduit les services de santé non assurés, sur la base de la croissance. Ainsi, le financement des services de santé non assurés va continuer à augmenter chaque année, mais Santé Canada va améliorer l'efficacité de la gestion de programmes, ce qui aura pour effet de réduire les dépenses que nous aurions dû engager dans ce gain d'efficacité.

[Français]

Mme Nicole Demers: [Note de la rédaction: inaudible]

[Traduction]

M. Ian Potter: Comment? On peut faire des économies en gérant mieux le transport, par exemple. Par ailleurs, la vérificatrice générale a indiqué que nous pourrions négocier des ententes collectives plus efficaces avec les fournisseurs de services relativement aux produits pharmaceutiques, à...

[Français]

Mme Nicole Demers: Ce sont des vœux pieux. Ce dont vous parlez ne s'est pas avéré. Vous formulez des vœux qui ne se sont pas réalisés, et ce n'est pas nécessairement en traitant des collectivités à la baisse que ça va se réaliser.

[Traduction]

M. Ian Potter: C'est exact.

[Français]

Mme Nicole Demers: D'accord.

J'aimerais savoir pourquoi les Autochtones n'ont pas accès à certains médicaments, par exemple des médicaments pour traiter la maladie d'Alzheimer comme l'Aricept, l'Exelon et le Reminyl. Ces médicaments ne sont pas disponibles pour eux. Quand on demande au ministère de la Santé de nous en donner les raisons, on nous renvoie au site web et on nous demande de chercher la réponse nous-mêmes. J'ai trouvé désagréable de me faire répondre ainsi et qu'on réponde ainsi aux personnes qui demandent des renseignements.

Ces médicaments ont un effet très positif sur les patients qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, car cela leur permet d'avoir une vie quand ils sont aux premiers stades de cette maladie. Pourquoi refuser ces médicaments aux Autochtones? Là aussi, ce sont encore surtout des femmes qui en souffrent.

Pourquoi ces médicaments ne sont-ils pas disponibles pour les Autochtones et les Inuits?

[Traduction]

M. Ian Potter: Le programme que nous gérons, celui des services de santé non assurés, repose sur une liste de médicaments. Cette liste indique les médicaments couverts. Nous déterminons quels médicaments sont assurés à l'issue d'un processus appelé l'évaluation commune des médicaments. Cette évaluation, à laquelle prennent part toutes les provinces et tous les territoires, est réalisée par des spécialistes médicaux, des médecins et des pharmaciens qui, après avoir évalué l'efficacité du médicament, recommandent ou non qu'il soit remboursé par le programme.

Ensuite, nous avons un comité consultatif qui nous conseille à ce sujet. Il comprend notamment des médecins, des spécialistes et des scientifiques, de même que des personnes bien au fait de la situation particulière de la clientèle des Premières nations et des Inuits. Ce comité nous adresse des recommandations quant aux produits à inclure dans la liste des médicaments couverts. Cela se fait de façon scientifique. S'il y a un médicament qui devrait être couvert à votre avis, il existe un mécanisme d'appel; vous pouvez demander à ce comité scientifique de revoir sa décision de ne pas inclure ce médicament.

[Français]

Mme Nicole Demers: Est-ce à dire que les militaires, comme toutes les personnes desservies par Santé Canada, n'ont pas accès à ces médicaments? Quand le groupe recommande de ne pas utiliser certains médicaments, est-ce que cela fait en sorte que toutes les institutions desservies par Santé Canada n'y ont pas accès?

• (1145)

[Traduction]

M. Ian Potter: Il existe certaines différences entre les régimes nationaux d'assurance-médicaments pour les Premières nations, les Inuits, les anciens combattants, la GRC et le MDN. La vérificatrice générale l'a signalé et a recommandé que tous les régimes fédéraux mettent au point une liste commune des médicaments remboursés et s'entendent sur les mêmes médicaments de base. Tous les ministères se sont engagés à le faire, reconnaissant qu'il pourrait y avoir certaines différences. Par exemple, le fait que les militaires se trouvent dans des situations de combat peut nécessiter l'inscription d'un médicament dont nous n'avons pas besoin. On souhaite élaborer une liste commune de médicaments pour tous les régimes fédéraux, où figureraient les médicaments recommandés par un comité scientifique en raison de leur efficacité.

[Français]

Mme Nicole Demers: Est-ce le même groupe de spécialistes qui vous avait recommandé en 1997 d'approuver le Depo-Provera, un médicament pourtant très dangereux pour les femmes? On avait demandé qu'il ne soit pas approuvé. Il était surtout utilisé dans les pays du tiers monde par des femmes dont, à mon avis, on ne faisait pas grand cas. Ce médicament rend les os très fragiles, cause des troubles de la vue, une augmentation de poids, une absence de menstruations et des pertes sanguines excessives. Il peut aussi avoir des conséquences très graves sur les femmes souffrant d'anémie ou de sous-alimentation, et pourtant, il est encore en vente.

Est-ce le groupe qui vous avait recommandé d'approuver ce médicament qui vous a recommandé de ne pas approuver l'Aricept?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je remercie la députée d'avoir soulevé cette question. Nous étudierons les médicaments que vous avez mentionnés pour voir s'ils peuvent être inclus dans l'examen des

médicaments au Canada et ainsi sur les listes des médicaments remboursés, s'ils sont relativement efficaces.

[Français]

Mme Nicole Demers: Avez-vous pris des notes cette fois? La dernière fois que nous nous sommes parlé, c'était à la Chambre, dans le cadre d'un comité plénier sur le budget au mois de novembre dernier. Je vous avais posé des questions sur des médicaments très précis, et vous deviez me faire parvenir des détails à ce sujet.

Or, ni vous ni vos sous-ministres et sous-ministres adjoints ne l'ont fait. Certains d'entre eux ont déjà été remplacés par d'autres, ce qui explique peut-être que je n'aie pas obtenu de réponse. J'apprécierais beaucoup que cette fois-ci, on fasse le suivi à partir des notes que vous aurez prises.

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: J'assure l'honorable députée que nous examinerons les engagements que nous avons pris lors de la dernière réunion de même que ceux que nous assumons aujourd'hui et que nous transmettrons l'information voulue au comité.

La présidente: Merci, madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Madame Crowder, à vous la parole.

Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD): Merci.

Ma question découle du mémoire présenté par l'AMC lors des consultations prébudgétaires. L'AMC a évoqué ce qu'elle appelle « l'écart Naylor »; elle croit qu'il faudrait consacrer des fonds supplémentaires à la santé publique à la suite de la crise du SRAS et du rapport Naylor. Selon l'AMC, il faudrait que le gouvernement accorde le milliard de dollars demandé, mais je vois que le budget ne prévoit que la moitié de cette somme. Pourriez-vous nous dire pourquoi on ne semble pas avoir prévu d'attribuer les sommes demandées?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Dans le budget, environ 300 millions de dollars sont prévus pour la stratégie intégrée de lutte contre les maladies chroniques et d'autres fonds sont affectés à la santé publique. Ce n'est peut-être pas exactement le montant recommandé par le Dr Naylor, mais ce budget prévoit plus d'argent pour la santé publique que les budgets précédents, notamment pour prévenir la grippe aviaire et ainsi de suite.

Monsieur Shugart.

M. Ian Shugart: Permettez-moi d'ajouter que dans le budget de 2004, les fonds étaient également transférés directement aux provinces dans le cadre d'ententes de fiducie pour financer, entre autres, l'immunisation. Je ne l'ai pas vérifié, mais je ne pense pas que l'AMC ait tenu compte, dans ses calculs, de cet appui aux provinces, qui était recommandé dans le rapport Naylor.

• (1150)

Mme Jean Crowder: Existe-t-il un mécanisme de déclaration externe qui puisse nous assurer que les provinces consacrent bel et bien cet argent à la santé publique?

M. Ian Shugart: Sauf erreur, les provinces s'étaient engagées à faire rapport de leur utilisation de ces fonds.

Mme Jean Crowder: Très bien.

Puisque nous parlons de rapport, abordons la question de la reddition de comptes. Quand le projet de loi C-39 a été déposé devant la Chambre, il ne contenait aucune disposition sur la reddition de comptes. Je sais que le budget prévoit des mesures pour améliorer la reddition de comptes, mais les recommandations d'organismes comme le Conseil canadien de la santé faisaient état de mécanismes de reddition de comptes très précis à cet égard. Cette mesure permettrait de savoir à quoi l'argent sert et comment il est dépensé, de manière à ce que le contribuable canadien puisse avoir l'assurance que cet argent sert effectivement à mettre en application le principe et les valeurs qui sont importants aux yeux de la population canadienne en matière de santé. Le projet de loi C-39 n'en parle pas, alors il n'y a pas de cadre législatif pour de telles mesures.

Dans son mémoire, l'AMC demande instamment au Parlement d'adopter une loi qui garantirait l'octroi de l'argent. Elle recommande fortement aussi que le système comporte des mécanismes de reddition de comptes et exige des gouvernements qu'ils fassent rapport des indicateurs relatifs à l'accès aux soins, etc. J'aimerais connaître vos idées à ce sujet.

