



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des finances

FINA • NUMÉRO 017 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 18 novembre 2004

Président

M. Massimo Pacetti

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

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

Comité permanent des finances

Le jeudi 18 novembre 2004

• (0935)

[Traduction]

Le président (M. Massimo Pacetti (Saint-Léonard—Saint-Michel, Lib.)): Bonjour, tout le monde.

J'aimerais commencer, si possible, parce que nous avons six groupes qui témoignent et je sais que vous avez tous des exposés à faire. Les députés devraient bientôt arriver.

Je tiens à remercier les groupes, les témoins, de comparaître devant nous aujourd'hui. Selon notre façon de procéder habituelle, vous disposez d'environ cinq minutes pour votre exposé après quoi les députés poseront des questions. Nous entendrons donc tous les groupes avant de passer aux questions.

J'ai sous les yeux une liste. Le premier groupe à comparaître sera l'Association médicale canadienne. La parole est au Dr Albert Schumacher.

Dr Albert Schumacher (président, Association médicale canadienne): Je vous remercie, monsieur le président.

Bonjour.

Je suis heureux de m'adresser au Comité permanent des finances aujourd'hui dans le cadre de vos consultations prébudgétaires. Depuis plusieurs années, l'Association médicale canadienne présente surtout deux messages généraux au comité : tout d'abord, nous devons agir pour maintenir le système de santé et, deuxièmement, il faut mieux utiliser la politique fiscale pour appuyer les objectifs de la politique de santé.

Au cours de l'année écoulée, le gouvernement fédéral a cherché à assurer la viabilité du système de santé. La création du Conseil de la santé du Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada, du poste d'administrateur en chef de la santé publique du Canada et, récemment, l'adoption de l'Accord sur la santé des premiers ministres représentent de grands pas en avant. Nous devons maintenant chercher avant tout à donner des moyens à ces entités, et votre comité même en a recommandé un grand nombre, afin d'assurer qu'elles produisent des avantages concrets pour la population canadienne. Le mémoire que l'AMC présente aujourd'hui contient de nombreuses recommandations importantes et essentielles pour l'avenir du système de santé dans son ensemble.

Afin de gagner du temps, je concentrerai toutefois mon intervention sur deux enjeux en particulier qui relèvent de la compétence du comité : le cadre d'imputabilité de l'Accord sur la santé conclu par les premiers ministres en 2004 et l'harmonisation de la politique économique et de la politique de santé.

L'Accord sur la santé conclu par les premiers ministres constitue une réalisation importante : il s'attaque finalement au problème posé par l'accès en temps opportun à des soins de santé de qualité et prévoit une indexation du financement afin d'encourager la viabilité financière. Sans cadre approprié d'imputabilité, l'accord ne réalisera

toutefois pas sa vision, qui consiste à produire un plan décennal pour renforcer les soins de santé.

Nous avons déjà vécu cette situation. Les accords antérieurs sur les soins de santé, comme celui de 2003, n'ont pas produit de changement principalement parce qu'ils ont échoué au test d'imputabilité. Il manquait plus précisément dans ces accords une législation d'accompagnement appropriée sur l'imputabilité afin d'assurer que le financement affecté aux changements produirait réellement le résultat escompté. Nous ne pouvons laisser la même chose se reproduire.

Nous demandons au comité de recommander que l'on adopte une mesure législative afin de prévoir un cadre d'imputabilité pour l'accord; que le Fonds de réduction des temps d'attente fasse l'objet d'ententes de contribution précisant comment les provinces et les territoires utiliseront leur part du fonds pour réduire les temps d'attente; et enfin que les intervenants du secteur de la santé participent activement à toutes les facettes de l'accord et en particulier à l'élaboration pour les temps d'attente de normes comparatives fondées sur des données cliniques.

Outre ces mesures, le comité doit reconnaître les lacunes de l'Accord sur la santé conclu par les premiers ministres dans au moins deux domaines critiques : les ressources humaines de la santé et la santé publique.

Le sondage national auprès des médecins effectué récemment et joint à notre mémoire décrit la crise des pénuries de médecins qui approche. Le Canada se classe actuellement 24^e sur 30 pays de l'OCDE pour ce qui est de l'accès aux médecins de famille. Les comparaisons internationales, c'est une chose, mais les dures réalités nationales, c'en est une autre. Vingt-cinq pour cent des résidents du Québec, soit presque deux millions de personnes, n'ont pas de médecin de famille. Ce n'est là qu'un exemple des pénuries de médecins auxquelles font face les Canadiens partout au pays. Si nous n'agissons pas immédiatement, comme l'AMC le propose dans sa Stratégie pancanadienne de gestion des ressources humaines de la santé, ce sera l'échec pour notre système de santé.

Pour ce qui est de la santé publique, le Canada se retrouve une fois de plus en queue de peloton. Même si des investissements récents ont été importants, ils sont très loin d'atteindre les niveaux de base requis. Il faut chercher à refermer cet écart, que nous avons baptisé écart Naylor, parce que, comme le SRAS nous l'a appris, l'inaction entraîne d'énormes coûts humains et économiques.

Dans un mémoire qu'elle a déjà présenté au comité, l'AMC a mis en évidence des politiques économiques et fiscales qui divergent des objectifs de la politique nationale de santé. Même si les exemples de ces problèmes abondent, il y en a trois qui continuent d'exiger l'attention immédiate du comité : tout d'abord, les placements de l'Office d'investissement du Régime de pensions du Canada dans l'industrie du tabac; deuxièmement, l'application de la TPS aux soins de santé; et enfin le manque de souplesse du Programme de prêts étudiants du Canada dans le cas des professionnels de la santé.

Même si le tabac tue toujours quelque 45 000 Canadiens par année et entraîne un coût net d'environ 11 milliards de dollars par année pour la société canadienne, le Régime de pensions du Canada continue d'investir des millions de dollars—en fait, 94 millions de dollars selon le dernier décompte—dans l'industrie du tabac. Cette attitude est hypocrite, contraire à l'éthique, et selon les résultats d'un sondage publié aujourd'hui, contraire à ce que pense la majorité des Canadiens.

Si le gouvernement du Canada veut donner le ton sur le tabac, il doit écouter les médecins du Canada et agir. C'est pourquoi nous demandons au comité et au Comité permanent de la santé de revoir conjointement la politique de placement de l'Office d'investissement du RPC, et de recommander qu'on lui interdise d'investir dans l'industrie du tabac et qu'on lui ordonne de se départir des avoirs dans les sociétés de tabac qu'il détient actuellement.

● (0940)

La plupart des Canadiens seraient étonnés d'apprendre que les hôpitaux du Canada versent au gouvernement fédéral une partie importante de leurs budgets limités sous forme de taxes, soit plus de 90 millions de dollars par année ou l'équivalent du coût d'achat de 40 appareils d'IRM. La TPS appliquée aux médecins ajoute encore 75 millions de dollars à ce montant. Votre comité a recommandé deux fois que le gouvernement envisage de supprimer cette taxe sur la santé et les deux fois, le gouvernement ne l'a pas écouté.

Nous demandons une fois de plus au comité de se porter à la défense de la santé et des prestataires de soins de santé en recommandant tout d'abord que l'on porte à 100 p. 100 le remboursement de TPS aux établissements et aux cliniques de santé financés par l'État et deuxièmement que l'on ramène à zéro la TPS sur les services de santé financés par l'État et dispensés par les prestataires de soins de santé.

En ce qui concerne les prêts aux étudiants, comme je l'ai dit plus tôt, la pénurie de médecins constitue un problème crucial. Une fois de plus, toutefois, une autre politique fiscale du gouvernement lève un obstacle, en l'occurrence, le Programme canadien des prêts aux étudiants. Lorsqu'ils obtiennent leur diplôme en médecine et commencent leur formation postdoctorale, beaucoup d'étudiants doivent déjà plus de 120 000 \$. Même s'ils sont encore en formation, les résidents en médecine et d'autres professionnels de la santé doivent commencer à rembourser ces prêts. Cette politique a des répercussions à la fois sur le type de spécialité que choisissent les futurs médecins et, en bout de ligne, sur l'endroit où ils décident de pratiquer.

Compte tenu de la crise des ressources humaines de la santé et pour régler le problème de l'équité de l'application du Programme canadien de prêts étudiants aux professionnels de la santé, nous demandons au comité de recommander que le gouvernement fédéral collabore avec les intervenants compétents pour étendre la franchise d'intérêt sur les prêts aux étudiants du Canada à tous les professionnels de la santé admissibles qui suivent une formation postdoctorale.

Pour conclure, au moment où nous entrons dans cette nouvelle ère qui suit l'Accord sur la santé conclu par les premiers ministres, il reste encore du travail à faire. Comme je l'ai dit, ces efforts doivent viser avant tout à combler les écarts. Tout d'abord, nous devons créer un véritable cadre d'imputabilité qui nous aidera à produire le changement nécessaire pour assurer la viabilité du système de santé. Deuxièmement, nous devons enfin harmoniser la politique économique et notre politique de santé afin de mettre fin au cycle constant qui mine, par notre politique fiscale et économique, nos meilleurs efforts sur le plan des politiques en matière de soins de santé. Les médecins du Canada sont prêts à faire leur part pour que l'Accord sur la santé conclu par les premiers ministres porte fruit, mais les gouvernements doivent aussi faire la leur. Le fait que les ministres de la Santé semblent avoir relégué au second plan les normes comparatives n'augure pas bien.

L'AMC apprécie cette occasion précieuse de discuter avec le comité d'enjeux importants pour la santé de nos patients et la viabilité de notre système de santé. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

Merci.

[Français]

Le président: Le prochain groupe est celui de l'Association canadienne de santé publique.

Madame Mills.

Dr Christina Mills (présidente, Association canadienne de santé publique): Bonjour. Je suis heureuse d'être ici pour vous parler au nom de l'Association canadienne de santé publique.

● (0945)

[Traduction]

Bonjour.

Je vais passer sous silence les éloges au sujet de l'agence dont le Dr Schumacher s'est fait l'écho avec tant d'éloquence et j'en viens tout de suite à notre mémoire, que vous avez devant vous.

Nous avons essayé de répondre aux questions que vous nous aviez posées. Il faut modifier les accords financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires et déterminer où affecter les excédents éventuels.

L'Association canadienne de santé publique, l'ACSP, est un organisme national, volontaire, sans but lucratif dirigé par un conseil d'administration composé de bénévoles. Nos membres représentent toutes les régions du pays et toute la gamme des disciplines en santé publique.

La plus simple définition de la santé publique, c'est l'amélioration de la santé des gens grâce aux efforts concertés de la société. Il y a cinq principales fonctions : la prévention des maladies et des blessures; la promotion de la santé; la protection de la santé; l'évaluation de la santé et la surveillance médicale. Non seulement la santé publique fait-elle partie intégrante du système de santé, elle en est le fondement. Un système de santé publique efficace est essentiel à la viabilité de l'ensemble du système de santé.

Dans le but de répondre à vos questions, nous avons structuré notre mémoire autour de deux thèmes, la nécessité de renforcer le système de santé publique et la nécessité de renforcer le secteur bénévole. Vous vous demandez peut-être pourquoi nous soulignons le secteur bénévole alors que nous parlons de santé publique. J'ai déjà parlé des efforts concertés de la société. Le secteur bénévole est l'un des trois piliers de la société, de même que les gouvernements et le secteur privé. Afin de pouvoir soutenir son tiers du fardeau, il lui faut—comme le disait le Conseil canadien de développement social dans son rapport *Le financement, ça compte*—un financement stable, raisonnablement prévisible et suffisant afin d'exécuter les nombreuses fonctions importantes qu'il exerce à l'égard du gouvernement et de la population.

Je vais maintenant vous faire part des recommandations que nous avons formulées dans notre mémoire.

La promotion non partisane, fondée sur les faits, constitue une fonction importante du secteur bénévole. Nous recommandons que soient mises en oeuvre les politiques de l'accord du secteur bénévole ainsi que les codes de pratique exemplaire en matière de financement et de développement des politiques, dans le but de créer un cadre de réglementation, particulièrement en matière de fiscalité, qui appuie le secteur bénévole et l'encourage dans son rôle de promotion. Par exemple, la limite arbitraire du pourcentage des fonds des organismes bénévoles qui peuvent être utilisés à des fins de promotion empêche ceux-ci d'exécuter cette fonction le plus efficacement possible. En outre, les modalités des subventions et des contributions nous empêchent d'exploiter pleinement notre potentiel en tant qu'organisme du secteur bénévole dans nos efforts pour aider le gouvernement.

Deuxièmement, nous recommandons que le gouvernement fédéral demande aux provinces et aux territoires d'affecter une partie des ressources supplémentaires qu'il leur verse au système de santé publique. À l'heure actuelle, bien que le système de santé publique et les efforts de prévention soient mentionnés dans l'accord, il n'y a aucun mécanisme pour faire en sorte que ces fonds supplémentaires servent vraiment à renforcer le fondement du système de santé. Les Canadiens, les contribuables canadiens, doivent savoir qu'une partie de ce financement sera affectée au fondement et pas seulement à la superstructure du système de santé.

Dans son rapport, le Dr Naylor demande que 700 millions de dollars par année soient affectés à l'Agence de santé publique et aux fonctions connexes, en plus des 400 millions de dollars déjà engagés par la Direction de la santé publique de Santé Canada. Il y a un important écart entre ce qui a été annoncé et ce que le Dr Naylor a demandé. Nous sommes encouragés qu'on ait parlé d'un investissement initial, mais maintenant que nous savons qu'il y a un excédent budgétaire, nous aimerions que cet écart soit comblé.

Nous recommandons également la mise en oeuvre d'un programme d'immunisation nationale et que 100 millions de dollars par année soient versés aux provinces et territoires pour créer et maintenir ces programmes et pour appuyer adéquatement la stratégie nationale. Cet engagement devrait faire l'objet d'un examen triennal, afin de suivre les nouvelles recommandations en matière de vaccin. Comme vous le savez probablement, l'immunisation est l'une des interventions les plus efficaces par rapport au coût. Les premiers ministres l'ont reconnu lorsqu'ils ont approuvé l'élaboration d'une stratégie d'immunisation nationale.

Il faut que les ressources humaines dans le domaine de la santé publique fassent l'objet de la même attention et du même examen minutieux que les ressources humaines de l'ensemble du système de

santé. Nous recommandons que la stratégie relative aux ressources humaines en santé comporte une étude multidisciplinaire et sectorielle des travailleurs en santé ainsi qu'une stratégie pour son renouvellement et sa viabilité.

Je pense avoir déjà parlé de la recommandation relative à l'imputabilité qui va dans la même voie que celle de l'AMC. Il nous faut des rapports sur le rendement du système de santé publique, pas seulement sur le système de soins de santé. Le Conseil canadien de la santé devrait inclure la préparation de rapports sur le rendement du système de santé publique et sur les déterminants de la santé dans son mémoire.

Enfin, au niveau international, nous devons remplir plus rapidement notre engagement de consacrer 0,7 p. 100 du PIB au développement international. Le Conseil canadien pour la coopération internationale a élaboré un très bon plan qui nous permettrait d'atteindre cet objectif d'ici 2015, mais il faudra accélérer l'augmentation des contributions, au-delà de ce qu'elles sont maintenant et de ce qui a été proposé. Plus particulièrement, certaines de ces ressources devraient passer par les organismes canadiens et pas uniquement par le système des Nations Unies.

•(0950)

Le président: Je dois vous interrompre. Les groupes ont cinq minutes pour faire leurs exposés et vous êtes rendu à près de neuf minutes. Les membres du comité doivent pouvoir poser des questions et il y a sept groupes de témoins. Je veux que vous puissiez vous exprimer, mais venez-en au fait.

C'est maintenant le tour de M. McBane, de la Coalition canadienne de la santé. Merci.

M. Michael McBane (coordonnateur national, Coalition canadienne de la santé): Merci.

Nous vous remercions de nous donner l'occasion de vous adresser quelques remarques et recommandations. Comme vous le savez, les premiers ministres se sont engagés sur des financements fédéraux importants pour les dix prochaines années, notamment en rétablissant l'indexation des coûts qui avait été supprimée par le ministère des Finances.

Puisqu'il a été signé, cet accord est bien meilleur que ceux de 2000 et 2003, mais il présente les mêmes points faibles. Comme l'ont dit les représentants de l'Association médicale canadienne, ils prévoient très peu de dispositifs de reddition de comptes, de rapports et d'exécution. Le régime d'assurance-maladie survit à peine, non pas faute d'argent, mais en raison de la faiblesse des contrôles de l'utilisation de cet argent.

Cet accord est encore bien loin des promesses électorales du premier ministre qui avait annoncé qu'il réglerait le problème de la santé pour une génération. Il n'est pas non plus la concrétisation de sa promesse d'enrayer la vague de privatisation. Il ne mentionne même pas la menace la plus grave qui remet en question l'intégrité et la durabilité du régime public de soins de santé énoncée dans la Loi canadienne sur la santé, c'est-à-dire la vague actuelle de privatisation et de commercialisation.

La reddition de comptes—pas un faux-semblant, mais un véritable rôle de gardien du gouvernement fédéral—est indispensable pour que les fonds publics servent à protéger et à renforcer l'assurance-maladie. Il faut que les Canadiens, et plus particulièrement les parlementaires, et notamment les membres de ce comité des finances, suivent la trace de cet argent et exigent qu'on rende pleinement compte au public de chaque dollar de nos impôts qui est consacré à la santé. J'imagine que tous les partis politiques doivent être d'accord pour qu'on rende des comptes sur l'utilisation de l'argent des contribuables. Il n'est pas question que cet argent soit utilisé comme dans l'affaire des commandites. Il faut donc qu'on rende des comptes complets à la population.

Je dois préciser que ce n'est pas le cas pour l'instant, et j'ai joint pour cela l'annexe A à notre mémoire. C'est un extrait du rapport de la vérificatrice générale dans lequel elle dit que le Parlement n'a pas connaissance de certaines informations essentielles. En particulier, les parlementaires ne savent pas si les provinces respectent la Loi canadienne sur la santé. Il est parfaitement inadmissible qu'on ne communique pas aux parlementaires des informations essentielles sur la façon dont les provinces observent la Loi. Vous savez que la Loi exige que vous vous en assuriez avant de transférer cet argent. C'est très important. Ce n'est pas un hasard si les deux provinces du Canada qui sont les plus réticentes à rendre des comptes, l'Alberta et le Québec, sont celles qui prônent le plus la privatisation.

J'ai aussi ajouté une citation de Marie-Claude Prémont, une avocate de Montréal, qui a réalisé une importante étude pour la commission Romanow intitulée « La Loi canadienne sur la santé et l'avenir des systèmes de soins de santé au Canada ». Dans son rapport, elle souligne que la Loi canadienne sur la santé énonce le cadre d'un régime garantissant un accès égal quel que soit le revenu dont on dispose ou l'endroit où l'on vit. Comme vous le savez, c'est exactement le contraire d'un régime de soins de santé fondé sur le marché comme on en voit apparaître à Montréal, à Calgary et dans d'autres centres aisés. Vous constaterez qu'on ne voit pas ce genre de fragmentation se profiler dans les Territoires du Nord-Ouest.

Nous considérons que c'est une espèce d'infection virale de notre régime de soins de santé publique. Des milliards de dollars risquent d'être siphonnés du régime de soins de santé au profit des investisseurs. Nous avons soumis des preuves—en fait, le rapport Romanow tout entier en est une—montrant que les faits sont que « personne n'a jamais pu démontrer au moyen de comparaisons justes et précises que les établissements à but lucratif sont synonymes d'une plus grande efficacité ou d'une meilleure qualité, et on n'a certainement jamais donné la preuve qu'ils servaient mieux les intérêts du public. Jamais ». C'est une citation du Dr Arnold Relman lors de son témoignage au comité Kirby.

Alors comment se fait-il que les parlementaires, y compris la plupart des premiers ministres, ne semblent guère s'intéresser aux faits ou aux valeurs sur lesquels repose l'assurance-maladie? Si les Canadiens ont la naïveté de croire que des solutions en fonction du marché vont nous permettre de résoudre les problèmes de la santé, nous paierons cher cette erreur. C'est pourquoi nous recommandons au comité des finances de veiller à ce que le Parlement ait suffisamment d'information pour savoir dans quelle mesure la Loi canadienne sur la santé est respectée. Les Canadiens doivent savoir où va l'argent et quels sont les montants détournés vers des services à but lucratif. Année après année, le rapport au Parlement omet de mentionner ou d'évaluer les importantes initiatives de privatisation qui menacent le principe de l'accès pour tous dans des conditions égales.

●(0955)

Nous recommandons par conséquent que le ministre des Finances, en collaboration avec le ministre de la Santé, applique pleinement le dispositif de reddition de comptes exigé par la Loi canadienne sur la santé, notamment pour ce qui concerne les conditions de transfert des fonds fédéraux pour la santé aux provinces et territoires.

Deuxièmement, nous recommandons que les provinces et territoires incluent dans les données qu'ils recueillent une ventilation des montants versés au secteur privé à but lucratif par opposition au secteur public sans but lucratif pour la prestation des services de soins de santé.

Enfin, à l'annexe B, vous trouverez un extrait de la documentation fournie par l'Alberta pour le rapport annuel de la Loi canadienne sur la santé. Dans toute la page où il est question des montants affectés aux soins de santé à but lucratif, on trouve systématiquement des réponses du genre « sans objet », « sans objet », « pas d'information », etc.

Le gouvernement de l'Alberta traite le Parlement avec mépris et je dois dire que le gouvernement du Québec est encore pire. Son rapport se résume à un paragraphe disant qu'il ne reconnaît pas notre loi.

Santé Canada a contesté ces attitudes, mais il faut que les parlementaires exigent que toutes les provinces rendent des comptes au gouvernement fédéral avant de procéder à tout transfert de fonds.

Merci beaucoup.

[Français]

Le président: Le prochain groupe est celui de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Madame Tamlyn.

[Traduction]

Dre Deborah Tamlyn (présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Je m'appelle Deborah Tamlyn et je suis heureuse d'être ici. Je suis infirmière depuis plus de 30 ans. J'ai travaillé au Québec, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et plus récemment en Alberta. Je suis présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Nous représentons 11 provinces et territoires. Nous avons des relations de collaboration avec le Québec, mais il ne fait pas partie de notre organisation. Nous représentons environ 125 000 infirmières et infirmiers au Canada.

Vous avez certainement entendu souvent dire que les infirmières et infirmiers étaient la colonne vertébrale du système tout entier, et nous savons tous à quel point il est important d'avoir un dos en bonne santé et souple. Nous sommes aussi convaincus de l'importance de la collaboration et du travail d'équipe. C'est ce que nous faisons quotidiennement avec nos collègues du système de santé publique et aussi au niveau des politiques.

Nous avons trois messages essentiels à vous adresser aujourd'hui, et ces messages font écho à ce que d'autres dirigeants de haut niveau dans le domaine de la santé vous ont déjà dit aujourd'hui. Je suis plutôt une novice, avec moins d'expérience. J'espère cependant que mes idées seront claires et que vous retrouverez dans ce que je vais vous dire l'essentiel de ce que vous ont déjà dit les intervenants précédents.

Je veux me concentrer sur trois points. Tout d'abord, il est important d'avoir un plan national de santé pour le peuple. Deuxièmement, dans le contexte de ce plan pour le peuple, il faut investir plus dans l'éducation des personnes qui veulent faire en sorte que le Canada ait le meilleur système de soins de santé possible. Le dernier point, et non le moindre, est d'innover et de créer des ouvertures nouvelles pour consolider dès le départ les paramètres de la santé au sein d'une population très importante pour nous, que ce soit nos enfants et nos petits-enfants, en se concentrant sur la santé à l'école. Je vais brièvement vous parler de ces trois points avant de conclure.

Tout d'abord, pour ce plan pour le peuple, nous avons travaillé avec ce que nous appelons le « groupe des quatre », les associations médicales, de pharmacies, et de santé du Canada. Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que le gouvernement fédéral doit débloquer des fonds pour regrouper des représentants de ces divers champs et disciplines avec d'autres en vue d'élaborer une stratégie pancanadienne. Il ne s'agit pas simplement de voir ce dont nous avons besoin et ce qu'il nous faudra pour l'avenir, il s'agit de voir comment nous pouvons faire les choses différemment, comment nous pouvons sortir des ornières dans lesquelles nous sommes coincés. Si le gouvernement investit pour nous rassembler, pour collaborer avec nous de l'intérieur plutôt que de l'extérieur, nous pourrions accomplir des choses qui se font attendre dernièrement.

Le plan pour le peuple est important, et il compléterait le travail et le débat fondés sur des faits concrets qui seront indispensables pour régler le problème des temps d'attente et d'autres problèmes fondamentaux en matière de santé et de sécurité publiques.

Dans la foulée de ce plan pour le peuple, il faut investir dans une stratégie et un cadre de soutien à l'éducation. D'autres collègues l'ont déjà dit. Nous avons fait des suggestions précises. Comme le gouvernement fédéral est le cinquième employeur en importance dans notre région, nous pensons qu'il devrait mettre sur pied un programme de bourses à l'intention des infirmières et infirmiers qui vont travailler au niveau fédéral et qui s'engageraient en échange à fournir une contrepartie.

Nous souhaiterions aussi un soutien pour le financement des frais de scolarité des professionnels de la santé, en l'occurrence des infirmières et infirmiers, qui ont besoin d'améliorer leurs compétences dans les domaines mentionnés dans le plan décennal pour la santé.

Nous appuyons aussi le rapport Naylor sur le SRAS, qui dit qu'il faut aider les personnes qui veulent faire des études en santé publique.

Outre ce soutien sous forme de bourses, nous souhaiterions qu'on modifie les critères d'admissibilité à l'assurance-emploi pour que les gens qui ont besoin de se recycler, de se perfectionner, etc., puissent bénéficier de ces fonds. Nous sommes aussi d'accord avec la suggestion des représentants de l'Association médicale canadienne, à savoir d'inclure les étudiants en sciences de la santé dans le mécanisme de paiement des intérêts sur les prêts aux étudiants.

En outre, il y aurait un moyen d'aider les régions rurales et éloignées ou mal desservies du Canada, ce serait d'éponger une partie de la dette accumulée par les personnes qui iraient s'installer dans ces régions, et d'être moins rigoureux pour le remboursement de cette dette.

Nous pensons aussi qu'il faut aider les Autochtones qui veulent faire carrière dans la santé. Il faut aussi les aider à assumer le coût des études dans ce domaine.

● (1000)

Dernier point, et non le moindre, à propos d'appui à l'éducation, nous avons envoyé à DRHC et à Citoyenneté Canada une proposition de création d'un programme sur le Web qui serait lié à l'initiative existante intitulée « Les réfugiés au Canada ». On offrirait une évaluation préalable, une formation linguistique ou culturelle et des informations aux étrangers qui souhaitent venir travailler dans le contexte de la santé au Canada. Ils seraient moins frustrés et moins mécontents en arrivant ici s'ils savaient à quoi s'attendre au lieu de n'en avoir aucune idée.

J'ai parlé d'un plan pour le peuple et de la nécessité d'appuyer l'éducation. Je voudrais enfin insister sur la santé à l'école. Nous connaissons l'importance des déterminants de la santé. Nous sommes tous conscients des problèmes d'obésité, d'anorexie, de toxicomanie, de dépression, de suicide, etc. Mais nous savons aussi qu'en investissant dans les programmes des petits déjeuners à l'école ou de conseillers sur place pour aider les étudiants à risque, etc., nous pouvons faire la différence. Il faut en faire plus dans ce domaine.

Nous recommandons une initiative mixte où des fonds fédéraux seraient débloqués pour aider les provinces et territoires à permettre aux conseils scolaires et aux districts de santé de nommer des coordonnateurs de la santé pour chaque zone scolaire. Ensuite, il s'agirait de regrouper nos réflexions pour déterminer les objectifs nationaux et provinciaux que nous voulons établir en matière de santé.

Pour conclure... à moins que vous m'interrompiez.

Mon temps de parole est expiré?

● (1005)

Le président: Oui.

Dre Deborah Tamlyn: Oh, c'est tout pour moi.

Je vous remercie.

Le président: « En conclusion », « pour finir » et « en terminant », tout cela revient au même.

Nous allons maintenant entendre M. Walker pour la Société canadienne de pédiatrie.

M. Robin Walker (président, Société canadienne de pédiatrie): Bonjour. Je m'appelle Robin Walker et je suis le président de la Société canadienne de pédiatrie. Je tiens à vous remercier de nous avoir invités à faire un exposé devant le Comité permanent des finances. Nous sommes reconnaissants de pouvoir ainsi vous parler de quelques grands problèmes de santé pour les enfants et les jeunes, problèmes de santé pour lesquels le gouvernement fédéral pourrait faire quelque chose.

À de très nombreuses reprises, les rapports officiels ont mis en exergue le fait que les enfants et les jeunes étaient l'avenir du Canada, or rares sont les programmes proposés pour améliorer la santé des Canadiens qui comportent expressément un volet consacré à leurs besoins. Notre société a pour mandat d'améliorer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes, et cela depuis plus de 80 ans. Nous espérons que vous conviendrez, comme nous, que les quatre problèmes et leurs solutions que nous allons vous exposer aujourd'hui permettraient effectivement de faire en sorte que les enfants et les jeunes soient notre avenir.

Il s'agit en l'occurrence de l'Agence de santé publique du Canada, de la stratégie nationale de vaccination, de la stratégie canadienne de prévention des blessures et de la santé en milieu scolaire. J'ajouterais également à l'appui de la position de l'Association médicale canadienne, que la pédiatrie est une discipline qui connaît la même crise des ressources humaines que les autres disciplines médicales, et cela vaut en fait aussi pour les soins infirmiers et les services de santé associés pour l'enfance et les jeunes.

S'agissant de l'Agence de santé publique du Canada, la Société canadienne de pédiatrie estime que l'amélioration et la protection de la santé publique, ce qui comprend la prévention des maladies infectieuses et chroniques, la salubrité de l'eau et la protection civile, sont pour les Canadiens et les Canadiennes des priorités absolues. Malheureusement, en raison du fait que leurs systèmes immunitaires sont encore en développement, les enfants et les jeunes sont parmi ceux qui sont les plus souvent touchés par l'insuffisance du système de santé publique.

Nous félicitons le gouvernement pour avoir créé l'Agence de santé publique du Canada et nommé à sa tête le Dr David Butler-Jones, qui devient ainsi le premier administrateur en chef de la santé publique du Canada. Nous le félicitons également pour avoir compris qu'il fallait immédiatement consentir une injection de fonds massive et durable pour protéger la santé de la population canadienne. La SCP estime qu'il faudra investir chaque année 1,1 milliard de dollars dans le budget de base de la nouvelle agence pour lui permettre de bien s'ancrer. Ce niveau de financement devrait être revu tous les trois ans. Ce chiffre repose sur le rapport Naylor ainsi que sur les exposés de la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI^e siècle.

Comme l'a souligné le Dr Naylor dans son rapport intitulé *Leçons de la crise du SRAS*, il est essentiel que la pédiatrie soit présente dans toute intervention en réponse à un problème de santé publique. Nous aimerions que la nouvelle agence soit dotée d'un centre pour la santé maternelle, infantile et juvénile qui ait son propre budget, parce qu'à notre avis, ce serait la seule façon d'assurer les besoins particuliers de nos plus jeunes concitoyens.

Par ailleurs, nous sommes heureux que la nouvelle agence soit une initiative conjointe regroupant le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et ainsi que des organismes non gouvernementaux. Cette agence va devoir exploiter les réussites et les points forts qui existent déjà comme l'actuel programme canadien de surveillance pédiatrique, au lieu de commencer à zéro. Ce programme, le PCSP, est conduit conjointement par l'Agence de santé publique et la Société canadienne de pédiatrie, et il a réussi à recueillir des données utiles sur des maladies et des blessures peu courantes mais aux répercussions très graves pour les enfants et les jeunes.

Ce programme a produit des résultats importants pour les progrès réalisés dans le domaine de la santé publique, notamment par ses recommandations au sujet des vaccins universels contre la varicelle, de la nécessité d'un complément quotidien de vitamine D pour prémunir les bébés contre le rachitisme, et plus récemment, l'interdiction imposée par le Canada aux marchettes pour bébés. Ce programme est conduit sous couvert d'un contrat qui vient à échéance le 31 mars 2005, mais nous recommandons au gouvernement canadien de faire montre de l'engagement qu'il a pris à l'endroit des enfants et des jeunes en finançant chaque année ce programme à hauteur de 400 000 \$, et cela pour les cinq prochaines années au minimum.

S'agissant de la stratégie nationale de vaccination, je serai bref parce que l'essentiel a déjà été dit par l'Agence de santé publique du

Canada. Il s'agit en l'occurrence de l'un des progrès les plus considérables qui aient été réalisés depuis un siècle sur le plan de la santé publique. C'est un programme à la fois sûr et bon marché qui a permis de sauver des millions de vies et d'épargner des millions au chapitre des dépenses pour la santé.