Par ailleurs, je ne pense pas que le rapport sur l'application de la Loi canadienne sur la santé ne donne à la population l'assurance que l'argent va bien où il est censé aller. Par exemple, dans la partie qui traite de la Colombie-Britannique, on énumère les services hospitaliers assurés « par la province ou le territoire même ». Sur la colonne des paiements, en ce qui concerne les éléments comme les soins actifs, les soins chroniques, les soins de réadaptation, etc., on indique que les données ne sont « pas disponibles ». Toute une série de données ne sont pas disponibles. C'est dans ma province, la Colombie-Britannique.

Voilà pourquoi je ne pense pas que les gens puissent avoir l'assurance que l'argent est effectivement dépensé là où il est censé l'être.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je vais répondre de façon générale à vos questions sur la reddition de comptes.

Je crois que les Canadiens souhaitent que tous les paliers de gouvernement leur rendent davantage compte de la prestation des services de santé. Dans l'Accord sur la santé, tous les gouvernements se sont engagés à rendre compte de leurs décisions plus que jamais auparavant. C'est sans précédent. Nous avons fixé des échéances pour l'établissement de points de repère et d'indicateurs; nous avons fixé les dates auxquelles nous devons avoir élargi les soins à domicile de la façon prévue par l'accord; nous avons fixé les dates auxquelles tous les gouvernements du pays devront s'être entendus sur une stratégie nationale de produits pharmaceutiques; au 31 mars 2007, toutes les provinces et tous les territoires devront faire état d'une réduction appréciable des délais d'attente; en plus, vous avez le mécanisme ultime de reddition de comptes, le suivi parlementaire. Je crois qu'il est prévu dans trois ans. Cet examen parlementaire—que vous ferez et certains d'entre nous également, si nous sommes encore ici—permettra de juger si les provinces et même le gouvernement fédéral, par rapport à notre responsabilité relative aux soins de santé des Autochtones, ont rempli les obligations énoncées dans l'Accord sur la santé.

Finalement, un aspect encore plus important de cette reddition de comptes touchera la population de chaque province et territoire. Je pense que la population, l'électorat, aura assez d'information pour pouvoir juger si chaque province et territoire du Canada, et si le gouvernement fédéral, ont rempli ou non ces obligations.

À mon avis, le gouvernement fédéral ne devrait plus avoir à surveiller constamment les provinces. Nous sommes une fédération

et nous devons travailler ensemble. Bien entendu, il faut surveiller les provinces dans certains cas...

Mme Jean Crowder: Merci, monsieur le ministre. Je suis désolée de vous interrompre, mais je n'ai que dix minutes.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Très bien.

Mme Jean Crowder: Ma question s'adresse à M. Potter. Mme Demers a dit que les communautés autochtones ont exprimé des inquiétudes au sujet de la réduction des sommes consacrées à la santé des Autochtones. Dans ma région, certaines collectivités autochtones ont exprimé de sérieuses inquiétudes au sujet de la renégociation des ententes sur la santé, parce qu'apparemment on n'aurait pas tenu compte de l'énorme croissance démographique de ces populations. Ce sont les jeunes Autochtones qui contribuent à cette croissance démographique, mais on ne semble pas en avoir tenu compte au moment de renégocier ces ententes.

Mme Demers a également abordé la question des médicaments. Il y a chez nous un jeune Autochtone du nom de MacKenzie Olsen, qui prenait un médicament dans le cadre d'un projet pilote. Je comprends les raisons pour lesquelles il est difficile d'avoir accès à des médicaments conçus pour traiter des maladies rares. Mais ne faudrait-il pas faire preuve de compassion à l'égard d'un enfant qui a reçu un médicament dans le cadre d'un projet pilote et auquel on va retirer ce médicament en attendant l'aboutissement d'un processus réglementaire? L'absence d'un mécanisme permettant de financer ce médicament va détruire la qualité de vie de cet enfant.

• (1155)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Le cas de l'enfant dont vous parlez est très difficile. Il y a des questions qui sont difficiles à poser et auxquelles il est encore plus difficile de répondre. Au Canada, nous avons tous convenu d'établir un processus scientifique, le programme commun d'évaluation des médicaments.

Mme Jean Crowder: Nous avons permis à cet enfant de prendre le médicament pendant l'essai pilote. Ne pourrions-nous pas trouver le moyen de lui fournir ce médicament jusqu'à ce que les questions réglementaires aient été résolues?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Nous devons revoir le processus d'homologation de ces médicaments. Il faut examiner ensemble notre stratégie qui permet aux compagnies pharmaceutiques de vendre leurs médicaments. Elles peuvent créer une dépendance puis retirer tout à coup un médicament du marché. Nous devons nous pencher sur ces questions. Les compagnies pharmaceutiques se montrent parfois réticentes; elles peuvent refuser de collaborer à l'évaluation commune des médicaments ou tarder à le faire. La compagnie en question s'est montrée très réticente à prendre part à l'évaluation commune de médicaments au Canada. Cette évaluation est actuellement en cours et je vais demander à mes fonctionnaires de presser les responsables d'accélérer le processus.

Vous conviendrez avec moi, en tant qu'hommes et femmes politiques, que nous ne pouvons pas adopter une approche sélective en matière de médicaments. Nous ne pouvons pas nous substituer aux scientifiques. C'est un examen scientifique qui porte sur l'efficacité d'un médicament. C'est une question très difficile.

Mme Jean Crowder: Nous devrions peut-être rencontrer cet enfant pour qu'il nous décrive ce qu'il vit. Pourquoi susciter de l'espoir pour ensuite lui retirer le médicament? Si ce médicament n'est pas acceptable, pourquoi avoir permis au départ qu'il le prenne?

Je sais que cette question ne porte pas sur le budget, et je m'en excuse.

La présidente: Merci, madame Crowder.

Monsieur Savage.

M. Michael Savage (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci, madame la présidente.

Monsieur le ministre, soyez le bienvenu à cette première séance du Comité de la santé depuis le début de la campagne électorale de 2005.

Nous avons entendu beaucoup de préambules aujourd'hui. Permettez-moi donc d'y aller du mien. En toute franchise, je ne suis pas sûr que nous aurions encore un régime de soins de santé public si nous avions continué à avoir des déficits irresponsables de 40 milliards de dollars comme ceux que nous avons connus sous le gouvernement conservateur. Je suis fort heureux que nous ayons un système de santé public. Je suis heureux aussi que nous ayons réinvesti dans ce système l'année dernière et je suis fier de ce bilan.

Ma question porte sur l'autisme. À l'heure actuelle, le traitement de l'autisme ne fait pas partie des services de base couverts par la Loi canadienne sur la santé. Pensez-vous qu'il faudrait changer cela?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Cette question porte sur les thérapies—quelles thérapies devraient être assurées. J'étais en politique en Colombie-Britannique quand cette question s'est posée dans ma province. C'est une question difficile qui doit être tranchée par des mécanismes comme l'évaluation commune des médicaments ou peut-être une évaluation commune des traitements. Nous devons en arriver à des positions communes partout au pays de manière à pouvoir offrir des services semblables et de bonne qualité partout au Canada.

Je ne me hasarderai pas à dire quels traitements devraient être couverts. Je ne suis ni médecin ni scientifique.

M. Michael Savage: Je comprends votre position. Je pense que c'est une cause tout à fait valable que les parlementaires devraient appuyer... Il existe dans le système des lacunes qu'il faudrait combler avec l'argent supplémentaire qui sera consacré à la santé.

J'aimerais aborder les ressources humaines en santé et, dans un contexte plus général, ce qui me semble le deuxième aspect, en plus de l'existence de services privés et publics, qui risquent de nous amener à un système à deux vitesses, c'est l'existence au Canada de différentes normes de soins de santé.

Dans ma province, la Nouvelle-Écosse, les soins à domicile sont tout à fait inadéquats. Nous n'avons pas vraiment de soins pédiatriques à domicile. Il y a une grande disparité entre les régimes d'assurance-médicaments dans les différentes régions du pays.

Cette semaine, j'ai rencontré des représentants d'associations qui défendent les droits des personnes atteintes d'une tumeur au cerveau. Il existe dans certaines provinces un nouveau genre de chimiothérapie—administrée par voie orale—qui est très efficace chez les personnes atteintes d'une tumeur au cerveau. Dans certaines provinces, cette thérapie est couverte par l'assurance-maladie. Toutefois, elle ne l'est pas en Nouvelle-Écosse, dans la plupart des cas; chaque cas est évalué séparément. Voilà le genre de problème qui me préoccupe.

Je me souviens d'avoir assisté à des réunions, du temps où j'étais membre de la Fondation des maladies du cœur, et d'avoir entendu mes collègues de l'Alberta se réjouir de l'arrivée d'un nouveau spécialiste—un cardiologue ou un chirurgien cardiaque. Mais ensuite, j'apprenais que ce spécialiste venait de la Nouvelle-Écosse.

Cela illustre l'importance d'une stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé. Mais j'espère que nous arriverons à l'élaborer grâce, entre autres, à l'accord des premiers ministres. Je me

demande si vous-même ou un de vos fonctionnaires pourriez m'expliquer comment nous pourrions y parvenir.