Nous pouvons nous enorgueillir de nos réussites passées, certes, mais non pas du fait que les programmes de vaccination au Canada sont conduits à l'emporte-pièce. Il faut que tous les enfants puissent profiter de vaccins sûrs et qui ont fait leurs preuves, comme l'a recommandé le Comité consultatif national sur la vaccination. Nous recommandons par conséquent d'investir chaque année 10 millions de dollars pour les campagnes de vaccination en créant un programme national concerté. Il faut que cette stratégie soit une initiative conjointe, de la part non seulement des gouvernements, mais également des organismes non gouvernementaux comme la SCP, l'AMC, l'APhC et l'AIIC.

Les 300 millions de dollars réservés l'an dernier dans le budget fédéral pour l'achat de vaccins pour les enfants au niveau provincial ont été essentiels pour permettre à tous les enfants de pouvoir bénéficier de la même façon de tous les vaccins recommandés. Presque toutes les provinces ont maintenant utilisé ces fonds et nous exhortons celles qui ne l'ont pas encore fait de ne pas tarder. Nous demandons au gouvernement fédéral de rendre permanent le financement des achats de vaccins pour les enfants par les provinces lorsque le financement actuel viendra à échéance en 2006, et nous recommandons également que ce financement soit revu chaque année afin qu'il demeure suffisant pour que tous les Canadiens puissent bénéficier de la même façon des vaccins recommandés.

En ce qui concerne la stratégie nationale de prévention des blessures, il faut savoir que les blessures sont la cause première d'hospitalisation pour les enfants de plus d'un an, alors qu'elles sont le plus souvent faciles à prévenir. Ces blessures nous ont coûté 9 milliards de dollars en 1995. Nous avons tous bénéficié des progrès réalisés au chapitre de la prévention des blessures, des voitures plus sécuritaires, des ceintures de sécurité et des sièges pour bébés, mais il reste encore beaucoup à faire. Il faudrait, par exemple, rendre obligatoires les sièges rehaussés pour les tout-petits, il faudrait que toutes les provinces et tous les territoires rendent obligatoire le port du casque pour les cyclistes et il faudrait également de meilleurs programmes de prévention des chutes pour les personnes âgées.

● (1010)

Le Canada a également besoin d'une stratégie nationale de prévention des blessures comme le faisait remarquer le Dr David Naylor. Cette stratégie devrait s'inscrire dans le cadre d'un nouvel engagement à l'endroit de la santé publique, et elle devrait être assortie d'un réseau concerté de programmes d'éducation et de communication, de stratégies d'étude et de mise au point technique et d'initiatives législatives, d'un système national de surveillance et d'un programme de recherche sur la prévention des blessures et la rentabilité des programmes. Nous recommandons au gouvernement, comme nous le recommandons aussi pour le financement de la stratégie nationale de vaccination, qu'il donne pour la prochaine année financière 10 millions de dollars à l'Agence de santé publique du Canada afin qu'elle puisse mettre au point ce programme.

Enfin, pour ce qui est de la santé à l'école, il s'agit en l'occurrence d'une occasion merveilleuse. Le système scolaire national permet comme nul autre de créer des programmes intégrés pour contrer l'incidence croissante de l'obésité, la malnutrition, l'insuffisance d'exercices physiques, les maladies infectieuses transmissibles sexuellement et les problèmes de santé mentale. Nous recommandons donc au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux ainsi qu'aux ONG de se saisir de la question qui est porteuse d'énormes dividendes.

Nous recommandons, selon la recommandation du Consortium sur la santé à l'école, de dégager 40 millions de dollars afin de promouvoir une stratégie pancanadienne pour la santé à l'école et d'encourager tous les ordres de gouvernement à mettre du leur pour améliorer la santé des enfants et des jeunes gens grâce au système scolaire. Nous recommandons que les ONG participent à la fois à l'élaboration de la stratégie et à l'exécution du programme en raison de la crédibilité qu'elles ont au niveau local, mais aussi du fait qu'elles peuvent exécuter des programmes destinés aux enfants à peu de frais.

Nous aussi, nous croyons que les enfants et les jeunes sont l'avenir de la nation. Nous sommes convaincus que ces investissements feront que ce potentiel d'avenir sera en meilleure santé et permettront à nos enfants et à nos jeunes d'avoir les meilleures potentialités qui soient. En investissant aujourd'hui dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, nous aurons demain une population qui aura moins besoin du système de santé publique.

Je vous remercie.

Le président: Merci.

[Français]

Le prochain témoin est Mme Mary Lapaine de l'Association canadienne des soins de santé.

[Traduction]

Mme Mary Lapaine (présidente du conseil d'administration, Association canadienne des soins de santé): Je suis Mary Lapaine, présidente du conseil d'administration et je vais commencer notre présentation.

J'aimerais vous rappeler que l'Association canadienne des soins de santé est une fédération d'hôpitaux et d'organismes de santé provinciaux et territoriaux. Nos membres représentent toute la gamme de soins, y compris les soins hospitaliers, les soins de longue durée, les soins à domicile, les services de santé communautaire, la santé publique, etc. Les membres de notre conseil, qui sont les fiduciaires et les directeurs du système de santé, nous font bénéficier de leur expérience des réalités de la ligne de front.

L'ACS préconise un système de santé adapté aux besoins, viable et financé par le secteur public et nous croyons qu'il est possible d'atteindre cet objectif. On fait des progrès. Dans tout le pays, on est en train de renouveler le système de santé de diverses manières. On apporte constamment des changements afin de rehausser l'efficacité, l'intégration et la qualité du système. Le gouvernement s'est également engagé à réduire les temps d'attente.

L'ACS craint que les Canadiens n'aient pas confiance dans la capacité du système de fournir des soins de qualité rapidement maintenant et à l'avenir même s'ils disent dans les sondages attacher énormément d'importance à un système financé publiquement. Il est important de rappeler aux membres du comité des finances d'où vient de ce manque de confiance à l'égard de notre système de santé.

Dans une large mesure il est attribuable à l'insuffisance des fonds fédéraux dans le passé; au financement intermittent de la part de tous

les gouvernements dans les années 90; à l'investissement insuffisant dans la technologie de l'information et la gestion des données; et au manque de sensibilisation au fait que le système de santé exige une forte main d'oeuvre ainsi qu'à la complexité du secteur de la santé.

Mme Sharon Sholzberg-Gray (présidente-directrice générale, Association canadienne des soins de santé): Permettez-moi de continuer et de m'attacher plus particulièrement aux personnes qui continuent de défendre le principe d'un régime de soins de santé financé publiquement—peut-être parce que c'est une idée populaire du point de vue politique—mais qui estiment ou disent qu'un tel régime n'est pas viable. Je vais vous raconter l'histoire d'une réussite. Cette histoire est plus étoffée dans notre mémoire, mais je vais me limiter à quelques extraits des observations qu'il contient.

Tout d'abord, un nouveau rapport sur les dépenses en santé par les provinces et les territoires, préparé par l'Institut canadien d'information sur la santé, révèle que les dépenses provinciales et territoriales pour l'exercice financier 2004-2005 s'élèveront à environ 84 milliards de dollars, ce qui représente le taux de croissance le plus faible depuis 1997-1998. Il s'agit d'une augmentation nominale de 5,1 p. 100 et d'une augmentation réelle de 2,9 p. 100 à peine. En fait, cette augmentation ne suffira peut-être pas pour offrir aux Canadiens les services dont ils ont besoin, mais cela démontre en tout cas qu'il n'y a pas de laxisme dans les dépenses en santé. C'est pourtant un argument qui revient constamment. Il ne faut pas oublier que comparativement à cette augmentation de 2,9 p. 100 cette année, la croissance du PIB s'établira à au moins 3 p. 100. Il faut donc garder les choses en perspective.

Depuis 20 ans, le Canada dépense les mêmes 9 à 10 p. 100 de son PIB au titre de la santé, ce qui comprend les dépenses publiques et privées. En fait, les dépenses privées ont augmenté beaucoup plus que les dépenses publiques. Les dépenses publiques représentent environ 6,5 p. 100 de notre PIB—moins que ne paient les États-Unis en pourcentage de leur PIB au titre des soins de santé publique. Au Canada, les frais d'administration s'élèvent à environ 13 p. 100, ce qui est mieux que dans d'autres pays, entre autres les États-Unis, où ces coûts atteignent 30 p. 100. Les coûts d'administration dans les hôpitaux canadiens sont de 8,4 p. 100, ce qui les place parmi les moins élevés des pays de l'OCDE.

Notre régime de soins de santé publique est respecté à l'échelle internationale car il permet d'avoir des travailleurs en santé et donne aux entreprises un avantage concurrentiel distinct—comme je l'ai dit, on trouvera davantage de renseignements à ce sujet dans notre mémoire.

Nous réclamons depuis longtemps un financement fédéral suffisant, constant et prévisible. Nous croyons également que le financement des soins de santé, comme en fait celui de tous les autres programmes sociaux ou des autres programmes nécessaires, doit faire partie intégrante d'un plan budgétaire et financier solide et non se fonder sur des excédents qui pourraient être enregistrés ou non au terme de l'exercice financier. Nous comprenons que les taux d'imposition doivent être suffisamment élevés pour stimuler la croissance économique et le développement et qu'ils doivent être équitables pour les Canadiens à faible revenu, mais comme nous l'avons fait remarquer antérieurement, les réductions d'impôt exigent des compromis dans les services du gouvernement. Il nous faut donc un plan budgétaire qui prévoit au premier plan les dépenses prévues au titre des soins de santé et des programmes sociaux avant qu'on puisse envisager de réduire les impôts et de gérer la dette. Ce financement ne peut être considéré comme un accident fortuit à la fin de l'exercice financier.

À cette fin, notre association exhorte votre comité à appuyer des investissements de plus de 41 milliards de dollars au total pour les dix années prévues dans l'accord de 2004 sur la santé. À notre avis, cette mesure permettra de ramener la part payée par le gouvernement fédéral au niveau où elle aurait dû être au cours des dernières années. Si ces investissements sont orientés de façon à faire progresser les secteurs prévus dans l'accord, nous croyons qu'avec le leadership nécessaire et un engagement de réformer le régime, ce financement serait suffisant pour obtenir les résultats visés par le plan dans le régime de soins de santé—cela ne résoudra peut-être pas tous les problèmes, mais on pourrait atteindre les objectifs fixés dans le plan. Nous estimons également que ce financement devrait être lié à la réalisation d'objectifs pancanadiens négociés entre les parties. Nous examinerons en détail la mesure législative appliquée dans cet accord pour voir si elle contient une mention des objectifs et des résultats associés au nouveau financement—c'est-à-dire que la loi doit prescrire la reddition de comptes.

Certains problèmes ne sont pas encore résolus. Nous continuons de réclamer un ensemble de changements et de principes qui figurent encore à notre liste : une meilleure reddition de comptes sur la gestion des dépenses et des résultats du régime de soins de santé, en fonction d'objectifs négociés entre les parties et concrètement évaluable; des investissements dans la recherche en santé qui représentent au moins 1 p. 100 de toutes les dépenses dans les soins de santé; le cadre législatif auquel j'ai précédemment fait mention; une augmentation des investissements dans un registre électronique des soins de santé; le financement public pancanadien d'une plus grande proportion du continuum des soins de santé, y compris les soins à domicile, les soins communautaires et les soins de longue durée, même si cela ne comprend pas la couverture au premier dollar; la reconnaissance de l'importance de tous les éléments du régime, des soins de courte durée en hôpitaux jusqu'aux soins chroniques, en passant par les services communautaires et par la santé publique; une réforme des soins de santé primaires; le financement et la gestion d'un régime accru d'assurance-médicaments dans le cadre d'un système intégré; une stratégie pancanadienne de ressources humaines en santé; un facteur de progression annuelle pour le TCPS, le transfert canadien en matière de programmes sociaux, tenant compte de l'importance des déterminants de la santé, et d'autres mesures encore que nous avons expliquées dans notre mémoire.

• (1015)

Mme Mary Lapaine: L'Association canadienne des soins de santé et ses membres reconnaissent les progrès considérables accomplis avec l'Accord sur la santé de 2004, et nous allons oeuvrer dans le cadre de cet accord pour améliorer substantiellement la situation des Canadiens.

Merci de nous avoir écoutés. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

Le président: Merci.

Chers collègues, nous aurons six minutes par personne au premier tour car nous manquons de temps.

M. Solberg, puis M. Côté.

M. Monte Solberg (Médecine Hat, PCC): Merci, monsieur le président. Je vais partager mon temps.

Je n'ai qu'une question à poser. Peut-être d'autres témoins voudront-ils y répondre, mais je vais la poser à M. Schumacher.

L'une de vos recommandations essentielles était qu'on rende des comptes sur l'utilisation de ces fonds. Le problème ne vient-il pas du

fait que les provinces pensent que si elles acceptent de respecter certaines normes, à un moment donné le gouvernement fédéral cessera de les financer mais exigera quand même qu'elles respectent ces normes? Est-ce que c'est un des problèmes essentiels, et que peut-on faire si c'est le cas?

Dr Albert Schumacher: Je crois que la situation au Canada montre bien que c'est l'inverse qui est vrai. Nous avons pu comparer les taux d'immunisation province par province dans le cadre de divers programmes et financements. Je crois que cela a été une bonne chose. Le gouvernement fédéral n'a pas supprimé de paiement ni sanctionner qui que ce soit. En fait, il a au contraire accru le financement de ces programmes. Quand on pense aux nouveaux vaccins comparativement aux anciens, je crois que la façon dont on a fait des rapports sur ces questions a été très positive.

• (1020)

M. Monte Solberg: Mais le gouvernement fédéral a supprimé certains fonds quand il a fait ses grandes compressions en 1995.

Dr Albert Schumacher: C'est exact. Je parle de la période plus récente de ces dernières années. Effectivement, il y a eu un recul du financement. Comme d'autres fournisseurs de soins, cela m'inquiète beaucoup. En fait, tant que l'accord des premiers ministres ne sera pas ratifié par le Parlement et ne sera plus tout simplement un bout de papier, j'hésiterai à renouveler le bail de mon bureau. J'attends toujours du concret, mais je pense que l'intention est là.

Pour en revenir à votre question, je crois que les Canadiens sont prêts à attendre et à faire la queue, mais ils veulent être sûrs que le délai qu'on leur impose pour avoir accès à des procédures essentielles est juste, raisonnable et sans danger, et que cette situation doit être la même qu'on soit au Nouveau-Brunswick ou en Saskatchewan. La seule façon de la savoir, c'est d'avoir des éléments à mesurer et des rapports sur nos constats. Je pense que cela contribuera à rétablir la confiance du public dans le système.

Les orientations que nous avons choisies en matière de cible ne sont pas parfaites. Nous avons fait appel à des experts pour déterminer en quoi consistait des temps d'attente raisonnables et sans danger, des repères et des cibles. Malheureusement, vous avez raison, les premiers ministres se font tirer l'oreille. Ils ont mis tout cela en veilleuse. Ils vont y réfléchir l'année prochaine. Mais je vous garantis que tous ces repères, ces cibles et tout le reste vont être prêts pour que vous puissiez, je l'espère, en discuter, comme le reste des Canadiens.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Puis-je ajouter quelque chose, monsieur le président?

Ce dont il est question, en fait, c'est des énormes réductions dans les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires que le gouvernement fédéral a effectuées dans les années 90. Ces compressions ont commencé au début des années 90 et se sont poursuivies à un rythme plus rapide jusqu'au budget de 1995. C'est une erreur qu'il faudrait éviter de répéter. Il est certain que le gouvernement fédéral ne paie pas sa juste part. Il a exigé l'application de certains principes, mais il n'a pas donné le financement nécessaire pour cela. Cela ne fait aucun doute.

Le vrai problème, en ce qui a trait à la reddition de comptes dans un cadre législatif futur, c'est que la reddition de comptes doit être mutuelle. D'une part, le gouvernement fédéral doit octroyer aux provinces et aux territoires un financement suffisant pour que les Canadiens puissent avoir accès à des services comparables où qu'ils vivent. C'est un objectif valable, mais il faut pour cela octroyer le financement nécessaire. D'autre part, évidemment, si les provinces acceptent de participer au régime, elles devraient le faire, mais cela leur est impossible si elles n'ont pas le financement nécessaire. Voilà le problème.

À ce propos, c'est ce que mes membres disent souvent—mes membres sont les hôpitaux, les autorités sanitaires régionales et les agences de santé du Canada. Ils ne peuvent offrir davantage de services compte tenu de l'argent qu'ils reçoivent.

Il y a plusieurs flux de comptabilité, mais il faudrait dire clairement dans un cadre législatif que le gouvernement fédéral continue d'octroyer ce financement en fonction d'une échelle progressive suffisante pour atteindre certains objectifs. Et on mesurera si ces objectifs sont atteints. Si le gouvernement fédéral se retire du financement, il n'a vraiment plus l'autorité morale nécessaire pour continuer de défendre ces principes.

C'est le problème qui s'est posé dans les années 90. Nous nous y étions opposés. Nous ne voulons pas que cela se reproduise. Nous nous tournons vers l'avenir et nous pensons que l'avenir sera différent.

M. Monte Solberg: D'accord, mais les provinces n'ont pas d'autres choix. Le gouvernement fédéral n'a pas besoin de cesser tout financement. S'il se retire d'une certaine partie du financement, les provinces auront encore besoin de ce qui restera. Elles n'ont pas d'autres choix. C'est une préoccupation valide à mon avis.

Comment peut-on résoudre ce problème? Il est certain que le financement fédéral devrait être assorti d'une reddition de comptes, je suis d'accord avec cela, mais comment devrait-on procéder?

Dre Deborah Tamlyn: J'ai un autre commentaire à ajouter.

Ce que vous dites en fait, c'est qu'il y a eu une perte de confiance fondamentale en raison de ce qui s'est fait auparavant. Mais nous sommes dans une nouvelle ère. Les intervenants ne sont plus les mêmes. Nous avons de nouvelles façons de garantir la reddition de comptes, entre autres en inscrivant cette exigence dans la loi. Mais si nous n'arrivons pas à préciser nos relations et à travailler de concert —et cela s'applique à tous les professionnels de la santé en plus du gouvernement—, si nous n'y arrivons pas, quelles que soient les sommes investies dans le régime, nous ne pourrions pas bien desservir les Canadiens.

C'est pourquoi nous sommes si convaincus qu'il faut rétablir une certaine confiance pour progresser tout en mettant en place des mesures de reddition de comptes pour les conseils de santé, des objectifs nationaux, etc. Nous vous implorons de rétablir cette confiance et aller de l'avant. Nous croyons que c'est possible. Nous sommes peut-être naïfs—d'autres qui ont vécu cette expérience sont devenus cyniques—mais j'estime que nous avons besoin d'espoir pour l'avenir.

M. Monte Solberg: Me reste-t-il du temps?

• (1025)

Le président: Non. Merci.

Monsieur Côté.

[Français]

M. Guy Côté (Portneuf—Jacques-Cartier, BQ): Je vous remercie de vos présentations.

Vous ne serez guère surpris d'apprendre que, tout comme mes collègues conservateurs, je suis mal à l'aise quand il est question de la notion d'imputabilité par rapport au système de santé québécois. En plus de l'imputabilité, il y a naturellement les règles d'accès à ce financement. Je ne suis pas un spécialiste de la santé, et mes questions seront donc de nature assez générale.

Dans chacune des provinces, il y a des situations particulières. Je pense au Québec, où on a vécu et où on vit encore une certaine crise sur le plan des ressources humaines, chez les infirmières. Par contre, pour ce qui est des services de soins décentralisés et à domicile, nous sommes peut-être en avance sur certaines autres provinces. Je pense entre autres aux CLSC, qui font beaucoup de prévention.

Dans le cadre du financement national, au-delà de l'imputabilité, qui peut entraîner beaucoup de problèmes et sur laquelle je ne reviendrai pas, on a vu que l'accord sur la santé, que certains ont qualifié de fédéralisme asymétrique et d'autres, d'intervention asymétrique, a causé un certain *backlash*—excusez l'expression anglaise—dans le reste du Canada. Compte tenu que les situations des différentes provinces, au niveau de la santé, ne sont pas identiques, est-ce qu'il ne serait pas préférable qu'il y ait des transferts massifs vers le Québec et les provinces? À ce moment-là, les gouvernements provinciaux et québécois devraient rendre des comptes à leurs citoyens, et si les citoyens n'étaient pas satisfaits des services qu'ils obtiennent dans leur province, ils agiraient en conséquence. Est-ce que ce ne serait pas une solution qui, à la fois, serait simple et correspondrait à ce que je pense être la véritable imputabilité, l'imputabilité aux citoyens?

Est-ce que la représentante des infirmières peut me répondre?

[Traduction]

Dre Deborah Tamlyn: C'est que je n'étais pas sur le bon canal et je n'ai donc pas pu entendre l'interprétation. Pourriez-vous résumer votre question? Vous voulez savoir s'il ne serait pas possible d'exiger des provinces qu'elles soient imputables à leurs citoyens?

Vous avez raison, c'est tout à fait nécessaire. Mais nous avons également expliqué que puisque infirmières, médecins et autres fournisseurs de soins de santé se déplacent d'un bout à l'autre du pays, tout comme les citoyens du Canada, il faudra avoir une vision nationale ou pancanadienne que les provinces et territoires pourront à leur tour choisir d'entériner ou pas d'une façon qui leur est unique. Il faut regrouper autour de la table tous les intervenants qui comprennent le secteur des soins de santé de même que les enjeux et les besoins des citoyens, pour viser la complémentarité.

Cela ne donnera rien si on maintient le cloisonnement par territoire ou par province. La santé touche tous les citoyens de partout au Canada, et c'est un principe dont nous ne démordons pas. Même si les enjeux sont particuliers chez les Autochtones, au Québec ou même en Alberta, il nous faut une vision nationale.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Dans notre mémoire, nous soumettons qu'il est nécessaire de pouvoir faire la comparaison d'un bout à l'autre du Canada, car la population n'admettrait pas que certains citoyens puissent avoir accès aux soins de cardiologie dans une province et pas dans une autre. Si le gouvernement transfère des fonds, et s'il accepte le principe de fonds de péréquation, c'est pour que les provinces aient toutes la capacité financière voulue pour offrir ces services.

Personne n'a laissé entendre qu'il faudrait suivre à la trace les fonds versés—ce n'est pas le genre d'imputabilité que nous proposons. Ce qui est envisagé dans les cadres d'imputabilité, quels qu'il soient, c'est que les provinces rendent des comptes à leurs populations respectives.

Par ailleurs, s'il n'existe aucun cadre législatif qui vienne circonscrire l'instauration de ces programmes, de façon à rendre plus difficile un retrait éventuel du gouvernement fédéral, alors ce dernier pourrait facilement se désister, ce qui pourrait aussi être risqué pour les provinces.

Il nous faut un cadre d'imputabilité qui oblige toutes les provinces et tous les territoires à rendre des comptes à leurs populations respectives d'une façon qui permette la comparaison et qui confirme les services offerts. Pas question d'envoyer un chèque sans qu'on sache qui en est le bénéficiaire. Cela, c'est la vieille méthode de reddition de comptes. Aujourd'hui, on veut savoir ce qu'a permis d'obtenir ce chèque. Mais en même temps, on tient compte du fait que la santé relève des provinces et des territoires, et que chacun a donc une certaine marge de manoeuvre quant à la façon dont les services sont dispensés, par exemple. Mais il existe un certain nombre d'entre eux auxquels tous les Canadiens devraient avoir accès et sur lesquels les provinces devraient s'entendre facilement. Après tout, elles ont toutes affirmé s'entendre sur les mêmes objectifs; dans ce cas, pourquoi leur est-il difficile d'affirmer publiquement qu'elles acceptent les objectifs en question et qu'elles acceptent aussi de rendre des comptes à leurs propres populations?

• (1030)

Le président: Monsieur McBane.

[Français]

M. Michael McBane: J'aimerais ajouter une chose. Les Québécois sont d'accord sur les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé et ils veulent avoir les mêmes services partout. Il faut avoir accès à l'information et la partager.

Sur la question des rapports annuels,

[Traduction]

on esquivait un peu la question de la compétence puisque le gouvernement du Québec ne rend pas des comptes à sa population sur le type d'indicateurs exigés dans la loi fédérale. Que le rapport qui est envoyé à Québec soit en bleu mais que les fonctionnaires fédéraux puissent le télécharger néanmoins, ce sont-là des détails qui ne m'inquiètent pas. Ce qui m'embête, c'est que le gouvernement du Québec ne rend pas des comptes à ces citoyens sur les indicateurs ni sur les critères suivis. C'est bien ce qu'a affirmé la vérificatrice générale et même Santé Canada. Pourtant, les citoyens du Québec sont aussi des citoyens du Canada qui sont d'accord sur les principes de la loi canadienne. Comme la province ramasse l'argent, qu'elle rende des comptes.

Dr Albert Schumacher: Une dernière chose à ce propos, si vous le permettez, au sujet des ressources humaines et le nombre d'Autochtones qui exercent la médecine et les sciences infirmières au Canada, il n'y en a pas suffisamment. Il n'y en a pas assez au Québec et pas plus que dans le reste du Canada. Il nous faut un plan et un objectif et des paramètres. Nous comptons moins d'une centaine de titulaires autochtones de postes de ce genre au Canada. Alors qu'il nous en faut mille ou deux mille. Il faut s'y prendre collectivement. Il faut se donner des buts et des objectifs, et nous devons nous les communiquer.

Le président: Merci.

Monsieur McKay.

L'hon. John McKay (Scarborough—Guildwood, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins.

Vous semblez tous d'une même voix, et je vais y joindre la mienne. Fait intéressant, les deux premières interventions sont venues de provinces qui sont peu réceptives à la position prise par le panel. Pour ma part, je suis tout à fait réceptif à l'idée que vous avez exprimée selon laquelle nous devrions assurer une reddition de comptes, et je suis impatient moi aussi de voir ce que la mesure législative nous réserve.

J'adresse ma question à M. McBane, mais les autres témoins peuvent intervenir s'ils le jugent bon.

Vous dites essentiellement que vous souhaitez la pleine mise en application de la Loi canadienne sur la santé et la collecte complète des données provenant de toutes les provinces. Ces demandes me semblent parfaitement justifiées.

Ce que je vous demande, mis à part la réduction—et je pense que l'année dernière, 2003-2004, dans le cadre du TCSPS nous avons 38,3 milliards de dollars en transferts de points d'impôt et en transferts de fonds, et les projections pour l'année prochaine, soit 2004-2005, dans le cadre du TCSPS sont de 42,2 milliards de dollars en points d'impôt et en transferts de fonds—alors qu'est-ce qui a vraiment changé? Quels mécanismes plus subtils que la réduction du chèque proposeriez-vous?

M. Michael McBane: Ce sont de bonnes questions. Je pense que les Canadiens ne se rendent pas compte qu'il y a deux régimes d'application de la Loi canadienne sur la santé. L'un d'entre eux correspond à ce dont vous parlez—la suppression de fonds—, mais il concerne la surfacturation et les frais modérateurs.

Il existe un autre régime d'observation qui concerne la Loi canadienne sur la santé—les cinq principes—et selon lequel les provinces se conforment à l'ensemble du cadre législatif. On en n'a pas une seule fois assuré l'observation. Ce que la loi prescrit, c'est qu'en cas de préoccupation, le ministre fait parvenir un avis où il expose ses inquiétudes et la province ou le territoire dans sa réponse explique ce qu'il en est.

Depuis l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, pas une seule fois le ministre de la Santé du gouvernement fédéral n'a fait part d'inquiétudes face au respect de l'un ou l'autre des cinq critères, qu'il s'agisse de la transférabilité ou de l'accessibilité. Nous avons constaté d'importants changements en matière de prestation de soins, ce qui, nous le savons, constitue une entrave financière qui réduit l'accès. Avec l'émergence des cliniques privées, nous constatons des cas de resquillage, et on n'a jamais évalué l'incidence de cette situation sur l'égalité des conditions d'accès.

Nous n'avons donc pas l'information voulue pour savoir si les provinces respectent le cadre juridique de base. C'est pourquoi, comme vous le dites, on parle d'un cadre de base. Nous devrions disposer des données. Ces questions sont posées dans le rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé. Mais il arrive tout simplement que plusieurs des provinces ne fournissent aucune réponse.

• (1035)

L'hon. John McKay: La Loi canadienne sur la santé, dans sa formulation actuelle, ne suffit-elle pas pour demander l'information permettant d'effectuer une évaluation?

M. Michael McBane: Je pense qu'il vous faudrait probablement prendre un règlement pour rendre cette mesure obligatoire.

L'hon. John McKay: Vous pensez donc qu'il y a peut-être là une lacune.

M. Michael McBane: Oui. Au fond, le ministre fédéral s'en remet au jugement des provinces.

L'hon. John McKay: Monsieur Tholl.

Dr William Tholl (secrétaire général et chef de la direction, Association médicale canadienne): J'aimerais parler particulièrement de ce dernier aspect. À une certaine époque de ma vie, je me suis grandement familiarisé avec la Loi canadienne sur la santé.

En fait, un seul règlement a été promulgué, et il s'agit de celui qui concerne la demande d'information, mais elle ne concerne que les frais modérateurs et la surfacturation. Comme l'a dit M. McBane, le règlement a été promulgué juste après l'adoption de la Loi canadienne sur la santé en 1984. La raison en était que les sanctions sont non discrétionnaires et correspondent exactement au montant en question.

Si le gouvernement fédéral voulait en faire plus, on pourrait examiner et revoir ces règlements de façon à inclure plus que l'information sur la surfacturation et les frais modérateurs. Et de un.

Deuxièmement, j'aimerais dire au sujet de ce qui est maintenant en place et qui ne l'était pas auparavant relativement aux fonds acheminés vers les provinces et qui permettrait d'éviter que se reproduise une situation comme celle de 1995.

Personne ici n'a fait mention du Conseil canadien de la santé, qui existe bel et bien maintenant. Son rôle, en grande partie, consiste à assurer la reddition de comptes de part et d'autre. Nous disposons donc maintenant de cette entité, et à l'avenir je m'attendrais à ce Michael Decker et d'autres se prononcent pour nous dire si les provinces et si le gouvernement fédéral respectent leurs engagements du point de vue financier.

L'hon. John McKay: Mais dispose-t-il de suffisamment d'information pour effectuer cette évaluation?

Dr William Tholl: Eh bien, tout le monde participe au Conseil canadien de la santé, sauf le Québec, mais malgré l'asymétrie...

Une voix: L'Alberta n'y adhère pas.

Dr William Tholl: L'Alberta non plus.

Mais enfin ce à quoi je voulais en venir, c'est que même l'ajout à l'accord des premiers ministres indiquait que le Québec participerait en fournissant de l'information au Conseil canadien de la santé.

L'hon. John McKay: Avec ma deuxième question, je vais ouvrir une autre boîte à surprise. Dans une vie antérieure, je me suis penché sur la privatisation, les partenariats public-privé, et ce qui m'a frappé, c'était le modèle britannique, dans le cadre duquel on construisait quatre hôpitaux par année moyennant des partenariats public-privé, et avec beaucoup de succès.

On a ainsi engagé un dialogue politique avec 10 ou 15 ans d'avance sur nous, et on n'en a pas fait tout un plat. On ne se préoccupait pas vraiment de savoir qui possédait l'hôpital même. Ce dont on se préoccupait, c'était de le construire efficacement, à temps et selon les critères établis. On en était presque arrivé à un contrat normalisé, et il était vraiment intéressant de comparer pour voir si dans l'exécution du contrat on s'en était tenu au prix établi, par exemple, par rapport aux modèles ne faisant appel qu'au secteur public.

J'aimerais donc avoir votre avis sur cet aspect, non pas sur la prestation des services mais sur la fourniture des infrastructures immobilières ou matérielles pour l'ensemble du système des soins de santé.

Dr Albert Schumacher: Traditionnellement, la plupart de nos établissements sont de nature privée. Ils ont été construits par des ordres religieux, il y a une centaine d'années dans certains cas, moyennant une forte participation des collectivités, un grand apport de fonds versés bénévolement, et un conseil d'administration formé de bénévoles qui tâchaient de les gérer et de les maintenir. Avec la nationalisation des soins de santé et l'assurance-maladie, le gouvernement fédéral ne se les est pas automatiquement appropriés. Ces établissements sont toujours la propriété de ces entités et de ces communautés, dans une large mesure.