• (1200)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi d'abord d'ajouter quelque chose à ce que vous avez dit. Le gouvernement fédéral a prévu des ressources supplémentaires pour la santé dans l'accord de 2000. À l'époque, j'étais premier ministre d'une province. Je peux vous dire que dans l'accord de 2003, on a également prévu plus de ressources et qu'ensuite, dans celui de 2004, on a encore prévu plus de ressources. Dans tous ces accords, notamment dans celui de 2004, une part importante des 5,5 milliards de dollars est consacrée à la formation de travailleurs de la santé. Dans le cadre des réductions des délais d'attente, on a prévu des sommes importantes pour les ressources humaines en santé.

Dans ce budget, nous avons également prévu 75 millions de dollars pour Santé Canada, pour nous occuper de la reconnaissance des titres de compétence étrangers et de l'intégration dans notre main-d'oeuvre de professionnels de la santé formés à l'étranger afin que des personnes telles que celles que l'on décrivait dans le *Globe and Mail* n'aient pas à s'en aller aux États-Unis. Les personnes dans cette situation pourront rester ici et travailler ici, où l'on a besoin d'elles.

M. Michael Savage: Je crois que Mme Dhalla voudra peut-être vous en parler. Elle s'est beaucoup occupée de la question de la reconnaissance des titres étrangers.

Est-ce que j'ai le temps de...

La présidente: Vous avez le temps de poser une brève question.

M. Michael Savage: Je voudrais poser une question au Dr Butler-Jones. Il s'agit de mon sujet de prédilection. Selon vous, comment nous débrouillons-nous en matière de prévention des maladies chroniques et de la promotion de la santé parmi les Canadiens? La santé des Autochtones, des peuples des Premières nations, est très importante. Le Canada atlantique connaît une fréquence très élevée de maladies chroniques. Le diabète, par exemple, y est omniprésent et il y a de nombreuses autres maladies. Pensez-vous que nous puissions faire des progrès dans la lutte contre ces maladies?

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de santé publique du Canada): Je n'irais jamais prétendre que nous sommes parvenus à nos fins, mais je crois que nous avons réalisé des progrès considérables grâce au budget de l'an dernier et à celui de cette année. Mais il ne s'agit pas uniquement d'une question budgétaire.

Les 300 millions de dollars permettront certainement d'appuyer vigoureusement l'intégration des stratégies. Divers organismes du secteur bénévole collaborent à l'intégration des stratégies de lutte contre, par exemple, les maladies cardiaques, le cancer ou les maladies pulmonaires. Il y a beaucoup de facteurs communs dans ces diverses interventions. Le simple fait que nous consacrons nos ressources collectives à ce but, que nous planifions les stratégies provinciales et autres, nous permettent, je crois, de prendre beaucoup d'avance sur l'échéance de deux ans que nous avions prévus. Je m'attends que nous poursuivions sur cette lancée.

La présidente: Merci, monsieur Savage.

Madame Dhalla, à vous la parole.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Je remercie beaucoup le ministre et ses adjoints d'être venus nous rencontrer aujourd'hui.

Monsieur le ministre, je voudrais vous parler de deux questions qui me tiennent à cœur, non seulement du fait de mes antécédents comme fournisseuse de soins de santé, mais également parce que cela intéresse les électeurs de ma circonscription, Brampton—Springdale, au plus haut point.

Tout d'abord, je dois dire que je suis d'accord avec M. Fletcher et M. Merrifield lorsqu'ils disent que les Canadiens ne veulent pas que l'on fasse de la petite politique avec la Loi canadienne sur la santé. Je souhaite vraiment que certains membres du Parti conservateur cessent de jouer à ce jeu-là.

Un bon nombre d'électeurs ont appelé mon bureau pour exprimer de grandes inquiétudes. Je voudrais bien connaître un peu plus amplement votre réaction à certaines remarques faites par le chef du Parti conservateur, Stephen Harper, au sujet de réforme des marchés concernant la Loi canadienne sur la santé. Deux autres conservateurs bien connus de tous, M. Manning et M. Mike Harris, ont discuté de la possibilité de modifier en profondeur la Loi canadienne sur la santé ou de la remplacer et de transférer entièrement aux provinces la responsabilité de la prestation et du financement des soins de santé, y compris au moyen d'un transfert de points d'impôt. Ils ont également discuté de la possibilité de prestations de soins de santé par le secteur privé.

Je sais que vous avez dit être un peu plus tôt un grand défenseur du financement public et de la prestation publique des soins de santé. Pourriez-vous nous dire quel serait l'effet sur les Canadiens de l'existence d'un système à deux vitesses, l'une pour les riches, l'autre pour les pauvres?

•(1205)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Dans le rapport Manning-Harris, il est question de soit éliminer la Loi canadienne sur la santé, soit de la changer de fond en comble. Il est aussi question de se servir de capitaux privés, de fournisseurs de services non gouvernementaux et de mécanismes d'établissement des prix axés sur le marché, ce qui est le même genre de discours que le chef actuel des conservateurs, soit Réforme-Alliance, tenait en 2002 sur son propre site Web à propos...

La présidente: Je m'excuse, monsieur le ministre. Mme Demers invoque le Règlement.

[Français]

Mme Nicole Demers: Excusez-moi, madame la présidente, je veux faire un rappel au Règlement, s'il vous plaît.

Le ministre est ici pour qu'on puisse lui poser des questions sur le système de santé actuel. Ce qui se passera après, je m'en fiche. En ce moment, c'est une plateforme électorale, et tout le monde s'excite à parler de sa plateforme électorale. Je trouve cela abominable.

On a des questions importantes à poser au ministre de la Santé et il y a des choses importantes à savoir. On ne devrait pas utiliser notre temps pour dire que l'un n'est pas bon et que l'autre n'est pas meilleur. On fait de notre mieux pour trouver les réponses aux questions. Peut-on être sérieux?

[Traduction]

La présidente: Je suis d'accord avec vous, madame Demers.

Mme Ruby Dhalla: Madame la présidente...

La présidente: ... c'est-à-dire que nous sommes réunis pour étudier le budget des dépenses. Quand je suis arrivée à la Chambre, les gens posaient des questions concernant des pages précises du livre bleu et précisaient même de quelle ligne il s'agissait et posaient des questions précises, comme vous l'avez fait, madame Demers, et

je tiens à vous en féliciter. Vous avez posé des questions précises sur des crédits précis, comme l'a fait Mme Crowder.

Depuis quelques années, certains ont pris l'habitude, lors de l'étude du budget des dépenses, d'aborder des questions qui, à mon avis, concernent plutôt les théories de la politique et de la gouvernance. J'aimerais bien que les gens s'écartent moins du sujet de notre réunion puisque nous sommes ici pour poser des questions au ministre et à ses adjoints à propos du budget des dépenses que nous avons devant nous et ce que tout cela signifie au niveau de Santé Canada et des activités du gouvernement du Canada pour la présente année financière que nous venons tout juste d'entamer. Le temps joue pour nous. Notre groupe doit décider s'il va adopter ce budget des dépenses ou non. Voilà pourquoi nous devrions nous en tenir aux prévisions budgétaires dans nos questions.

Merci de nous avoir rappelés à l'ordre, madame Demers.

Madame Dhalla.

Mme Ruby Dhalla: Il est malheureux que notre réunion soit partie sur ce pied...

La présidente: Oui.

Mme Ruby Dhalla: ... parce que je ne crois qu'aucun de nous ici n'ait eu cette intention. Nous sommes ici pour louer le merveilleux travail du ministre de la Santé et la façon dont il dirige son ministère. Nous pourrions peut-être donc poursuivre la réunion en abordant certaines des priorités du ministère de la Santé.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Évidemment, notre toute première priorité est de nous assurer que l'accord sur les soins de santé est bien mis en oeuvre et que nous pourrions établir des repères et des indicateurs pour le Canada tout entier. Le travail se fait déjà au niveau provincial et territorial. Le travail est déjà entamé au niveau fédéral.

Le premier ministre et moi-même avons rencontré le groupe *Wait Time Alliance* il y a quelques semaines, si ma mémoire est bonne, et nous l'avons félicité de son travail. Il y a aussi le *Western Canada Waiting List Project* ainsi que d'autres projets en Ontario, des groupes qui ont partagé avec nous leurs idées concernant les repères dans les cinq domaines de priorité dont il a été question pendant la campagne électorale.

Il y a aussi la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques qui fait partie de cet accord. Quant aux réformes générales entreprises au sein de Santé Canada, nous nous occupons très activement de questions concernant le processus d'examen des médicaments, les essais cliniques, le processus d'approbation et la surveillance après la mise sur le marché. Nous voulons ouvrir toutes ces portes au grand public et à tous les autres afin de savoir quels genres de produits pharmaceutiques nous obtenons et les essais cliniques auxquels ils sont soumis : le bon, le mauvais et le pire de toute l'information que l'on peut partager avec le grand public.

La présidente: Merci, madame Dhalla. Les dix minutes accordées à votre parti sont écoulées.

Nous passons maintenant à M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci bien, madame la présidente.

Je veux bien ne pas faire preuve de partisanerie politique mais, monsieur le ministre, on entend tellement de chiffres. J'ai des commettants qui m'appellent toutes les semaines. La semaine dernière, une personne âgée d'Oshawa qui essaie de se trouver un médecin de famille depuis un an et demi m'a appelé.

Les Canadiens ne se préoccupent pas vraiment des chiffres seulement. Ils veulent voir les résultats et non pas savoir simplement combien d'argent nous injectons dans ce système, mais plutôt savoir qui sont les responsables et savoir aussi si nous en obtenons vraiment pour notre argent.