J'estime donc qu'il y a une large place pour quelqu'un d'autre. Les ordres religieux ont cessé de s'occuper principalement de construire des hôpitaux, mais il y a d'autres gens que la question intéresse, parce que cela rejoint leur secteur d'activité principal. Selon ce modèle et compte tenu du fait que nous n'avons pas nationalisé les hôpitaux, exterminé les religieuses et emporté ce qui leur appartenait, je pense que nous avons reconnu que cet élément fait partie de la diversité de notre régime de soins de santé. On ne se préoccupait pas de savoir si l'on avait affaire à l'Église catholique ou au Mount Sinai ou à quelqu'un d'autre. Je pense que c'est enraciné dans toutes les collectivités canadiennes et que c'est quelque chose qu'il nous faut promouvoir.

Je pense qu'il faut donc s'inspirer de la Grande-Bretagne et d'autres modèles comme celui-là. Dans la mesure où le patient continue d'avoir tout autant accès à des services de qualité, est assujéti aux mêmes temps d'attente, qu'importe de savoir qui a construit l'hôpital ou s'occupe des travaux d'entretien ou que sais-je encore? On veut plutôt s'assurer que les services qui comptent sont bel et bien fournis et que les patients ont accès à des services de qualité.

Le président: Merci.

Madame Wasylycia-Leis.

• (1040)

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, monsieur le président.

À propos de tout ce débat sur la responsabilité des provinces et la reddition de comptes par le gouvernement fédéral, il me semble que les Canadiens ne veulent surtout pas d'un ensemble disparate de systèmes pour tout le pays, et que le programme national d'assurance-maladie doit être maintenu à tout prix.

Il me semble que l'accord est bénéfique parce qu'il assure à notre système une base de financement plus stable et prévisible. On a injecté des fonds appréciables, mais je ne sais pas si nous pouvons dire que nous pouvons ainsi vraiment mieux préserver en matière de soins de santé l'accès universel, la reddition de comptes, l'administration sans but lucratif, ou si nous pouvons dire avec le minimum de certitude que les dispositions de l'accord sur la santé seront respectées quant à leur objectif, soit la transformation de notre modèle de soins de santé en un système plus global et rentable.

Je tiens à me concentrer sur cette question de reddition de comptes. Je pense que nous pourrions avoir confiance, c'est un aspect important, mais à moins de disposer d'une loi de mise en oeuvre de cet accord, d'un engagement ferme de mise en application de la Loi canadienne sur la santé, et de mesures rigoureuses visant à sévir contre les provinces qui enfreindraient l'un de ces cinq principes, tout cela ne servirait à rien.

Permettez-moi de m'adresser d'abord à Mike puis ensuite à Sharon et ensuite à quiconque le souhaite pourra intervenir pour répondre à cette question.

Quant à ma seconde question, afin que vous sachiez bien que je veux traiter d'un autre point, je veux vraiment parler du travail effectué par l'AMC sur toute cette question de l'investissement de nos fonds de retraite dans des secteurs qui ne sont pas le moins éthiques et qui nuisent à nos soins de santé. Il s'agit de toute cette question de la politique d'investissement du RPC.

Voilà mes deux grandes questions.

Mike, voulez-vous d'abord parler de la reddition de comptes?

M. Michael McBane: Je suis d'accord avec vous, Judy, pour dire qu'il doit y avoir une loi prescrivant des mesures précises de reddition de comptes, mais je pense aussi que nous devons reformuler notre engagement envers le cadre juridique fédéral, c'est-à-dire la Loi canadienne sur la santé.

Il est troublant de voir des premiers ministres passer autant de temps ensemble sans qu'il soit question de la Loi canadienne sur la santé. Je pense que certains souhaitent qu'elle meure à force de négligence, alors que les Canadiens tiennent grandement à la vision et aux valeurs et au régime créés par la Loi canadienne sur la santé et qu'elle maintient.

Comme l'ont montré le rapport Romanow et ses travaux de recherche, la Loi canadienne sur la santé est un cadre juridique très perfectionné qui est tout à fait à l'opposé d'un système de type commercial—et c'est intentionnel. C'est ainsi qu'on assure des soins de santé là-bas à Iqaluit, dans toutes les petites localités de la Gaspésie, et à Chibougamau, et dans tous les recoins de l'Île-du-Prince-Édouard. Ce n'est pas un régime de nature commerciale. L'argent n'intervient pas là-dedans. Ce n'est pas parce que des services sont lucratifs que les médecins peuvent ainsi s'enrichir. Ce n'est pas ainsi qu'on obtient un accès au service.

Le cadre législatif est extrêmement important pour assurer les chances d'accès égal, ce que souhaitent les Canadiens. Les avocats et les économistes qui observent le secteur de la santé disent clairement que l'approche commerciale compte beaucoup. Le tout est de savoir, pourquoi compterait-elle beaucoup? Eh bien, elle compte beaucoup en raison des économies, en raison de la qualité, et en raison de l'égalité de l'accès et des conditions.

Nous devons cesser de nous faire croire sur le plan politique que nous pouvons changer le cadre législatif et la façon dont le régime est géré sans que cela ait d'effet sur les cinq principes. C'est tout à fait malhonnête. Les travaux de recherche de la Commission royale l'ont clairement établi. Il faut maintenant que nos politiciens commencent à défendre le cadre législatif auquel croient les Canadiens. Ce sont là nos valeurs; elles sont protégées par la loi. Alors défendons cette loi. Quand de nouveaux éléments viendront s'ajouter au régime, assurons-nous qu'ils correspondent bien au mécanisme de la Loi canadienne sur la santé.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Vous vouliez que je réponde aussi. Tout d'abord, je suis d'accord avec vous, il ne faut pas oublier ce que dit la Loi sur la santé. Je suis toujours stupéfaite de voir des journalistes écrire, souvent, que l'accès à ces fonds est inconditionnel alors que les conditions prévues dans la loi s'appliquent non seulement aux transferts pour la santé mais également aux transferts sociaux—aux deux, depuis qu'on a séparé les deux.

Je suis un peu rassurée par cette initiative de procédure d'arbitrage sur l'utilisation de la loi, mais même si désormais le ministre fédéral de la Santé aura le droit de bloquer les fonds en cas de non respect de la loi, c'est un comité consultatif de professionnels qui déterminera s'il y a eu ou non infraction à la Loi sur la santé canadienne. Une procédure donnant à tout le monde un sentiment d'équité et de justice ne peut être que bonne.

Permettez-moi de vous rappeler que la Loi sur la santé ne concerne que les prestations hospitalières et médicales, médicalement nécessaires. Personnellement, je ne souhaiterais pas une modification de la loi car je crains que ce serait ouvrir la porte à des prestations que les Canadiens ne souhaiteraient pas voir couvertes par cette loi. Cependant, s'il s'agit de prestations de soins à domicile en remplacement de soins en milieu hospitalier il serait selon moi, assez facile par voie de règlements de les inclure à la loi puisqu'il s'agirait en vérité de prestations hospitalières offertes ailleurs qu'en milieu hospitalier, par exemple.

• (1045)

Le président: Merci.

Je voudrais que M. Tholl puisse répondre—dix secondes, s'il vous plaît.

Dr William Tholl: Dix secondes, monsieur le président.

Premièrement, il y a la responsabilité politique auprès du Conseil canadien de la santé.

Deuxièmement, la loi prévoit des sanctions pour « manquement grave ». Il y a eu des exemples. Lorsque M. Rock était ministre de la Santé il a envoyé une lettre à l'Alberta à propos des cliniques. Cela n'a jamais entraîné l'application de sanctions, mais ces sanctions existent.

Troisièmement, pour ce qui est des comptes à rendre, surtout en ce qui concerne l'accès au fonds, nous aimerions, pour nous répéter, voir les 4,5 milliards de dollars. Cette partie de l'accord entre les premiers ministres pour faciliter le changement et donner une consistance aux promesses d'accessibilité doit être assujettie à des accords de participation tout comme l'étaient les fonds de transition pour les soins primaires.

Il n'est pas nécessaire que toutes les provinces signent les mêmes accords de participation. Ils peuvent être adaptés province par province en fonction de leur statut particulier. Il reste que nous recommandons vivement que ces 4.5 milliards de dollars soient assujettis à des accords de participation et ne soient pas inclus dans les autres montants qui seront ajoutés à la base de transfert pour la santé.

Le président: Merci.

J'ai encore quatre intervenants et moins de 10 minutes.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Monsieur le président, le comité permettrait-il à M. Schumacher de nous faire un bref exposé des raisons pour lesquelles réfléchir aux modalités d'investissement des fonds de pension est si important.

Le président: Permettez-moi de vous suggérer d'en discuter avec lui après la réunion. Il ne reste plus que 10 minutes et j'ai quatre noms. Je pourrais demander aux témoins de rester cinq minutes de plus et je pourrais donner à chacun quatre minutes.

J'ai les noms de M. Pallister, M. Bell, M. Loubier, et Mme Minna.

Monsieur Pallister, vous avez quatre minutes. Merci.

M. Brian Pallister (Portage—Lisgar, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens à tous vous remercier de ces exposés et de votre présence.

Vous avez fait allusion à certains dangers qui menacent ce régime. Pour moi, que des gouvernements provinciaux autorisent l'ouverture de cliniques privées représente un danger de menaces pour ce régime au moins aussi important. Il est possible que cela mette ce régime en danger et selon M. McKay tel est bien le cas. C'est certain que c'est le cas pour son gouvernement au moment des élections. Il est fréquemment suggéré que ces provinces représente une menace pour le régime de santé. Pour moi, il y a un danger tout aussi grand et c'est le manque de leadership de la part du gouvernement fédéral qui semble ne parler de ces menaces qu'au moment des élections et qui ne fait plus rien après.

Il y a aussi un autre danger. Quand un système a le monopole de certaines prestations le risque est qu'il se comporte comme un monopole. Je m'explique. Le danger c'est que nous prêtions plus d'attention aux avantages sociaux et aux prestataires de ces services qu'à ceux qui en sont les bénéficiaires. C'est malheureusement l'impression et nous ne devrions pas être surpris que les Canadiens ne nous soutiennent pas dans nos efforts pour préserver le système. Il faut donner la priorité aux bénéficiaires et non pas aux prestataires.

Ceci dit, les exemples d'électeurs qui ont besoin de ces services et qui me contactent à leur sujet ne manquent pas. Ce devrait être notre priorité. C'est ce que ne cessent de me dire les infirmières. Pourtant les utilisateurs de ce système ne cessent de me parler de problèmes.

Par exemple, tout dernièrement, j'ai reçu une lettre dans laquelle une dame me dit qu'elle subit un traitement à l'Hôpital Saint-Boniface de Winnipeg. Ce traitement lui donne la nausée et elle vomit souvent. Ils doivent faire venir deux personnes pour nettoyer : une pour ramasser le récipient et l'autre pour nettoyer le plancher. Il y a sept exposés de fonctions d'entretien différents dans cet hôpital.

Les infirmières et les infirmières auxiliaires autorisées me disent ne pas pouvoir pratiquer le métier qu'on leur a enseigné. Les infirmières et les infirmières stagiaires ne peuvent mettre en pratique ce qu'on leur a appris. Nous n'utilisons pas les ressources au maximum.

Ne vous méprenez pas, je ne suis pas un Manitobain qui plaide pour le privé. Je veux simplement que le système fonctionne. S'il fonctionne correctement, tout le monde fera sa part. Maintenant que je me suis bien lamenté, permettez-moi de revenir sur certains points particuliers que vous avez soulevés.

Pour commencer, la pénurie de médecins dans les zones rurales m'inquiète énormément comme elle nous inquiète tous. Docteur, vous avez parlé du programme de bourses dans votre exposé.

Certains pays offrent des modalités de remboursement des prêts consentis aux étudiants fondées sur le revenu ce qui permet d'atténuer le problème que vous avez décrit de ceux qui ayant obtenu leurs diplômes poursuivent une spécialisation. Ils n'ont pas l'obligation de commencer à rembourser, c'est sur la base de leurs déclarations de revenu qu'ils commencent à rembourser. C'est à partir du moment où ils commencent à gagner de l'argent qu'ils commencent à rembourser.

Est-ce un système auquel votre association a réfléchi, et qu'en pense-t-elle?

• (1050)

Dr Albert Schumacher: Le problème n'est pas le remboursement mais l'accumulation continue de dettes. Beaucoup de nos programmes de troisième cycle deviennent de plus en plus complexes avec les progrès de la médecine. Alors qu'il faut un minimum de neuf ans d'études pour devenir généraliste au Canada, il faut 11 ou 12 ans

pour devenir spécialiste. Il en va pratiquement de même pour les infirmières et pour d'autres spécialités. Devoir décrocher une maîtrise devient de plus en plus nécessaire tout comme certaines études de troisième cycle.

Pouvoir reporter le remboursement à plus tard est une bonne chose mais il faut aussi trouver une solution aux intérêts qui s'accumulent. Dieu merci, nous sommes bien contents qu'aujourd'hui très souvent les taux d'intérêt sont inférieurs à 5 p. 100.

Nous craignons que cela influe sur les choix de carrière. Tout le monde sait que les Forces armées canadiennes doivent verser une prime de 225 000 \$ au généraliste pour qu'il s'engage et que l'armée puisse maintenir ses effectifs. Beaucoup de collectivités doivent, pour battre les autres, verser de larges sommes d'argent aux médecins pour les attirer chez elles. Les collectivités rurales sont désavantagées parce qu'elles n'ont pas les fonds nécessaires et leurs étudiants viennent souvent de familles qui gagnent moins d'argent et qui ont besoin dès leur premier jour en faculté de médecine d'avoir la garantie qu'à la fin de leurs études ils ne se retrouveront pas avec une dette plus importante que ce que valent la majorité des maisons dans leurs villages. Ce n'est pas du tout fait pour les encourager.

Le président: Monsieur Bell.

M. Don Bell (North Vancouver, Lib.): Merci.

C'est très intéressant et tous les exposés nous en apprennent beaucoup. Il semble qu'il y ait certains thèmes que vous reprenez tous, ce que je trouve également intéressant.

J'ai entendu parler des menaces et peut-être qu'une des véritables menaces pour le système et la partisanerie est le fait que l'on ne s'occupe pas des vrais problèmes.

J'aimerais toutefois vous interroger sur une question qui a été soulevée, si je ne m'abuse, monsieur Schumacher, à propos de la TPS. C'est le deuxième des trois points mentionnés à propos de la santé. Nous avons reçu le ministre Goodale il y a deux jours, si je ne m'abuse. On a parlé d'étendre cela aux municipalités. Et puis il y a tout le reste du groupe multi-utilisateurs que sont les universités, les écoles et les systèmes de santé qui à mon avis devraient également bénéficier de l'exonération de la TPS.

La question que je voulais poser à Deborah, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada fait suite à celle de M. Pallister sur les médecins dans les régions rurales ou moins peuplées et les incitatifs possibles. C'est une discussion qui me semble intéressante.

Existe-t-il des documents ou autres que vous pourriez me signaler à ce sujet? Le genre d'incitatifs dont vous parliez pourrait également s'appliquer, je suppose, aux travailleurs immigrants qui viennent de... Je pense aux infirmières qui viennent des Philippines.

Je viens pour ma part de la Colombie-Britannique et je suis bien au courant des problèmes des travailleurs étrangers qui ont du mal à faire reconnaître leurs diplômes quand ils arrivent au Canada, qui ont des compétences qui nécessitent peut-être quelques compléments pour satisfaire aux normes canadiennes ou qui simplement devraient obtenir une équivalence de diplômes si leurs compétences conviennent—qu'il s'agisse de médecins ou d'infirmiers.

Quel genre d'incitatifs pratiques pourraient permettre de les attirer d'abord vers des régions moins peuplées?

Dre Deborah Tamlyn: Il existe des documents et informations que nous nous ferons un plaisir d'envoyer à votre bureau et je suis sûre que l'Association médicale canadienne pourrait en faire autant.

Vous soulevez une question très importante, à savoir que lorsque nous avons moins de professionnels de la santé, nos régions qui offrent des incitatifs, celles qui offrent un environnement de travail de qualité et où il est plus agréable de vivre et de travailler seront favorisés par rapport aux autres. Alors comment égaliser les choses et s'assurer que les régions rurales et éloignées...que les néo-Canadiens aussi, les gens qui immigreront au Canada, puissent être aidés.

C'est une priorité à la fois pour nous et pour les médecins.

Permettez-moi de revenir sur une observation faite par quelqu'un d'autre qui se demandait si nous, les professionnels de la santé, nous nous préoccupons uniquement de nos propres intérêts, de notre rémunération et de ce genre de choses. Je trouve cela tout à fait cynique.

Ce qui nous préoccupe, et ce sur quoi nous voulons concentrer nos efforts, c'est sur la façon de permettre à des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés, des aides soignantes, des infirmières praticiennes...comment en fait nous pouvons permettre aux médecins et spécialistes de travailler de différentes façons.