Pour vous citer, le 23 novembre 2004, vous avez dit que le vrai problème c'est le temps d'attente.

Dans une région comme la mienne, à Oshawa, il nous manque 40 médecins. Nous avons subi une perte nette de deux médecins l'an dernier. On voit que le système avale beaucoup d'argent et mes commettants me demandent : « Combien de nouveaux médecins embaucherons-nous pour tout cet argent? Aurons-nous accès à plus de services? »

D'après vos prévisions budgétaires, combien d'argent consacrez-vous réellement pour obliger la province à s'assurer que l'argent est dépensé à ce à quoi il est destiné et combien d'argent servira à faire respecter la disposition générale de la Loi canadienne sur la santé?

• (1210)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Pour ce qui est des ressources humaines en santé, je ne me tromperais pas en vous disant que partout au pays, grâce aux genres de ressources prévues en vertu du nouvel accord, et aussi en raison de l'augmentation du financement consentie par les provinces elles-mêmes, nous prévoyons probablement intégrer plus de 1 000 nouveaux médecins et environ 800 nouvelles infirmières et autres dans le système de soins de la santé. Cela ne se fera pas du jour au lendemain.

Plutôt que de blâmer quelqu'un pour ce qui a eu lieu dans le passé, nous devons comprendre qu'à une certaine époque, au Canada, quand toutes les écoles de médecine du pays—parce que les experts nous ont dit que nous avions trop de médecins—ont décidé de diminuer le nombre d'étudiants qu'elles acceptaient en médecine. Aujourd'hui, la démographie change, la population augmente aussi et il nous faut plus de médecins et plus d'infirmières.

Nous travaillons tous ensemble. Nous étions à la réunion de tous les ministres de la Santé en octobre. Nous avons convenu de travailler ensemble pour intégrer à notre système les diplômés étrangers et aussi d'agrandir et d'améliorer les écoles de médecine et de soins infirmiers.

M. Colin Carrie: Mes commettants me disent que nous sommes débranchés de la réalité. J'ai un communiqué de Lakeridge Health, d'Oshawa, en date du 31 mars, qui nous apprend qu'on y met à pied 308 personnes. On met en péril les soins offerts aux patients. Nous sommes en état de crise. Ici, en Ontario, nous faisons face à un gouvernement libéral qui vient d'augmenter la taxe sur la santé, ce qui a rapporté quelque 2,2 milliard de dollars, mais il n'en remet que 46 millions aux hôpitaux. Il semble que la province va dépenser tout cet argent à payer des salaires.

Au vu de chiffres comme ceux-là, prétendez-vous dire aux habitants d'Oshawa, de l'Ontario et du Canada qu'à votre avis le système fonctionne? Où sont ces mécanismes de reddition de comptes qu'on nous a promis?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Moi, je vous dirai que le système est de loin un des meilleurs au monde. Il n'est pas parfait. De toute évidence, nous cherchons à régler ces problèmes. Faites un petit examen de conscience et rappelez-vous l'effet Harris. Je me souviens de Mike Harris qui vient de rédiger un rapport avec...

M. Colin Carrie: Vous venez tout juste de nous demander de ne pas retourner 10 ans en arrière...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Non, mais...

M. Colin Carrie: ... qu'il s'agisse de votre propre bilan, de celui de M. Harris...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Mais...

M. Colin Carrie: ... ou de celui de M. Manning. On essaie de s'écarter de la partisanerie, monsieur le ministre.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Que vous me dites. Excellentes nouvelles.

M. Colin Carrie: Mais, vous savez quoi?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Ne versons pas dans la partisanerie.

M. Colin Carrie: Vous êtes le ministre le plus important au Canada et si vous prétendez me... Vous essayez de vous dérober à vos responsabilités vis-à-vis des provinces...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je ne me dérobe pas.

M. Colin Carrie: Est-ce qu'une de vos responsabilités n'est pas d'obliger les provinces à rendre des comptes? Si elles ne dépensent pas l'argent au chapitre de soins de la santé, n'est-ce pas cela que vous êtes censé faire?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Si une province précise ne fait pas du bon travail et ne se sert pas des ressources dont elle a besoin pour bien le faire, cette province, évidemment, fera face un jour à son électorat. Me dites-vous que le grand frère d'Ottawa devrait dire aux provinces comment gérer leurs propres services de santé?

M. Colin Carrie: Est-ce qu'une partie de votre travail, monsieur...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Est-ce que...

M. Colin Carrie: ... n'est pas de vous assurer que l'on respecte la Loi canadienne sur la santé?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Oui, nous faisons respecter la Loi canadienne sur la santé. C'est vous qui voulez la jeter par-dessus bord, la démolir, la démanteler.

M. Colin Carrie: Ce n'est pas vrai.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Si vous vous reportez à ce que disait votre propre chef en 2002, c'est exactement de cela qu'il s'agit, monsieur.

M. Colin Carrie: Monsieur, ne me mettez pas de mots dans la bouche.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je n'ai même pas besoin de faire le moindre effort.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Carrie.

Nous passons à M. Thibault.

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je suis heureux de constater que vous voudriez que le comité fasse revivre la tradition de poser ses questions sur les prévisions budgétaires seulement. Je me rappelle que le ministre a comparu devant la Chambre des communes réunie en comité plénier, ce que l'on appelait le marathon des reins d'acier, il a répondu aux questions pendant cinq heures de temps. Je ne crois pas qu'on lui posait une seule question sur les chiffres. J'ai comparu à titre de témoin devant ce comité-ci six fois pour me faire poser des questions sur le budget des dépenses et le budget supplémentaire et je ne me rappelle pas qu'on m'ait jamais posé une seule question sur les chiffres. De mémoire, on ne m'a posé des questions que sur nos politiques. Donc, cette ancienne tradition de ne poser des questions que sur les chiffres n'est pas encore née, à mon avis.

•(1215)

La présidente: Je vous demande pardon, mais Mme Demers a quand même remis les pendules à l'heure. Nous devrions avoir la sagesse de l'écouter.

L'hon. Robert Thibault: Je suis d'accord. À mon avis, il est important de voir quelles sont nos politiques, comment le Canada aborde le présent et entend aborder l'avenir tout en étudiant les risques possibles. Je crois que le ministre a raison de soulever la question du risque et de changements aux politiques publiques. Cela me semble juste.

Au début de son intervention, le ministre nous a rappelé qu'il a visité la Chine et je dois dire que j'ai eu le plaisir de l'accompagner. J'ai beaucoup appris de ce voyage. Le ministre était accompagné du Dr David Butler-Jones. Le but du voyage était d'apprendre comment cette partie du monde, et plus précisément la Chine, où les premiers cas de SRAS ont apparu, avait réagi face à cela et s'était préparée pour la possible émergence de nouvelles maladies et abordé la question de mesures que l'on pouvait prendre face aux pandémies.

Pourriez-vous nous dire quel est l'état des préparatifs au Canada et chez nos partenaires ainsi que le travail qui se fait en partenariat avec des organismes comme l'Organisation mondiale de la santé? Par exemple, la grippe, dans ses variétés Marburg et aviaire, nous inquiète, et il y en a d'autres. Peut-être que vous et le Dr Butler-Jones pourriez nous en dire un mot.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je crois que je vais demander au Dr Butler-Jones de vous fournir les détails. J'aimerais répéter ce que j'ai dit au début de mes interventions.

Il y a quelque temps, après avoir étudié le niveau des préparatifs dans divers pays, l'OMS a dit que nous étions, et de loin, les mieux préparés au monde. Cela ne veut pas dire que nous avons atteint la perfection. Il reste encore du travail à faire.

Je laisse au Dr Butler-Jones le soin de vous en faire connaître les détails.

Dr David Butler-Jones: Il y a une ou deux choses que j'aimerais ajouter aux propos du ministre.

Par rapport à d'autres pays, nous sommes dans une situation avantageuse du fait que nous avons déjà un plan en place. Les provinces et territoires ont le leur, les régions aussi, et ils sont tous inter-reliés. C'est un secteur où nous avons reçu une bonne collaboration des provinces et des territoires.

J'en prends notamment pour exemple le comité permanent qui continue de passer en revue les plans ainsi que l'achat par les provinces des antiviraux, également prévus dans le plan. Si le budget est adopté, les fonds seront affectés à la création de simili vaccins et à la poursuite des préparatifs.

Nous travaillons très étroitement avec l'OMS et nos homologues des autres pays. Un signe encourageant de la Chine est qu'elle prend ce travail très au sérieux après la crise du SRAS. On constate une ouverture qui n'existait pas auparavant et un intérêt pour la collaboration avec les autres pays. Des scientifiques à nous travaillent en Angola pour lutter contre la fièvre de Marburg et au Nord-Vietnam pour lutter contre la grippe aviaire. C'est un domaine où la collaboration est de plus en plus la règle, les populations ayant tiré les enseignements du SRAS.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je précise que le Dr Butler-Jones doit nous quitter à 12 h 30. Si quelqu'un a des questions à lui poser, peut-être la présidente pourrait-elle les laisser faire.

L'hon. Robert Thibault: Comme tous les médecins canadiens, son emploi du temps est chargé.