Je voulais simplement préciser qu'il ne s'agit pas de préserver le statu quo ou que nous n'avons pas de nouveaux éléments, de nouveaux arguments. Nous voulons envisager de nouvelles méthodes d'approche quant à la santé autochtone, aux régions rurales et éloignées et au nombre croissant des néo-Canadiens que nous devons servir.

•(1055)

Le président: Merci.

Monsieur Loubier.

[Français]

M. Yvan Loubier (Saint-Hyacinthe—Bagot, BQ): Merci, monsieur le président. Je m'excuse de mon retard.

Cela fait un bon bout de temps que j'entends ce discours, mais je suis toujours un peu ébahi quand je l'entends. Vous demandez des mesures coercitives et punitives, alors que la cible devrait être la contribution fédérale aux coûts de la santé. Lorsque le programme a commencé, et cela allait de pair avec la Loi canadienne sur la santé, la contribution fédérale était de 50 p. 100 des coûts de santé. Maintenant, elle est d'environ 18 p. 100, et on vise 23 p. 100 selon l'accord de septembre dernier.

Dans le secteur privé, quand quelqu'un a une participation minoritaire de 25 p. 100 dans une entreprise, normalement, il ne contrôle pas l'entreprise. Aujourd'hui, vous demandez que le contribuable le plus important, c'est-à-dire les provinces, qui financent à 75 p. 100 la santé, soit mis en tutelle par le gouvernement fédéral pour la gestion des hôpitaux. Je vous rappellerai que jusqu'à maintenant, le gouvernement fédéral n'a pas démontré une compétence exceptionnelle dans la gestion de deux types d'hôpitaux. Il s'agit des hôpitaux pour les autochtones et de ceux pour les anciens combattants, qui sont des catastrophes nationales.

Je veux bien que nous prenions une part de la responsabilité comme politiciens et, d'ailleurs, nous l'acceptons. Cependant, il y a aussi des menaces qui viennent des ordres professionnels, et on n'en parle pas souvent. Je parle des ordres de médecins, d'infirmières et de tous les autres professionnels spécialisés qui travaillent dans les hôpitaux. Docteur Schumacher, vous avez mentionné tout à l'heure

que la planification et la formation des nouveaux arrivants sur le marché du travail prenait 10 ans. Le fait que vous contingentiez le nombre de nouveaux diplômés pose aussi des problèmes. Dans ma région comme dans d'autres, il y a pénurie de médecins. On pose même des pancartes sur les autoroutes qui disent: « À la recherche de trois médecins depuis cinq ans », et on n'arrive pas à combler les postes. Il s'agit d'une autre menace.

Que pensez-vous, d'une part, du contrôle coercitif et punitif du gouvernement fédéral, qui ne contribue que 25 p. 100, comme Judy l'a expliqué tout à l'heure, et, d'autre part, de votre rôle comme représentants des ordres professionnels?

[Traduction]

Dr Albert Schumacher: Merci.

Vous venez d'avancer une cible très importante. Jusqu'à ce que nous commençons à mesurer les choses, nous ne comprenions pas que 25 p. 100 des patients au Québec n'avaient pas accès à un médecin de famille. C'est probablement la situation la pire au pays, du moins pour ce qui est des provinces—c'est peut-être pire dans les territoires. Par contre, la Nouvelle-Écosse, est peut-être la mieux placée. Il n'y a que 5 p. 100 de la population qui déclare ne pas avoir de médecin de famille, la moyenne nationale étant de 12 à 15 p. 100.

Est-ce une priorité plus importante au Québec et quelque chose sur quoi il faudrait que l'on insiste davantage? Tout à fait. Peut-on attaquer tous les problèmes au monde? Non. Mais c'est certainement quelque chose sur quoi, au Québec, personne n'aurait d'objections à ce que l'on s'en occupe. Il y aurait différentes stratégies possibles.

Il faut l'investissement nécessaire pour s'assurer que nous formons suffisamment de médecins et que nous avons suffisamment de places d'internes. On y a fait allusion dans la dernière question. Il y a beaucoup de médecins immigrants qui viennent ici, des diplômés de médecine d'autres pays, pour lesquels il nous faut des places d'internes afin qu'ils puissent obtenir les diplômes voulus. Ces deux dernières années, sur les 850 médecins qualifiés qui pourraient devenir internes, nous n'avions que 85 places si bien qu'un sur dix seulement qui étaient qualifiés ont pu obtenir une place pour un an ou plus. C'est un problème sur lequel nous devons nous pencher.

Devraient-ils aller dans les régions rurales? Tout à fait. Faut-il financer une telle initiative? Certes. Le gouvernement fédéral peut-il effectivement intervenir et faire quelque chose à ce sujet? Bien sûr. Le gouvernement fédéral a un rôle direct à jouer dans ce genre de tâche. Après tout, c'est lui qui a mis sur pied quatre facultés de médecine à la fin des années 60 : Sherbrooke, Memorial, Calgary et McMaster.

Je crois donc que le gouvernement fédéral devrait justement intervenir dans ce genre de domaine et dans ces localités afin d'attirer, de conserver et de former des médecins.

•(1100)

[Français]

Le président: Merci, monsieur Loubier.

Madame Minna.

[Traduction]

Allez-y.

L'hon. Maria Minna (Beaches—East York, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je voulais commencer par M. McBane.

Vous parliez de violations de la loi sur la santé à divers égards. Est-ce que l'on a surveillé cela? Est-ce que votre organisation ou quelqu'un d'autre a surveillé ce qui se faisait, si c'était fréquent et dans quels secteurs c'était le plus grave? A-t-on une idée? J'en entends beaucoup parlé. On donne des exemples, j'ai lu certains articles.

J'aimerais toutefois saisir un peu mieux les choses. Peut-être que Santé Canada pourrait nous le dire; peut-être que nous aurions dû demander un tel rapport. Je me demandais simplement si vous étiez au courant.

M. Michael McBane: Nous n'avons certainement pas les ressources pour surveiller systématiquement les choses. Je dirais que Santé Canada peut le faire. Le ministère a beaucoup plus d'employés que nous et a la responsabilité de surveiller l'application de la loi. Toutefois, je ne pense pas que cela représente des centaines et des milliers de problèmes. Il y a quelques assauts stratégiques majeurs contre le système qui sont tout à fait délibérés.

Le protagoniste de la privatisation parlent de le faire dans certaines limites mais, étant donné l'appui politique pour le système, il faut faire attention à la façon dont on privatise. Les cibles stratégiques que l'on examine sont les hôpitaux mixtes privés-public. Il y a aussi les interventions chirurgicales non urgentes. Ils choisissent essentiellement les chirurgies qui rapportent de certains spécialistes, mais pas partout.

Calgary est le meilleur exemple et le gouvernement Charest a envoyé des émissaires à Calgary pour voir comment on peut privatiser. Vous en voyez des exemples à Montréal. Ce sont les centres riches du Canada urbain à Calgary, Vancouver et Montréal. Nous avons eu des problèmes à Toronto. Nous avons travaillé très fort avec le nouveau gouvernement ontarien pour inverser et arrêter cette tendance. Il a fait campagne là-dessus et promis qu'il y mettrait fin. Il a pris certaines mesures en ce sens.

Je ne pense pas que ce soit une cause désespérée ni que ce soit inévitable. Ce sont des cas isolés, extrêmement dangereux et il faut s'en occuper mais il s'agit essentiellement de mettre sur pied des services privés parallèles. Quelquefois, le même docteur dirige un centre public d'opérations le matin et une clinique privée l'après-midi. C'est le même poste. Nous ne laisserions personne d'autre opérer de cette façon. Il y a un conflit d'intérêts fondamental.

L'hon. Maria Minna: En effet, et je sais que cela se produit dans d'autres pays. Or, si on permet à ce phénomène de prendre de l'ampleur, cela aboutira à un système à deux vitesses.

J'ai une autre question au sujet du nouveau conseil de la santé. Ce nouveau conseil me donnait de grands espoirs en matière de reddition de comptes, de surveillance, de possibilité de constater ce qui donnait de bons résultats ou pas, et de voir aussi quelles provinces partageaient comme prévu leurs pratiques exemplaires, faisaient un suivi de leurs ressources humaines, notamment.

Je sais que le Québec ne rendait pas de comptes, et même si le dernier accord prévoit que la province le fasse, je ne suis pas sûre qu'elle accepte. Mais je ne savais pas que l'Alberta ne le faisait pas non plus, ce qui affaiblit la capacité du conseil de s'acquitter en réalité de sa tâche. Que faire pour changer la situation? Avez-vous des suggestions?

Mme Sharon Sholzberg-Gray: D'abord, signalons que ce n'est pas le conseil qui fera la collecte des données, mais plutôt l'Institut canadien de l'information sur la santé, qui transmettra les données au

conseil. C'est à la lumière de ce qu'il aura reçu que le conseil décidera ce qui doit être fait.

Le Québec a adhéré à l'Institut canadien de l'information sur la santé, et la bonne nouvelle, c'est que toutes les provinces envoient donc des données à l'ICIS.

• (1105)

L'hon. Maria Minna: Y compris l'Alberta?

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Y compris l'Alberta.

Il est vrai que les renseignements sont recueillis, mais il reste toutefois que certaines provinces ne sont pas représentées au conseil. Cela ne veut pas dire toutefois que ce dernier ne pourra dispenser conseils et avis pour l'ensemble du pays, étant donné qu'il aura tous les renseignements. Cela répond en un sens à l'objectif.

La grande question, c'est de savoir ce que contiendra le premier rapport qui doit être déposé en janvier 2005. J'imagine que les rapports deviendront de plus en plus musclés au fil des ans, et ils pourraient nous servir.

Le président: Nous avons largement débordé du temps qui nous avait été alloué.

Je remercie tous les témoins d'avoir comparu. Si vous voulez poursuivre la discussion, c'est possible, mais vous devrez céder votre place aux témoins suivants.

Je vous rappelle que si vous voulez ajouter quoi que ce soit à votre témoignage, vous pouvez l'envoyer au greffier sous forme de mémoire, ce qui nous conviendrait mieux.

Merci encore de votre présence.

La séance est suspendue.

• (1106)

_____ (Pause) _____

• (1107)

• (1115)

[Français]

Le président: Nous reprenons la séance.

Je remercie tous les témoins d'avoir pris le temps de comparaître devant nous.

Comme il y a sept groupes qui témoigneront, les interventions devront durer au plus cinq minutes. Lorsqu'il restera 30 secondes, je vous ferai signe.

Premièrement, nous entendons les représentants de l'Association dentaire canadienne.

[Traduction]

Monsieur Dean, vous avez la parole.

Dr Alfred Dean (président, Association dentaire canadienne): Merci, monsieur le président, et bonjour à tous les membres du comité.

Merci de m'avoir invité pour vous faire part des priorités financières des dentistes canadiens. Je m'appelle Alfred Dean et je préside l'Association dentaire canadienne. Je vis au Cap Breton, en Nouvelle-Écosse, et c'est là que j'exerce la médecine dentaire.

Je suis accompagné aujourd'hui par Andrew Jones, directeur des relations générales et gouvernementales à l'Association, ici même à Ottawa.

Je vois que la salle est pleine, et c'est parce que vous avez beaucoup de pain sur la planche. Je vous parlerai donc brièvement aujourd'hui de questions dentaires importantes.

La santé bucco-dentaire a fait d'énormes progrès, simplement au cours de notre vie. Aujourd'hui, des gens de mon âge peuvent conserver leurs dents jusqu'à un âge avancé, alors nos parents n'avaient parfois plus aucune dent naturelle. Ceux qui nous suivront feront encore mieux et la prochaine génération n'aura pas nécessairement connu la carie. Ce point de vue optimiste a été renforcé plus tôt cette année par les résultats d'une enquête sur la santé communautaire de Statistiques Canada qui incluait pour la première fois des questions de base sur la santé bucco-dentaire. Les questions étaient peu nombreuses et relevaient de l'auto-diagnostic, mais elles nous ont néanmoins donné un aperçu de la santé bucco-dentaire des Canadiens. Dans ce sondage, 83 p. 100 des Canadiens ont signalé avoir une santé bucco-dentaire de bonne à excellente. Voilà pour les bonnes nouvelles.

Je m'en veux d'être un oiseau de mauvais augure, mais je dois vous dire que la dentisterie n'attire pas beaucoup l'attention du gouvernement. Je sais que vous en serez estomaqués, mais c'est vrai; et la raison est difficile à comprendre. En effet, les soins dentaires représentent environ 7 p. 100 de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Canada, soit quelque 9 milliards de dollars. Dans un classement général des dépenses, celles qui sont dues aux soins dentaires arrivent tout juste après celles qui sont dues à des soins cardio-vasculaires. Or, seule une infime portion de ces 9 milliards de dollars, c'est-à-dire moins de 6 p. 100, est financée par l'État.

Je vais m'aventurer et parier que la raison pour laquelle la dentisterie est négligée, c'est parce qu'elle ne fait partie de notre régime national de soins de santé. Je ne dis pas qu'il devrait en être autrement, car le régime de soins de santé est déjà mis à mal par ses engagements actuels. Mais il faut néanmoins que nous trouvions des moyens d'aider ceux dont les besoins dentaires ne sont pas comblés. Dans le sondage sur la santé dont je viens de parler, 14,5 p. 100 des Canadiens avouaient avoir une santé bucco-dentaire allant de médiocre à passable.

Cela peut vous sembler raisonnable comme pourcentage, mais demandez-vous l'incidence qu'a ce chiffre sur tout le système de santé. Saviez-vous que l'on peut associer de graves maladies de la bouche à des douleurs chroniques et que le cancer de la bouche est parmi les cancers les plus dangereux? Les chercheurs commencent à peine à comprendre que la santé bucco-dentaire est reliée à la santé en général. Lorsque la bouche est malade, le reste du corps s'en ressent, et parfois avec des conséquences très sérieuses. Les maladies parodontales semblent être un facteur de complication dans les maladies cardio-vasculaires, les accouchements prématurés, la naissance des enfants avant terme et de faible poids et dans la pneumonie. On a aussi confirmé qu'il y avait un lien entre les maladies de la bouche et le diabète, le cycle de maladie du diabète influant sur l'autre, et vice versa.

On parle ici de graves problèmes de santé, tant pour leurs répercussions sur que sur les coûts sur notre système de soins de santé. Comme toujours, la négligence coûte beaucoup plus cher que la prévention. S'il se trouve que les dentistes peuvent aider à empêcher certaines maladies ou à en réduire la gravité, on pourrait faire de grandes économies, pas seulement pour notre système de santé, mais aussi pour l'économie en général. Pensez aux journées de travail perdues, aux visites d'urgence à l'hôpital pour des abcès aux dents, et aux enfants qui ne parviennent pas à se concentrer à l'école parce que leurs caries leur font mal—tout cela pour une maladie qui pourrait être complètement évitée.

Que peut-on faire à ce sujet? Au niveau de la collectivité, la plupart des dentistes offrent des soins individuels lorsqu'ils en perçoivent le besoin. C'est en tout cas ce qui se fait dans ma région de la Nouvelle-Écosse. Au niveau des organismes, les associations dentaires plus que jamais étudient des questions ayant trait à l'accès aux soins, y compris les obstacles à cet accès, les modes de prestation et les pratiques exemplaires. Mais nous ne pouvons agir seuls.

• (1120)

Le gouvernement doit mieux comprendre les questions de santé bucco-dentaire. Notre mémoire recommande que l'on nomme immédiatement un directeur de la santé bucco-dentaire. Ce poste permettra de centraliser les efforts aux paliers local, provincial et territorial. Il faudrait que ce directeur soit une personne à qui la profession peut s'adresser et qui peut coordonner les pratiques exemplaires dans la promotion de la santé bucco-dentaire d'un bout à l'autre du Canada.

Nous faisons également plusieurs recommandations dans notre mémoire sur la voie à suivre ou à ne pas suivre pour créer de nouveaux mécanismes de financement des soins dentaires. Les patients doivent pouvoir choisir librement leur dentiste, c'est-à-dire celui qui dirigera l'équipe qui prendra soin de leur santé bucco-dentaire. La relation entre un dentiste et son patient doit être favorisée et libre de toute ingérence d'une tierce partie dans de traitement. Il faut reconnaître que les soins dentaires sont optimisés par l'intégration et la coordination d'une équipe de professionnels. Des économies de gamme et d'échelle et d'envergure se perd dès lors que le patient doit recevoir des services bucco-dentaires personnels fournis par des professionnels isolés travaillant dans des cabinets distincts.

Je m'en tiendrai à cela, même si je pourrais vous parler durant des heures. Je sais que vous tiendrez compte de notre mémoire lorsque vous préparez votre rapport et vos recommandations à l'intention du ministre des Finances, M. Goodale. Notre mémoire contient en effet beaucoup d'autres informations détaillées sur plusieurs sujets, y compris la crise du financement dans l'enseignement dentaire, la nécessité de faire plus de recherche en santé bucco-dentaire; la santé bucco-dentaire des Premières nations et des Inuits; l'intérêt que représentent les incitatifs fiscaux pour les régimes de soins dentaires; les disparités dans les régimes d'épargne-retraite; et la nécessité d'inclure les congés parentaux à l'intention des dentistes et autres professionnels autonomes.

Le président: Merci.

[Français]

Nous entendrons maintenant Mme Ziebarth de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires.

[Traduction]

Mme Susan Ziebarth (directrice général, Association canadienne des hygiénistes dentaires): Je vous remercie de me donner l'occasion de vous présenter ce mémoire et de participer ainsi à la discussion sur le financement de la santé.

Je m'appelle Susan Ziebarth, directrice générale de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires. J'aimerais vous présenter ma collègue, Judy Lux, qui s'occupe de la politique en matière de santé à notre association.

Les services d'hygiène buccale représentent le chaînon manquant du système de santé. Le système de santé du Canada est tout à fait en mesure d'offrir des services pour soigner de nombreuses maladies; cependant, comme le ministre d'État à la santé publique, Carolyn Bennett, l'a signalé, nous avons un système de santé qui considère que la bouche ne fait pas partie du corps.

Des études récentes indiquant l'existence d'un lien entre les maladies parodontales et les maladies systémiques doivent nous inciter à rétablir le lien entre la cavité buccale et le corps. Les résultats des études sur le lien qui existe entre l'hygiène buccale et les maladies systémiques présentent un argument convainquant pour transformer la notion d'hygiène buccale en tant qu'entité distincte de la santé générale. Les traitements d'hygiène dentaire des maladies parodontales réduisent le besoin d'insuline chez les diabétiques, le risque de maladie respiratoire chez les individus à risque élevé, le nombre d'accouchements prématurés spontanés, et le risque de perte de vie et d'invalidité résultant des maladies cardiovasculaires.

Les économies pourraient être importantes. Une étude faite aux États-Unis indique que la diminution du nombre de bébés prématurés ayant un poids insuffisant à la naissance, grâce à des traitements d'hygiène dentaire, permettrait d'éviter 45 000 accouchements prématurés chaque année. Cela permettrait d'économiser un milliard de dollars uniquement pour les soins intensifs.

Deux initiatives de prévention des maladies buccales, la fluoruration de l'eau et le ciment dentaire, sont des méthodes de prévention particulièrement économiques. Pourtant, moins de la moitié des Canadiens ont accès à la fluoruration de l'eau, et les programmes de ciment dentaire sont nettement sous-utilisés dans le cadre des programmes de santé publics.

Les programmes de promotion de l'hygiène buccale et de la prévention des maladies ne devraient pas être un luxe mais une façon d'améliorer la santé générale et de réduire les coûts des soins de santé à long terme. L'Association recommande que le gouvernement fédéral demande au gouvernements provinciaux et territoriaux d'affecter aux activités suivantes entre autres une partie des ressources accrues prévues dans le plan sur dix ans des premiers ministres, paru en 2004, pour la santé publique: des programmes de promotion de l'hygiène buccale et de la prévention des maladies; et des programmes de fluoruration de l'eau et de ciment dentaire.

En ce qui concerne l'accès aux soins, parmi les pays de l'OCDE, le Canada se classe deuxième au niveau des plus faibles dépenses consacrées à l'hygiène dentaire publique par habitant. Quelles en sont les répercussions directes sur les Canadiens? Un segment considérable de la population, y compris les Canadiens à faible revenu, les aînés et les Autochtones, n'ont qu'un accès limité aux services d'hygiène dentaire.

Il en résulte donc une disparité importante au niveau de la santé bucco-dentaire. Les taux de carie dentaire chez les enfants provenant de familles ayant un statut socio-économique faible sont deux fois plus élevés que chez les enfants provenant de familles mieux nanties et deux à cinq fois plus élevés chez les enfants autochtones que chez les enfants non autochtones. De plus, le taux de carie du ciment est trois fois plus élevé chez les aînés que chez les personnes de moins de 45 ans. Cela nuit à la croissance, au développement et à la qualité de vie des Canadiens.

La santé bucco-dentaire des Autochtones ternit la réputation du Canada. Les services de santé non assurés à l'intention des Premières nations et des Inuits n'atteignent que 38 p. 100 de la population admissible, et les fournisseurs de soins dentaires ne sont pas présents dans toutes les régions où vivent les Autochtones.

L'ACHD recommande la création d'un programme fédéral spécifique d'hygiène buccale pour tous les Canadiens à faible revenu et un soutien financier accru pour le programme des services de santé non assurés de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada afin d'établir un modèle de mieux-être qui accorde la priorité aux stratégies de promotion et de prévention, qui fasse une meilleure utilisation des hygiénistes dentaires mobiles pour servir les régions éloignées et permette et facilite un rôle plus indépendant pour les hygiénistes dentaires.

L'ACHD félicite le gouvernement d'avoir mis sur pied la nouvelle Agence de santé publique du Canada et d'avoir nommé l'administrateur en chef de la santé publique. Cette agence doit frayer la voie dans les secteurs suivants: créer un poste d'administrateur en chef de l'hygiène buccale au sein de la l'Agence de santé publique; surveiller la mise en oeuvre de la stratégie canadienne de santé dentaire élaborée par les directeurs fédéral-provinciaux et territoriaux de santé dentaire; s'assurer que les problèmes de santé dentaire font partie de toutes les initiatives de prévention des maladies chroniques; superviser la collecte de renseignements mondiaux sur la surveillance de la santé qui serviront à établir un rapport national sur l'état de la santé dentaire au Canada; et accroître le soutien accordé aux programmes locaux de première ligne de santé dentaire, qui ont subi une érosion ces dernières années. Pour que ces objectifs puissent être atteints, il faudra assurer un financement solide et stable aux fonctions de santé publique au niveau fédéral.

● (1125)

Notre association recommande au gouvernement fédéral d'augmenter de un milliard de dollars par année le financement de base qu'il consacre aux fonctions fédérales de santé publique, y compris une portion des fonds consacrés précisément au fonctionnement de la nouvelle Agence de santé publique du Canada ainsi qu'aux programmes et services de santé bucco-dentaire de première ligne.

Il est essentiel que l'on fasse une bonne planification des ressources humaines ainsi que de la recherche pour que la population canadienne reçoive des services de santé bucco-dentaire de qualité. Notre association recommande au gouvernement fédéral d'accorder suffisamment de fonds au ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences et au ministère de la Santé pour que ces derniers puissent colliger des données précises sur les ressources humaines en santé bucco-dentaire et puissent mener une étude sectorielle multidisciplinaire de la main-d'oeuvre en santé publique du Canada. L'Institut de la santé publique et des populations des IRSC s'assure que la prévention des maladies bucco-dentaires et la promotion de la santé font partie intégrante de la recherche entreprise, et notamment de la recherche sur l'efficacité de la promotion de la santé bucco-dentaire et de la prévention des maladies bucco-dentaires.

L'Agence de la santé publique du Canada est équipée pour examiner de façon systématique les preuves de l'efficacité des interventions publiques en santé bucco-dentaire. Le temps est maintenant venu de faire preuve de vision, et nous nous tournons vers vous pour obtenir un appui indéfectible.

Merci.

Le président: Merci. Bravo, vous n'avez pris que 15 secondes de plus. Je ne critique pas votre intervention, mais j'aime bien les chiffres. Ce sera aux autres membres du comité de décider si l'exposé leur a plu.

Nous passons maintenant à M. Lachance du groupe « Le Sport est important »

•(1130)

[Français]

M. Victor Lachance (chef de file, Groupe sport est important): Merci, monsieur le président. Je veux remercier les membres du comité de nous donner l'occasion de leur adresser la parole aujourd'hui.

Je m'appelle Victor Lachance et je représente le groupe « Le sport est important ». Je suis accompagné de M. Page, qui est directeur général de Plongeon Canada.

[Traduction]

Nous sommes ravis de signaler au comité que nous avons constaté au cours des deux dernières années du progrès du côté de la politique sur les sports ainsi que de la politique fiscale en ce qu'elle touche les sports. Aujourd'hui, par rapport à la situation qui existait il y a deux ans, on reconnaît beaucoup plus à quel point le sport contribue à la santé et au maintien des gens en bonne santé. Je m'en réjouis. On reconnaît aussi beaucoup plus la taille et l'envergure du secteur des sports et des loisirs, puisque d'après le dernier rapport de Statistiques Canada, il existe au Canada 34 000 organisations sportives et de loisirs.

Partout où que l'on aille et où que l'on regarde, on reconnaît la nécessité d'augmenter son activité physique. Je crois que le message est bien compris, surtout par les jeunes. Plus récemment, on s'est alarmé de l'état médiocre du sport d'élite, vu surtout que les olympiques de 2010 se tiendront chez nous. On peut dire, je crois que le ton est à l'optimisme.

Il y a deux ans, nous disions au comité qu'il était nécessaire d'aligner les politiques financières sur les politiques fédérales sur le sport, et en particulier la politique canadienne du sport, adoptée en 2001 par tous les 14 paliers de gouvernement, au fédéral, dans les provinces et dans les territoires. Il s'agissait là d'une réalisation charnière entérinée par l'ensemble du secteur des sports. À cette époque-là, nous suggérions d'augmenter le budget de Sport Canada de 75 millions de dollars pour qu'il atteigne au moins 180 millions de dollars afin que la politique puisse être implantée, et que 100 millions de dollars par an soient consacrés à une stratégie pancanadienne sur l'activité physique mise au point par la Coalition pour la vie active. Où en sommes-nous aujourd'hui?

Le budget de Sport Canada est aujourd'hui d'environ 120 millions de dollars. D'aucuns diront que 30 millions de dollars des engagements sont temporaires, puisqu'ils n'ont été annoncés cette année que pour un an, mais il reste qu'on parle bel et bien de 120 millions de dollars et que nous avons plus qu'à mi-chemin de la réalisation de notre objectif de 180 millions. Malheureusement, on ne peut pas parler de progrès semblables dans le cas de l'activité physique, même si les besoins sont aussi criants qu'avant et même si les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont souscrit collectivement à l'objectif d'augmenter l'activité physique dans toutes les provinces de 10 p. 100 d'ici 2010. Vous voyez que la politique en général a fait du chemin, mais que la politique budgétaire quant à elle, tire de l'arrière.

Nous avons entendu avec plaisir dans le discours du Trône que le gouvernement se donnait pour objectif de faire augmenter les activités sportives dans les collectivités et au niveau de la compétition, et nous avons entendu avec plaisir le premier ministre demander plus récemment un nouveau plan du sport pour le Canada qui tienne compte de l'engagement qu'a pris notre pays à l'égard d'une stratégie du sport saine, florissante et productive.

À notre avis, le Canada a déjà sa politique du sport qui pourrait répondre à l'appel lancé dans le discours du Trône et à l'appel du premier ministre d'instaurer un plan d'action. En ce moment même, Sport Canada prépare un nouveau mémoire destiné au Cabinet en vue d'instaurer une politique sportive au Canada, comme le réclamaient le discours du Trône et le premier ministre. En vue de concrétiser ces objectifs louables, votre comité devrait maintenant réfléchir à la façon d'aller chercher d'autres fonds et des instruments qui permettraient l'harmonisation des activités sportives du Canada avec les différents paliers fédéral, provincial et territorial.

Je demanderais maintenant à Tim de vous faire part de nos recommandations précises.

M. Timothy Page (directeur général, Plongeon Canada, Groupe sport est important): Merci, monsieur le président.

Ce matin, nous aimerions vous faire quatre recommandations. La première concerne une nouvelle méthode de gestion et de prestation des activités sportives et physiques qui aidera à orienter le système, qui permettra de prendre des décisions plus rapidement et de mieux intégrer les décisions en matière de politique, de programme et de financement. En particulier, nous vous proposons de créer un ministère fédéral unique et la nomination d'un ministre de plein droit pour les sports et l'activité physique.

Au cours des cinq dernières années, quatre personnes différentes ont été responsables du sport au Canada. Nous pensons que la création d'un ministère unique, avec un ministre de plein droit, assurera une plus grande intégration et, par conséquent, de plus grandes synergies au sein de la collectivité et au sein des différents services gouvernementaux responsables des sports et de l'activité physique. Un tel changement refléterait la structure mise en place par la vaste majorité des gouvernements provinciaux. Nous vous suggérons également de créer un organisme indépendant qui contribuerait à mettre en oeuvre la politique en matière de sport.

Notre recommandation suivante concerne l'investissement dans les sports. Nous souhaitons un financement prévisible, stable et à long terme pour les secteurs de l'activité physique et des sports et qui représenterait 1 p. 100 du budget fédéral actuel pour les soins de santé. Il y aurait ainsi un minimum de 180 millions de dollars par année pour les sports—soit une augmentation par rapport aux 120 millions de dollars actuels, comme mon collègue Victor l'a suggéré—et un minimum de 100 millions de dollars pour les activités physiques.

Troisièmement, nous proposons une stratégie d'aide de la part des secteurs privé et public au moyen d'une fondation non gouvernementale sans but lucratif dont la mission serait d'encourager la création de nouveaux partenariats public-privé. Nous vous invitons à examiner les recommandations du comité Mills sur les mesures fiscales.

Quatrièmement, nous encourageons le gouvernement fédéral à jouer un rôle actif dans l'investissement à long terme dans les installations et les infrastructures communautaires.

Je vais clore là notre présentation et nous avons hâte à la période de questions qui suivra.

Merci.

•(1135)

Le président: Merci.

Le groupe suivant représente l'Institut national canadien pour les aveugles.

Madame Moore, vous avez la parole.

Mme Cathy Moore (directrice nationale, Relations gouvernementales et avec les consommateurs, Institut national canadien pour les aveugles): Merci, monsieur le président.

[Français]

Je suis incapable de faire ma présentation en français aujourd'hui, mais je vous fais une promesse: l'année prochaine, je la ferai entièrement en français.

[Traduction]

L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) aimerait vous faire trois recommandations. Les deux premières concernent un réseau national de bonnes bibliothèques pour les personnes qui n'ont pas accès aux imprimés habituels. La troisième recommandation est que la nouvelle Agence de santé publique du Canada assume un rôle de chef de file en ajoutant au système de soins de santé des services pour les personnes ayant des troubles de la vue.

Les recommandations 1 et 2 vont de pair. La première recommandation demande que le gouvernement du Canada joue un rôle de chef de file en élaborant un système national équitable de prestations de services de bibliothèque, en collaboration bien sûr avec les provinces et les municipalités, puisqu'un réseau de bibliothèques, comme tant d'autres choses au Canada, est une compétence partagée entre les provinces et le fédéral. Comment faire? Suite à la création récente de Bibliothèque et Archives Canada, il est maintenant tout à fait possible d'utiliser cet organisme fédéral pour encourager la production de documents de bibliothèque sous une forme non traditionnelle. Pourquoi est-ce nécessaire? C'est nécessaire car 3 p. 100 seulement des documents de bibliothèque sont accessibles aux personnes incapables de lire les imprimés, et par cela j'entends des documents sonores, électroniques ou en braille.

Il y a trois millions de Canadiens qui ne peuvent pas lire les imprimés. Cela comprend les personnes qui ont des difficultés d'apprentissage, les personnes avec des problèmes de dextérité, etc., en plus des personnes ayant des troubles de la vue. Il est clair qu'on ne répond pas aux besoins de ces trois millions de Canadiens. L'INCA est au service des personnes aveugles et ayant une déficience visuelle, qui ne représentent qu'un faible pourcentage de ces trois millions de personnes, mais malgré 85 ans d'efforts, nous en sommes encore à 3 p. 100 de documents auxquels ces personnes ont accès. En guise d'illustration, imaginez qu'une page de l'annuaire téléphonique d'Ottawa soit accessible aux personnes qui ne peuvent pas lire l'imprimé alors que le reste de l'annuaire est accessible à tous les autres. Ce n'est certes pas un système équitable ni représentatif des valeurs canadiennes.