La présidente: On ne me l'avait pas dit. Comme tous les députés veulent prendre la parole, je vais passer à la liste.

Monsieur Thibault, il vous reste deux minutes environ.

L'hon. Robert Thibault: Le Dr Butler-Jones, comme tous les médecins canadiens, a un emploi du temps chargé et une foule de rendez-vous, j'en suis sûr.

J'aimerais revenir sur une question posée par Mme Demers. La réponse pouvait prêter à confusion. Il s'agit d'une distinction entre la liste des médicaments et l'approbation des médicaments, deux filières distinctes.

Pour les médicaments que nous prenons en charge pour nos assurés, le médicament peut être approuvé pour utilisation au Canada et prescrit par le médecin mais ne pas figurer sur la liste. La réponse de Mme Demers a peut-être créé une certaine confusion. J'aimerais que vous nous donniez des éclaircissements.

M. Ian Shugart: Madame la présidente, le secrétaire parlementaire a raison. Même s'il s'agit d'un domaine dans le cadre de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques élaborée comme élément de l'accord sur les soins de santé des premiers ministres, il serait avantageux d'y apporter des changements et de l'adapter.

Les critères qui déterminent la mise en marché du médicament sont d'abord et avant tout leur innocuité puis leur efficacité : agissent-ils comme leurs fabricants le prétendent?

La question de leur efficacité dans la population une fois que ces médicaments sont consommés par les malades, puis leur rentabilité comme médicaments et comment une thérapie en particulier réussit par rapport à d'autres—ou aucune autre, s'il y en a pas—figure parmi les critères employés pour déterminer ce que les régimes publics paieront pour les médicaments qui figurent sur la liste.

Il est largement reconnu que nous pourrions mieux faire et faire peser une partie de la prise de décisions et de la preuve dans ces deux filières. Idéalement, au Canada, nous devrions nous acheminer vers une situation où la preuve détermine non seulement les décisions sur l'accès aux nouveaux médicaments sur le marché mais sur ceux qui sont effectivement employés en situation clinique et ceux qui sont financés par les fonds publics pris en charge par les assurances-médicaments.

•(1220)

La présidente: Merci, monsieur Shugart.

Merci, monsieur Thibault.

Nous allons enchaîner. En votre nom, je souhaite la bienvenue à Mme Bonsant, qui est de passage au comité aujourd'hui.

[Français]

Mme France Bonsant (Compton—Stanstead, BQ): Merci, madame la présidente.

Bonjour, monsieur le ministre. Mon comté, Compton—Stanstead, est agricole à 60 p. 100. J'ai visité des fermes, et les agriculteurs m'ont expliqué qu'il existe au Québec un processus de traçabilité des animaux. Cependant, quand ces carcasses arrivent dans une compagnie de transformation, on les mélange à d'autres carcasses qui viennent d'autres pays.

Je veux savoir si Santé Canada est au courant de ce qui s'est passé aux États-Unis en ce qui concerne la maladie de la vache folle. Des inspecteurs ont été remerciés de leurs services à cause de cela.

J'aimerais savoir si Santé Canada teste les carcasses des animaux qui arrivent de l'Uruguay, du Brésil ou des États-Unis, car le fait de mélanger le boeuf de l'extérieur avec celui du Québec ou du Canada peut probablement mener à la propagation de certaines maladies. Je veux donc savoir si vous faites des tests. Sinon, votre budget prévoit-il que vous embauchiez des inspecteurs pour examiner cette viande qui arrive de partout et qui vient d'un environnement différent de celui du Québec ou du Canada?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je vais demander à Diane Gorman, notre SMA, de vous répondre.

Mme Diane Gorman (sous-ministre adjointe, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé): Merci beaucoup.

Je m'appelle Diane Gorman et je suis sous-ministre adjointe à la Direction générale des produits de santé et des aliments.

L'organisation qui fait le travail que vous venez de décrire est l'Agence canadienne d'inspection des aliments. C'est elle qui se charge de suivre les animaux et d'inspecter les produits qui entrent au pays.

De plus—et ce n'est pas moi qui devrais répondre en son nom—, elle contrôle également les pratiques des autres pays : le produit qui arrive à la frontière est inspecté lui-même mais l'agence connaît aussi les pratiques du pays, comment il traite les bêtes, cela relève de l'ACIA.

[Français]

Mme France Bonsant: Les tests sont-ils faits sur les animaux vivants ou seulement sur les morceaux congelés qui arrivent au Canada?

[Traduction]

Mme Diane Gorman: Les produits qui arrivent au pays sont inspectés de diverses façons. Je répète que je ne devrais pas répondre au nom de l'agence. Le bétail sur pieds est inspecté différemment du bétail abattu à l'étranger.

Votre question porte en fait sur les pratiques : comment détermine-t-on la santé de l'animal, ce que contrôle également l'agence.

[Français]

Mme France Bonsant: C'est effrayant de lire dans les journaux que des inspecteurs américains ont été remerciés de leurs services parce qu'ils ont décelé des maladies chez des boeufs. Qui me dit que ces boeufs ne sont pas rendus dans mon réfrigérateur?

Mme Diane Gorman: C'est encore l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Mme France Bonsant: En tout cas, je suis un peu inquiète à ce sujet, car des boeufs malades auraient pu passer sans qu'on le sache.

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Pourrais-je suggérer à la députée de poser ces questions à l'ACIA, qui appartient au ministère de l'Agriculture ou au ministre lui-même, s'il comparait devant le comité.

[Français]

Mme France Bonsant: On parlait plutôt de santé, et la santé passe par la nourriture.

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je comprends.

[Français]

Mme France Bonsant: Merci.

Ai-je encore un peu de temps?

[Traduction]

La présidente: Il vous reste deux minutes.

[Français]

Mme France Bonsant: Je vais céder la parole à ma collègue.

Mme Nicole Demers: Merci, madame la présidente.

Ma question s'adresse à M. Shugart. Vous avez dit plus tôt qu'il y aurait peut-être des modifications dans l'acceptation de certaines drogues. J'aimerais savoir si vous tiendrez compte, pour des médicaments comme l'Aricept, le Reminyl et l'Exelon, des recherches effectuées par un test appelé le Mini Mental, qui permet de détecter rapidement la dégradation et la perte d'autonomie d'une personne qui souffre de la maladie d'Alzheimer. Actuellement, ce test n'est pas accepté. Pourtant, avec les médicaments dont je vous ai parlé plus tôt, la condition de vie des personnes se dégraderait deux fois moins vite sur le plan de l'autonomie.

Je connais moi-même des personnes qui prennent de l'Aricept. Avant d'en prendre, elles ne pouvaient plus fonctionner. Dans les deux semaines qui ont suivi le début de la prise du médicament, elles ont pu recommencer à fonctionner normalement. Les tests comme le Mini Mental sont très appropriés pour pouvoir décider de la prise du médicament ou non. Avez-vous l'intention de revoir cela aussi?

● (1225)

M. Ian Shugart: Merci, madame la présidente.

La question soulevée dans ce contexte est de nature technique, scientifique. En principe, au ministère de même qu'à l'intérieur du processus commun employé lorsque les médicaments sont passés en revue, nous utilisons toutes les données disponibles, et ce, pour être en mesure de faire une évaluation complète.

Par contre, je ne peux pas faire de commentaires sur un essai spécifique. Comme l'a mentionné M. Potter, nous avons accès à une vaste gamme d'experts qui mettent à contribution leur expertise et des connaissances à jour sur les nouveaux développements en matière de médicaments. Tout est inclus dans les deux examens.

Mme Nicole Demers: Malheureusement, cela ne semble pas suffisant. Je ne crois pas qu'il s'agisse ici uniquement de connaissances scientifiques. D'autres considérations doivent être prises en compte.

Merci, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Bonsant, madame Demers.

Nous allons passer à Mme Dhalla.

Mme Ruby Dhalla: Je veux parler d'une autre question qui importe beaucoup à un grand nombre de néo-Canadiens et à ceux qui sont nés et ont grandi ici mais qui vont à l'étranger faire leurs études de médecine et se rendent compte une fois devenu médecin qu'ils ne peuvent rentrer au pays. J'ai un certain nombre d'électeurs et d'amis dans la région de Brampton—Springdale qui sont dans cette situation.

Je me réjouis de voir que pour la première fois nous avons des fonds dans le budget pour nous en occuper. Pourriez-vous nous dire quelles sommes serviront à reconnaître les titres de compétences étrangers et ce que fait le ministère pour s'assurer que les Canadiens ont accès à des médecins? Il existe actuellement une immense pénurie et je pense que la reconnaissance des titres de compétences étrangers serait une solution.

L'hon. Ujjal Dosanjh: J'aimerais d'abord signaler le fait que vous et Mme Hedy Fry avez mis énormément d'efforts dans ce dossier pour mettre sur pied un programme fédérateur de tous les gouvernements.

Comme vous le savez, le gros des pouvoirs en matière d'accès à ces professions libérales appartient aux gouvernements provinciaux et c'est pourquoi nous devons travailler avec eux. Nous avons prévu 75 millions de dollars sur cinq ans pour nous assurer que nous avons, si ce n'est un guichet unique, au moins un certain nombre de guichets où les nouveaux venus pourront être accueillis, qu'il s'agisse de jeunes Canadiens ou Canadiennes qui ont fait leurs études de médecine ou de sciences infirmières ou autres à l'étranger ou d'immigrants.

D'ici une semaine à peu près, nous annoncerons les détails du travail que vous avez accompli. Restez à l'écoute.

Mme Ruby Dhalla: Y a-t-il eu des discussions entre le gouvernement fédéral et l'AMC ainsi que les diverses corporations? Peut-être le ministère pourrait-il nous dire...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Plusieurs ministères importants travaillent ensemble sur ces dossiers. C'est le cas, à tout le moins, de RHDC, de Citoyenneté et Immigration Canada et du ministère de la Santé. Je suis persuadé que les différents ministères ont entamé des pourparlers avec les provinces et les territoires dans les domaines qui les préoccupent pour obtenir leur collaboration.

• (1230)

Mme Ruby Dhalla: Ma deuxième question a trait à l'accord sur la santé d'une valeur de 42 milliards de dollars que le gouvernement fédéral a signé avec les provinces. Il y a quelques mois, ou lorsque vous avez parlé de cette question l'année dernière, on s'affairait à définir les points de repère et les objectifs cibles. Ce processus est-il terminé?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Trois organismes, la Wait Times Alliance, la Western Canada Waiting List, et l'ICES, ont défini des temps d'attente qui leur semblent appropriés dans les domaines des maladies cardiaques, du cancer, de l'imagerie diagnostique, de la restauration de la vue et du remplacement d'articulations. Le travail est déjà bien amorcé.

Les provinces et les territoires, l'Institut canadien d'information sur la santé et les IRSC collaborent pour faire en sorte que d'ici le 31 décembre 2005, nous ayons les points de repère partout au Canada. Les données scientifiques sont les mêmes partout au pays. D'ici le 31 mars 2007, nous voulons être en mesure de faire rapport des progrès réalisés dont la réduction des délais d'attente.

L'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et d'autres provinces ont déjà investi des ressources considérables dans la réduction des temps d'attente et ont connu un certain succès.

Mme Jean Crowder: En ce qui concerne l'innocuité de nos aliments et de nos médicaments, j'ai été heureuse d'entre le ministre dire qu'il souhaitait plus de transparence. La population n'a plus confiance, étant donné ce qui s'est produit dans le cas des implants mammaires en silicone. Il a fallu un tollé pour que le ministre s'occupe de cette question et que le processus devienne public.

À la page 24 du Rapport sur les plans et priorités, on dit qu'un certain nombre d'aliments nouveaux, tels que les animaux et les plantes génétiquement modifiés, seront soumis à un examen, à une autorisation de mise en marché et à une mise en marché par Santé Canada. Notre comité s'est penché sur le projet de loi C-27, plusieurs témoins ont exprimé leurs inquiétudes face à la non-application des principes de prudence.

Les dépenses nettes prévues pour l'exercice 2004-2005 s'élevaient à 258,8 millions de dollars. Pour l'exercice 2005-2006, elles s'élèvent à 234 millions de dollars. Les chiffres continuent à diminuer. Or, les Canadiens se préoccupent de plus en plus de la sécurité de leurs approvisionnements alimentaires et du processus d'homologation des médicaments, étant donné ce qu'on a vu dans le cas de certains médicaments comme le Vioxx et le Celebrex.

On prévoit des revenus disponibles de 41,2 millions de dollars pour chaque année. J'aimerais savoir exactement à quoi correspondent ces revenus.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Diane, qu'est-ce qui est compris dans ces revenus?

Mme Diane Gorman: Permettez-moi de répondre à vos préoccupations relatives à l'innocuité et à la nécessité de rassurer les Canadiens. Les chiffres que vous avez cités ne comprennent pas certains de nos investissements récents. Dans le budget fédéral de cette année, le gouvernement investit 170 millions de dollars dans la sécurité.

Mme Jean Crowder: À quel autre endroit cela figurera-t-il dans le budget?

Mme Diane Gorman: Dans le Budget supplémentaire des dépenses. À différents moments, nous avons également demandé des fonds supplémentaires au Cabinet. Nous l'avons fait il y a deux ans et obtenu des fonds pour la stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, qui comportait certains éléments liés à la sécurité. À l'époque, le ministre avait proposé à ces collègues du Cabinet de leur montrer les améliorations que ces premiers investissements avaient permis d'apporter à notre système de réglementation des médicaments. Ils ont décliné l'offre, mais cela ne veut pas dire que nous ne sommes pas prêts à retourner devant le Cabinet pour expliquer à quoi nous avons consacré ces fonds et comment nous entendons améliorer la sécurité.

• (1235)

Mme Jean Crowder: Vous dites que le processus s'est amélioré, mais je crois que c'est tout à fait contraire à la perception qu'ont les gens. L'année dernière, l'association canadienne des journalistes a décerné à Santé Canada le prix du ministère le plus secret, le plus impénétrable au Canada.

Puisque vous dites qu'on a amélioré le processus, j'aimerais savoir si on a amélioré l'accès et la transparence. On a vu ce qui s'est passé dans le cas des règlements pris en vertu de la Loi sur les pesticides... Je ne me souviens pas exactement du titre de la loi. La loi a été modifiée en 2002 et on a pris un règlement, mais il n'a jamais été mis en vigueur. Certains des engagements qui avaient été pris à l'époque, par exemple, la création d'une salle de lecture publique, n'ont jamais été remplis. Il y a donc un certain écart entre ce qui figure sur papier et la réalité.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi de commenter la question de la transparence? Je céderai ensuite la parole à Diane pour répondre à votre question.

Mme Jean Crowder: J'ai une autre question sur les revenus.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Pourquoi ne la posez-vous pas tout de suite? Nous pourrions répondre aux deux questions en même temps.

Mme Jean Crowder: Pourriez-vous expliquer la source des revenus? Pour chaque année, on prévoit des revenus disponibles de 41,2 millions de dollars. D'où vient cet argent? Comment ces revenus sont-ils générés?

Mme Diane Gorman: Vers le milieu des années 90—en 1995 exactement—, le gouvernement a conféré à la direction générale le pouvoir de recouvrer ses coûts, selon les termes utilisés à l'époque, directement auprès de l'industrie. Nous avons donc établi une tarification pour différentes choses. Par exemple, si une entreprise veut obtenir une licence d'établissement au Canada pour pouvoir fabriquer des produits pharmaceutiques, nous inspectons les lieux pour nous assurer qu'ils répondent aux normes en vigueur au Canada. L'entreprise est alors tenue, dans le cadre du processus d'octroi de licences, de nous payer un certain montant.

Mme Jean Crowder: Ce sont donc des droits d'octroi de licences?

Mme Diane Gorman: C'est un élément parmi d'autres. Quand une compagnie demande à Santé Canada d'homologuer un médicament, elle doit déboursier certains frais qui ne couvrent pas la totalité de nos coûts. C'est du reste la pratique partout dans le monde. Nous avons commencé à exiger des frais en 1995.

Mme Jean Crowder: Merci.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi quelques mots au sujet de notre campagne visant à favoriser plus d'ouverture, de transparence dans tout le ministère. Au moment d'assumer le poste de ministre de la Santé, il y a huit mois, j'ai déclaré que le ministère devait être un agent de changement, qu'on devait y promouvoir activement plus de transparence et d'ouverture. Nous avons essayé de le faire dans tous les dossiers et j'inviterais les membres de votre comité à veiller à ce que nous poursuivions dans cette voie. J'estime que le public a le droit de savoir; c'est là un principe de base. Cependant, il peut y avoir des renseignements qui doivent demeurer confidentiels pour des raisons commerciales ou de droits d'auteur.

Mme Jean Crowder: Dans ces conditions, nous aimerions savoir si la Direction générale des produits vétérinaires de Santé Canada a fait une étude sur l'estradiol.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Absolument.

Mme Jean Crowder: Merci.

La présidente: Merci, madame Crowder.

Monsieur Thibault, à vous.

L'hon. Robert Thibault: J'ai un bref commentaire puis une question pour le ministre.

Mme Dhalla a évoqué la reconnaissance de titres de compétences étrangers, qui pose problème partout au pays. Il y a une pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé, des techniciens, des infirmières, etc. C'est un problème très important partout au Canada, mais il est encore plus grave dans les régions rurales et éloignées des grands centres. Il est beaucoup plus difficile d'inciter les immigrants à s'établir dans les régions éloignées et d'y ramener après la fin de leurs études les personnes originaires de ces régions mais qui les ont quittées pour aller étudier dans les grands centres.

Dans bien des cas, les communautés ont elles-mêmes trouvé les solutions à leurs problèmes. L'autre jour, j'ai eu l'occasion de converser avec un membre de la fondation d'un hôpital de la région de Yarmouth et il m'a décrit une solution qu'on avait trouvée grâce à un peu d'imagination. Ces gens essaient de faire en sorte que des professionnels formés à l'étranger mais qui ne sont pas encore agréés au Canada puissent exercer sous le mentorat de professionnels de la santé canadiens. C'est une idée relativement peu coûteuse qui me semble très élégante; excellente façon pour ces gens de contribuer à remédier au problème tout en obtenant leur agrément professionnel de manière à pouvoir bien gagner leur vie et continuer à offrir des services.

Je demanderais au ministre, dans ses interactions avec d'autres ministères, avec Mme Dhalla et son groupe et avec Mme Fry, d'envisager la possibilité de subventionner des projets comme celui-là, des projets qui sans correspondre au modèle classique sont néanmoins excellents.

Un autre exemple qui illustre le fait que les communautés peuvent trouver des solutions est également de Nouvelle-Écosse. Dans cette province, on a ciblé certaines catégories d'interventions où les délais d'attente sont longs et on souhaite les réduire; la chirurgie cardiaque est une de ces catégories et on a réussi à réduire sensiblement les délais d'attente avec très peu d'argent. La collectivité avait déjà beaucoup d'éléments de solution. Elle a dû les réaligner et construire, je crois, un bloc opératoire de plus. Cela leur a permis de réduire de façon substantielle les temps d'attente en Nouvelle-Écosse.

Je crois comprendre qu'ils peuvent affecter l'argent qui leur est transféré vers d'autres catégories d'interventions où l'on veut réduire les temps d'attente. Ce n'est pas une approche à l'emporte-pièce.

• (1240)

L'hon. Ujjal Dosanjh: C'est vrai.

Permettez-moi de répondre d'abord à votre dernière question. Nous avons convenu de travailler sur cinq secteurs prioritaires, mais nous avons aussi reconnu que si ces secteurs ne sont pas les plus problématiques dans une province donnée, celle-ci peut travailler dans d'autres secteurs. C'est merveilleux de voir qu'on obtient déjà de telles réussites.

Nous devons trouver des solutions originales à ce genre de problème. Il arrive que les solutions existent mais qu'il faille réfléchir un peu pour les voir. Nous soutenons toujours, par des projets pilotes, les tentatives de trouver des solutions créatives pour intégrer les professionnels de la santé ou d'autres travailleurs du domaine de la santé. Je trouve votre suggestion tout à fait excellente.

Quant à la question des soins médicaux en milieu rural et des soins médicaux généraux, l'accord sur la santé comportait plusieurs buts et objectifs. Les signataires se sont entre autres engagés à ce que d'ici 2011, sauf erreur, ou peut-être 2009, 50 p. 100 de la population canadienne soit traitée par des équipes multidisciplinaires regroupées sous le même toit, de manière à ce que les gens n'aient pas toujours besoin de se rendre à l'hôpital. Si un médecin n'est pas disponible, il y aura un autre médecin ou une infirmière praticienne, ou un autre membre du personnel soignant qui sera sur place. Ce serait à mon avis une excellente façon d'atténuer le problème là où il faut le faire. Je pense que toutes les provinces et tous les territoires s'efforcent d'atteindre cet objectif.

L'hon. Robert Thibault: J'ai une dernière question pour le ministre.

Dans les deux derniers discours sur le budget, on a annoncé que 170 millions de dollars seraient investis pour accélérer le processus d'homologation des nouveaux médicaments. Quelques budgets ont été déposés depuis. Maintenant, on nous dit que 170 millions de dollars seront consacrés à améliorer la transparence pour convaincre la population que le système fonctionne bien. Si on voulait être cynique, on pourrait dire que ces deux objectifs sont incompatibles. Quant à moi, je suis persuadé qu'il n'en est rien. Pourriez-vous expliquer la raison d'être des mesures annoncées?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Les Canadiens insistent toujours pour avoir accès le plus tôt possible aux nouveaux médicaments, dès qu'ils arrivent sur le marché. Il faut donc que nous favorisions l'accès et, à cette fin, il a fallu y consacrer certaines ressources.

À l'heure actuelle, nous affectons de l'argent à d'autres activités—la surveillance après la mise en marché, les réactions indésirables aux médicaments et aux études établissant s'il doit y avoir homologation conditionnelle et davantage de transparence dans toute la gamme des activités, à partir du moment où un médicament est mis en marché jusqu'au moment où il est retiré. Tout cela doit s'effectuer avec le plus de transparence et d'ouverture possible. Les Canadiens doivent savoir pourquoi nous approuvons les médicaments, de quels renseignements nous disposons, quels ont été les résultats des essais cliniques, et enfin les Canadiens doivent savoir quels sont les résultats de ces médicaments une fois qu'ils sont mis en vente.

L'hon. Robert Thibault: Je vous remercie beaucoup.

La présidente: Je vous remercie, monsieur Thibault.

Tous les membres du comité ont pu s'exprimer, exception faite de M. Lunney, qui a cédé son droit de parole à M. Merrifield.

M. Rob Merrifield: Je vous remercie, madame la présidente.

Monsieur le ministre, j'aimerais tirer quelque chose au clair, et peut-être aussi vous rassurer au sujet des sommes consacrées à la santé. Nous avons toujours été d'accord pour qu'on accorde davantage de crédits à la santé et avons appuyé cela à l'occasion de la signature des accords de 2003 et de 2004, j'espère donc que cela vous rassurera sur notre soutien à la santé à long terme.

Cela dit, nous sommes quelque peu préoccupés par l'absence de reddition de comptes dans l'accord de 2003. Ainsi, j'aimerais revenir à ce que disait M. Thibault au sujet des ressources humaines. Je crois que Mme Dhalla était elle aussi préoccupée par cela. Lors de la signature de l'accord de 2003, il était entendu que 90 millions de dollars seraient affectés aux ressources humaines. Sur cette somme—et j'ai d'ailleurs mis cette question à l'ordre du jour afin d'obtenir les renseignements pertinents—, seuls 10 millions de dollars ont effectivement été dépensés. Il y a encore un autre montant, de

8 millions de dollars celui-là, et échelonné sur cinq ans, et encore ici, seuls 5,2 millions de dollars ont déjà été dépensés. J'en reviens à ma question : avant même que vous décidiez à quoi affecter les sommes, et que vous essayiez de combler les pénuries de professionnels de la santé, vous devriez avoir une idée du nombre de médecins et d'infirmières dont nous manquons, pour les cinq prochaines années, pour les cinq, les dix et les vingt prochaines années. De combien de professionnels aurons-nous besoin. Je n'en croyais pas mes oreilles quand vous m'avez répondu ne pas le savoir.

Il me semble qu'il y a suffisamment de personnes ici, et je me demande donc si vous pouvez me répondre.

● (1245)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je crois que c'est l'Association médicale du Canada qui pourrait vous fournir les chiffres sur le nombre de médecins ou d'infirmières dont nous avons besoin dans notre pays. Quant à savoir maintenant si ces données sont fiables... je ne m'en souviens pas, mais elles sont disponibles pour les experts mais aussi pour les autres.

M. Rob Merrifield: Eh bien, je sais qu'ils ont leurs chiffres, tout comme les infirmières aussi, mais il me semble que votre ministère devrait savoir combien de professionnels de la santé il vise à faire recruter pour les cinq, dix et vingt prochaines années. Je n'en croyais pas mes oreilles lorsqu'on m'a répondu qu'il n'y a pas de réponse.

M. Ian Shugart: Eh bien, je ne pense pas qu'on puisse dire qu'il n'y a pas de réponse, mais en vérité, monsieur Merrifield...

M. Rob Merrifield: Je n'ai pas obtenu...

M. Ian Shugart: ... nous ne disposons pas des renseignements détaillés qu'il nous faudrait pour planifier les ressources humaines et prévoir les décisions qui s'imposeront à l'avenir, ce qui explique pourquoi nous allons affecter une part de ces 90 millions de dollars... Je crois qu'il s'agit en fait de 85 millions de dollars, compte tenu de certaines réductions consécutives au budget de 2004.

On déploie des efforts considérables auprès des provinces afin que toutes les parties intéressées participent à l'élaboration des données, à la prévision des besoins, afin que nous puissions évaluer ce qu'il nous faudra dans les années à venir. À certains égards, nous disposons de chiffres très précis—comme au sujet des prévisions de retraite, par exemple—dans chacune des professions mais nous ignorons quel sera le nombre de départs pour une année donnée, notamment. Toutefois, je le répète, on effectue beaucoup de travail pour améliorer l'élaboration et la collecte des données, et à terme, nous serons en mesure d'offrir de meilleures prévisions.

M. Rob Merrifield: Pour l'instant, vous ne savez pas. Vous ne pouvez que donner une approximation, mais j'aurais pensé que vous auriez pu au moins me donner vos projections. Ne pourriez-vous pas faire des projections en fonction des données démographiques, des tendances normales sur l'âge de la retraite, etc.?

M. Ian Shugart: C'est ce que nous sommes à élaborer.

M. Rob Merrifield: Je suis très étonné que vous n'ayez pas encore ces projections.

Quoi qu'il en soit, j'aimerais aborder un autre sujet. C'est un sujet qui me préoccupe beaucoup : le vaccin antivariolique. Nous avons six millions de doses de ce vaccin au Canada et je suppose que, s'il y avait une flambée de variole au Canada, on diviserait cette quantité par cinq. Ce vaccin est vieux. D'après mes informations, premièrement, nous ne savons pas si ce vaccin sera efficace et, deuxièmement, nous ne savons pas combien de temps il faudrait pour assurer la répartition. Voici donc ma question pour le ministre : pourquoi nous contentons-nous du vieux vaccin? Nous sommes le seul pays du G-7 à le faire.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je crois savoir qu'on a fait une évaluation scientifique de ce vaccin. Ce vaccin a été mis à l'épreuve, son efficacité a été prouvée alors que ce n'est pas le cas du nouveau vaccin.

M. Rob Merrifield: Vous pouvez garantir l'efficacité de ce vieux vaccin?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il s'agit de la formule éprouvée...

M. Rob Merrifield: Y a-t-il eu des essais cliniques prouvant son efficacité?

L'hon. Ujjal Dosanjh: On procédera à des essais cliniques...

M. Rob Merrifield: On procédera à des essais cliniques?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Oui.

Le Dr Butler-Jones a les détails. Si vous avez des questions à ce sujet, c'est lui l'expert à qui il faut s'adresser. Moi, je ne connais qu'une partie des faits. Nous pourrions vous transmettre de plus amples informations, mais je peux vous dire qu'il y a eu évaluation et réévaluation. Je peux aussi vous dire que, d'après ce que j'ai lu, nos plans sont tout aussi bons sinon meilleurs que ceux des autres pays.

M. Rob Merrifield: Nous parlons d'estimation. Je sais que vous venez de commencer les essais cliniques de ce vaccin.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vous êtes au courant de cela?

M. Rob Merrifield: Oui.

Combien cela coûtera-t-il?

L'hon. Ujjal Dosanjh: C'est ça que vous voulez savoir.

Nous recommuniquerons avec vous. Je demanderai au Dr Butler-Jones de vous transmettre ces informations.

M. Rob Merrifield: Mais vous n'avez aucun chiffre, aucune projection, aucun budget qui nous donnerait une idée de combien cela coûtera?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Non.

M. Rob Merrifield: Bon, d'accord. Je suis abasourdi par votre approche. J'aimerais que vous me rassuriez en nous donnant des informations qui nous permettraient de comprendre pourquoi nous avons adopté cette approche alors qu'aux États-Unis, on préfère les nouveaux vaccins et non pas la formule qui est vieille de 30 ans, ainsi que des informations sur les coûts. Je ne comprends pas pourquoi nous privilégions cette approche. Et ce n'est pas à M. Jones qu'il incombe de prendre cette décision, mais bien au ministre.

• (1250)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Sauf votre respect, je dois vous dire mon désaccord.

Ces décisions sont fondées sur des données scientifiques. Ces données sont présentées au ministre et aux sous-ministres pour qu'ils sachent ce qui est faisable et ce qui ne l'est pas. C'est à partir de ces données qu'on formule les recommandations. Habituellement, on accepte ces recommandations parce qu'elles sont fondées sur des

données scientifiques. D'après l'information dont nous disposons, cette évaluation est valable et nous pouvons multiplier le 6 millions pour obtenir 30 millions.

Les essais cliniques commenceront bientôt. Si je me souviens bien, toutes ces questions m'ayant été enseignées il y a longtemps, la durée de conservation du vaccin dont vous parlez est très courte. Il faut les remplacer après quelques années. Vous êtes scientifique, pas moi. Vous l'êtes peut-être. Je pense que c'est le genre de questions auxquelles le Dr Butler-Jones pourrait répondre.

M. Rob Merrifield: Bien. Si je peux parler de...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Si vous voulez les données qui sont du domaine public, il pourra volontiers vous les fournir dans une lettre.

M. Rob Merrifield: Je l'apprécierais.

La présidente: Merci, monsieur le ministre et merci à vous, monsieur Merrifield.

Tout le monde a eu la chance de parler et au nom des membres du comité, je tiens à remercier Mme Gorman, M. Potter, Mme Cousineau-Mahoney, M. Shugart, M. Rosenberg et, bien sûr, la ministre de la Santé, d'être venus aujourd'hui répondre à nos questions et nous renseigner sur les projets de dépenses du ministère.

Dans un instant, nous allons nous acquitter de notre responsabilité et voter sur le budget. L'équipe du ministre peut certainement rester, si elle le veut, mais nous ne nous vexerions pas de son départ.

C'est à vous de décider, monsieur le ministre.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je vais partir, merci.

La présidente: Bien.

Nous prendrons une pause pendant que le ministre et son équipe quittent la salle, puis nous passerons aux mises aux voix.

• (1252)

_____ (Pause) _____

• (1254)

La présidente: Nous reprenons nos travaux, mesdames et messieurs.

Prenez le document qui est tout simplement intitulé, sur le dessus, « Santé », à la page 27. Au verso, vous avez la liste des crédits devant faire l'objet d'un vote, en 27-2.

Madame Demers, c'est à la page 27 en français. L'avez-vous?

[Français]

Mme Nicole Demers: Oui.

[Traduction]

La présidente: Bien.

Nous avons besoin de sept membres et nous sommes sept. Merci.

Voici la série des crédits : 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 et 35. À vous de décider. Nous pouvons voter pour chacun des crédits ou voter en bloc.

• (1255)

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, procédons en bloc.

La présidente: M. Fletcher propose que nous votions en bloc. Y a-t-il des objections?

M. Rob Merrifield: En fait, je vois bien un petit hic : la rémunération du ministre et son indemnité de voiture. Je me demande s'il ne devrait pas se déplacer à pied quelque temps.

La présidente: Monsieur Merrifield, si les souhaits de votre parti sont exaucés, le ministre aura probablement à faire beaucoup de marche. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de s'en soucier.

M. Rob Merrifield: Et c'est avec nous qu'il devra marcher.

La présidente: J'ai besoin de votre consentement unanime pour qu'on vote les crédits en bloc.

Des voix : D'accord.

La présidente : Les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, et 35, moins les montants déjà approuvés en crédits provisoires, sont-ils adoptés?

SANTÉ

Ministère

Crédit 1—Dépenses de fonctionnement 1 552 618 00 \$

Crédit 5—Subventions et contributions 1 201 794 000 \$

Instituts de recherche en santé du Canada

Crédit 10—Dépenses de fonctionnement 37 910 000 \$

Crédit 15—Subventions 734 660 000 \$

Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses

Crédit 20—Dépenses du programme 2 897 000 \$

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Crédit 25—Dépenses du programme 3 848 000 \$

Agence de santé publique du Canada

Crédit 30—Dépenses de fonctionnement 234 719 000 \$

Crédit 35—Subventions et contributions 164 009 000 \$

(Les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 et 35 sont adoptés.)

La présidente: Dois-je faire rapport à la Chambre du Budget des dépenses principal 2005-2006?

Des voix : Oui.

La présidente : Merci beaucoup.

Il me reste une question pour mes collègues, au sujet de notre calendrier. Il semble que beaucoup de témoins veuillent comparaître au sujet du projet de loi C-420. J'ai demandé à la greffière de prévoir une autre séance, un autre mercredi.

Cela vous convient-il? Autrement je ne vois pas comment nous arriverons...

M. Rob Merrifield: Pour toute la journée?

La présidente: Non, non, une séance régulière, de 15 h 30 à 17 h 30. Autrement, il faudrait supprimer la séance sur le rapport dont nous voulions entendre parler, sur la procréation assistée. Vous vous rappelez, on l'avait prévue un mercredi. Le mercredi suivant, on ajoutera une séance pour le projet de loi C-420.

M. Steven Fletcher: Quand cela sera-t-il? À quelle date pensez-vous?

La présidente: Nous avons des témoins sur le projet de loi C-420 à compter du 2 mai; toute la journée le 3 mai, le lundi 9 mai, le jeudi 12 mai et le lundi 16 mai. On pourrait donc passer à l'examen article par article le mardi 17 mai.

M. Steven Fletcher: Pourquoi pas le 20 mai?

Mme Ruby Dhalla: Pourquoi pas le 19 mai?

La présidente: Le 19 mai a été réservé pour les scientifiques de Santé Canada.

Le 20 mai est un vendredi; voudriez-vous rester un vendredi?

M. Steven Fletcher: Oui, j'y tiens beaucoup.

La présidente: Je ne pense pas avoir vu qui que ce soit s'opposer à un changement aux réservations de vols...

M. Lunney.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Plutôt que d'ajouter simplement une séance de deux heures, il faut penser au nombre de témoins qui demandent à venir et à la possibilité de les voir dans ce peu de temps. Il me semble qu'il nous faudra deux ou trois séances de plus.

En fait, si vous voulez donner plus de cinq minutes à chacun des témoins, certains d'entre eux... Prenons le Dr Hoffer, par exemple, qui vient de Victoria. Il a 88 ans, mais c'est l'un des doyens de la médecine orthomoléculaire au Canada.

Si nous voulons faire ce travail, il faut donner aux témoins un temps suffisant. Reste à savoir si nous serons ici.

La présidente: On verra, au début de cette étude.

M. Steven Fletcher: Y aura-t-il du temps en juin?

La présidente: Il y aura beaucoup de temps en juin. Nous espérons faire un bon travail sur le projet de loi C-420. Je pense qu'il faudra voir comment iront les choses. Supposons que nous ayons une réunion le mercredi à 15 h 30 et que nous recevions une demi-douzaine de témoins. Il faudra peut-être commander un souper et travailler en soirée. C'est une solution envisageable.

M. Steven Fletcher: Pouvons-nous prévoir des séances jusqu'en juin?

La présidente: Il y a toutes sortes de possibilités. Nous aurons une relâche d'une semaine. Je pense que nous devrions réévaluer la question à notre retour.

Merci, mesdames et messieurs.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire at the following address:

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

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

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