Notre troisième recommandation est d'ajouter ou de commencer à songer à ajouter des services pour les personnes ayant des troubles de la vue, qui sont maintenant surtout offerts—à l'extérieur du Québec—par l'INCA, qui est un organisme de charité privé, sans but lucratif. Nous recevons environ 27 p. 100 de notre budget total des gouvernements provinciaux et fédéral. Le reste nous l'obtenons en organisant des bingo, des loteries et d'autres activités de collecte de fonds. Cependant, nous servons environ 100 000 personnes par année. Le recensement de 2000 indique qu'il y a à l'heure actuelle au moins 600 000 personnes au Canada ayant une déficience visuelle grave, de sorte que nous rejoignons environ un sixième de cette population et nous fonctionnons à pleine capacité.

Nous savons trois choses au sujet des troubles de la vue au Canada. Premièrement, ils sont fréquents. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, une sur neuf peut s'attendre à subir un affaiblissement grave de la vision. Nous savons que cette perte de vision est souvent évitable et c'est un message qu'il faut transmettre à

la population. Les fumeurs qui cessent de fumer, peu importe quand dans leur vie, réduisent de 30 p. 100 leurs risques de subir un affaiblissement de la vision lié à leur âge. Il est également bon de manger des légumes et d'autres aliments sains.

Donc, ces troubles sont fréquents, ils sont évitables, mais il y a également des pertes de vision chroniques. Celles-ci ne sont pas évitables et ne peuvent être corrigées par le système médical, mais elles peuvent être améliorées par la réhabilitation. Dans ce contexte, la réhabilitation veut dire rétablir la santé ou le bien-être. C'est possible, par la formation, par des aides psychosociales, d'aider une personne ayant une perte de vision chronique à conserver ou à reprendre un rôle productif dans la société, à rester un contribuable, à rester dans la collectivité. La réhabilitation visuelle permet de retarder l'institutionnalisation des personnes âgées. Il est possible d'empêcher les chutes et les fractures des hanches grâce à une réhabilitation appropriée. Pourquoi prendre de telles mesures? Parce qu'elles nous permettraient d'économiser de l'argent.

Ce matin, vous avez entendu de nombreuses demandes de la part des représentants du système de soins de santé. Même si ce n'est pas une idée populaire, nous savons tous que le système de soins de santé ne pourra pas nécessairement continuer dans sa forme actuelle pour les 20 à 30 prochaines années. Alors, que faire? Nous devons faire beaucoup plus de prévention, et la nouvelle Agence de santé publique du Canada est certainement l'organisme fédéral qui doit assumer le rôle de chef de file dans ce domaine—comme je crois qu'elle a l'intention de le faire—parmi ses autres fonctions.

En conclusion, nous demandons que Bibliothèque et Archives Canada, en tant qu'organisme fédéral, nous aide à créer un système de bibliothèque national et équitable pour les Canadiens incapables de lire l'imprimé et nous demandons l'aide de l'Agence de santé publique du Canada pour que les services aux personnes ayant une déficience visuelle, qui relèvent maintenant des services sociaux, soient plutôt inclus dans le système de soins de santé.

Merci.

• (1140)

Le président: Merci.

Notre témoin suivant est M. Lapierre, qui représente la Société canadienne du sida.

[Français]

M. Paul Lapierre (directeur général, Société canadienne du sida): Bonjour. Je m'appelle Paul Lapierre et je suis le directeur général de la Société canadienne du sida. Je suis accompagné aujourd'hui de M. Mark Creighan, un expert en communication et en revendication politique.

[Traduction]

La Société canadienne du sida voudrait faire sept recommandations au Comité permanent des finances.

Tout d'abord, j'aimerais vous donner quelques détails concernant la Société canadienne du sida. C'est une coalition de 120 organismes membres couvrant l'ensemble du territoire canadien. Elle s'efforce de venir en aide aux personnes atteintes du VIH ou du sida, tout en agissant pour que de bonnes initiatives de prévention du VIH et du sida soient mises en oeuvre.

Comme nous le savons tous, plus de 56 000 Canadiens sont atteints par le VIH ou le sida, qui reste une maladie mortelle, mais que l'on peut prévenir. On ne peut pas en guérir. Il existe un traitement, dont l'obtention pose problème, notamment à cause du conflit de juridiction, des différentes formules et du coût des médicaments. Ce sont-là les sujets que je vais aborder dans l'une de mes recommandations.

En matière de prévention du VIH/sida, nous savons qu'il faut considérer les attitudes et les comportements. Nous voudrions faire aujourd'hui une recommandation essentielle: que le financement accordé dans le cadre de la nouvelle Agence de la santé publique soit ciblé sur la prévention. Il faut considérer les déterminants de la santé, faire de la promotion de la santé et se pencher sur les habitudes des nombreux Canadiens qui ignorent que certaines de leurs activités leur font courir le risque d'une infection au VIH/sida.

Dans le rapport Romanow publié il y a quelques années figurait une recommandation sur la mise en oeuvre d'un nouveau programme concernant les médicaments à coût prohibitif. En matière de VIH et de sida, il est courant de devoir dépenser plus de 1 500 \$ par mois rien que pour le traitement. Ce montant ne couvre pas la thérapie complémentaire ni le coût des consultations des médecins de famille, des spécialistes, des séjours hospitaliers, etc.

Nous demandons instamment au gouvernement de créer un régime sur les médicaments à coût prohibitif, car il devrait également atténuer les problèmes d'accès auxquels certains se trouvent confrontés au Canada à cause de leur statut. Comme vous le savez, les membres des collectivités autochtones bénéficient de formules d'accès différentes par rapport aux résidents de l'Ontario, du Québec ou de Terre-Neuve. Des différences existent au Canada en ce qui concerne l'accès au traitement, et nous espérons que la création de ce programme sur les médicaments à coût prohibitif permettra d'abattre les obstacles et de garantir l'accès à un traitement contre le VIH dans l'ensemble du pays, indépendamment de la province de résidence ou du statut.

Nous aimerions faire une deuxième recommandation. En mai dernier, le ministre de la Santé, M. Pettigrew, a annoncé que le gouvernement fédéral allait multiplier par deux le financement de la stratégie canadienne du VIH et du sida sur les cinq prochaines années. C'était un pas dans la bonne direction. Néanmoins, le Comité permanent de la santé a recommandé, il y a un an, l'affectation de plus de 100 millions de dollars à la stratégie canadienne sur le VIH et le sida. Par ailleurs, un comité d'experts a demandé 106 millions de dollars par an pour le VIH et le sida. C'est pourquoi nous pressons le gouvernement de revoir sa décision et de se conformer à la décision du comité permanent, mais également d'envisager un investissement de 106 millions de dollars par an, conformément à la recommandation des experts canadiens. Indépendamment de cette recommandation, le gouvernement préconise une augmentation sur cinq ans. Les deux comités ont demandé que cette augmentation prenne effet immédiatement.

À l'heure actuelle, d'ici la fin de la journée, 10 Canadiens de plus auront été infectés. Il aurait été possible de prévenir ces infections; c'est pourquoi il faut investir dans la prévention.

En outre, de nombreux Canadiens peuvent se prévaloir du crédit d'impôt pour personne handicapée qui les soulage de leur fardeau et leur permet de rester actifs dans la société. Malheureusement, le programme actuel du crédit d'impôt pour personne handicapée ne s'applique pas aux personnes atteintes du VIH/sida. Nous demandons au gouvernement d'étendre ce programme pour les y inclure.

Comme nous le savons, de nombreux Canadiens sont infectés à la fois du VIH et de l'hépatite C; en conséquence, nous demandons au gouvernement de renouveler la stratégie de l'hépatite C en prenant un engagement de cinq ans.

Ma dernière recommandation est essentielle pour les quatre piliers de la société canadienne. Comme le reconnaît l'accord du secteur bénévole, celui-ci a besoin d'un engagement financier solide. Les organismes qui s'occupent de logement, de pauvreté, de santé, d'éducation, etc. ne reçoivent souvent aucun financement.

Nous demandons instamment au gouvernement de mettre en oeuvre l'accord sur le secteur bénévole et de libérer des ressources financières suffisantes pour assurer la viabilité, la stabilité et la créativité des organismes à but non lucratif, afin qu'ils puissent apporter une aide décisive à ceux qui se retrouvent en situation de risque, aux plus démunis, aux personnes atteintes du VIH/sida, etc.

Comme je sais que mes cinq minutes sont presque écoulées, je vais m'arrêter ici. Merci.

• (1145)

Le président: Votre temps est effectivement écoulé.

[Français]

Nous entendons maintenant M. Kyle de la Société canadienne du cancer.

[Traduction]

Un instant, désolé, sinon je vais oublier.

[Français]

Monsieur Lapierre, avez-vous un mémoire à nous soumettre?

M. Paul Lapierre: En raison de difficultés techniques, nous n'avons pas pu imprimer notre mémoire ce matin, mais nous vous le soumettrons plus tard aujourd'hui.

Le président: C'est parfait. Faites-le le plus tôt possible.

[Traduction]

Monsieur Kyle, vous avez la parole.

M. Kenneth Kyle (directeur, Questions d'intérêt public, Société canadienne du cancer): Merci à vous, monsieur le président et mesdames et messieurs membres du comité.

Je pense que M. Dupuis vous a fait parvenir notre mémoire. C'est celui qui a tous les diagrammes en couleur.

Représentez-vous d'abord toutes les personnes qui vivent au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta, tous les enfants, les adolescents et les adultes. Cela fait du monde, n'est-ce pas? Eh bien, dans les 30 ans qui viennent, ce même nombre de personnes seront frappées par le cancer. J'aurais aussi pu faire la comparaison avec la Colombie-Britannique et la Saskatchewan ensemble ou avec la moitié de la population de l'Ontario.

Nous sommes ici aujourd'hui pour vous informer d'un fait : le Canada est à la traîne dans la réduction de l'incidence du cancer de quatre types principaux; nous sommes également à la traîne dans l'élaboration d'un système national de lutte contre le cancer.

Vous avez entendu parler aujourd'hui du besoin de diverses stratégies, pour ceci et pour cela. Or, nous avons mieux qu'un besoin : une véritable stratégie, dont vous trouverez les détails dans notre mémoire. Le Dr Kennelly, qui m'accompagne, sera en mesure de répondre à toutes questions d'ordre technique. C'est une femme qui est en passe de devenir un trésor national. Trois premiers ministres néo-zélandais ont déjà fait appel à ses conseils en matière de politique. Elle nous apporte à présent son soutien au Canada, pour la stratégie en question.

Comme je l'ai dit, nous avons en effet une stratégie, une stratégie qui respecte les compétences provinciales. La stratégie canadienne de lutte contre le cancer, élaborée pour l'ensemble du pays, s'appuie sur les pratiques exemplaires adoptées à l'étranger pour la répression du cancer et sur les leçons clés tirées par l'industrie bancaire de la gestion des risques économiques du cancer.

Notre modèle est à la hauteur des milieux médicaux canadiens, de leur sophistication, de leur succès et de leurs réalisations renouvelées. La stratégie canadienne de lutte contre le cancer ira plus loin que ce qui se fait de mieux au niveau international. Elle fera du Canada un chef de file mondial dans la lutte contre le cancer. Dans la course pour prévenir et gérer le cancer, le Canada s'échappera brillamment du peloton.

Financer la stratégie canadienne de lutte contre le cancer permettra, tenez-vous bien, de sauver 116 000 vies dans les 20 années qui viennent; 23 milliards de dollars en productivité salariale; 10 milliards en recettes gouvernementales; et 2,7 milliards en coûts des soins de santé.

Notre stratégie comporte un élément clé : fournir aux provinces, aux gouvernements provinciaux, des statistiques sur la progression du cancer. L'expérience européenne montre que respecter l'autonomie d'autres compétences pour la prestation des soins de santé se traduira par de gros avantages pour le Canada.

Voici le problème économique. Les baby-boomers vieillissent et passent dans la tranche d'âge à risque en matière de cancer. Or, nous savons tous quel effet peut avoir la cohorte des baby-boomers. Leurs exigences en matière de soins de santé se sont traduites par des augmentations dans les coûts de soins de santé et par une inflation.

Dans les 30 ans qui viennent, 2,3 millions de travailleurs canadiens seront frappés par le cancer; 858 000 en mourront. Le risque du cancer se chiffre à 545 milliards de dollars en productivité économique. Les coûts directs de soins de santé du cancer sont de 175 milliards de dollars. On estime que le Canada perdra plus de 250 milliards de dollars en recettes fiscales—154 milliards de dollars pour les coffres fédéraux et 96,6 milliards de dollars pour les coffres provinciaux. Sur ces 250 milliards, 228 milliards seront liés aux coûts de morbidité, soit les pertes de productivité avant le décès.

Quelle est la grande leçon à tirer de ces chiffres? Quand le Parlement se penche sur le cancer et sur son impact économique (nous savons que nous parlons ici au Comité des finances, non à celui de la santé), il devrait accorder la priorité à la prévention et à la gestion du cancer, plutôt qu'à éviter les décès.

En effet, l'impact économique lié au décès dû au cancer est un coût marginal, en comparaison avec la perte de productivité découlant de la diminution des recettes fiscales et de la participation à la main-d'oeuvre active, frein à toutes les économies du Canada liées à la morbidité du cancer.

L'autre grande leçon à tirer des chiffres est que les instances gouvernementales canadiennes doivent entamer un processus pour prévenir les coûts grandissants associés au cancer, s'y préparer et les gérer.

•(1150)

Les avantages de la stratégie canadienne de lutte contre le cancer sont nombreux.

La stratégie canadienne et sa plate-forme de gestion du risque vont bientôt faire du Canada un chef de file mondial dans ce domaine. Le Canada renforcera encore davantage le leadership existant en matière de lutte contre le cancer, notamment les éléments suivants : coalitions nationales de registres sur les cancers pour une surveillance continue; excellence dans la recherche fondamentale, notamment en biologie moléculaire; centres d'excellence dans des domaines comme les essais cliniques et les sciences comportementales et psychosociales; lutte contre le tabagisme, notamment par des étiquettes de mise en garde, la recherche fiscale, la protection contre la fumée de tabac ambiante; et des organisations non gouvernementales engagées et bien intégrées.

En conclusion, je voudrais dire un mot au sujet des taxes sur le tabac. La hausse des taxes sur le tabac est un moyen important non seulement de réduire le tabagisme, surtout parmi les adolescents sensibles au prix, mais aussi d'augmenter les recettes publiques. Dans le passé, les hausses des taxes sur le tabac ont permis de progresser dans l'atteinte de ces deux objectifs. L'arrivée soudaine de produits vendus à rabais par les fabricants de tabac depuis deux ans a entraîné une baisse des taxes d'environ 10 \$ la cartouche de cigarettes dans environ 35 p. 100 du marché. Il est urgent d'augmenter la taxe sur le tabac pour réagir à cette baisse des prix.

En conclusion, au sujet du surplus budgétaire, puisque c'est l'une des questions que vous nous avez posée, nous devons songer à investir dans des plates-formes d'information et stratégies comme la stratégie canadienne de lutte contre le cancer, que nous avons élaborée, ce qui permettra aux pouvoirs publics de toutes les régions du Canada de comprendre et de gérer les risques économiques associés à l'augmentation prévue du nombre de cancers. L'autre utilisation possible du surplus est de rétablir le financement du programme de la lutte au tabagisme du Canada.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, ces édifices de la colline du Parlement abritent la plus importante institution du Canada en matière de santé et de soins de santé. Les décisions prises par votre comité, beaucoup plus que les incisions sur la table d'opération, ont le pouvoir de prévenir l'affliction et la détresse.

Merci.

•(1155)

Le président: Merci.

Le groupe suivant sur la liste est la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI^e siècle.

Mme Wilson ou Mme Law.

Mme Maureen Law (consultante à la Banque Mondiale, Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle): Merci, monsieur le président.

Nous sommes, Elinor Wilson et moi, les coprésidentes de la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI^e siècle. La coalition est un partenariat de 37 organisations professionnelles nationales des secteurs de la santé et de la recherche vouées à faire des Canadiens la population en meilleure santé au monde en préconisant un système de santé publique intégré et efficace.

La coalition est née en mai 2003. Depuis lors, nous avons été ravies d'assister à la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada et à la nomination d'un administrateur en chef de la santé publique, ce qui, avec le ministre d'État à la Santé publique, donne un visage reconnaissable à la santé publique.

Le gouvernement fédéral s'est aussi engagé à consacrer 225 millions de dollars par an à des activités fonctionnelles nationales de santé publique, en plus du budget de base de 400 millions de dollars de Santé Canada. C'est-là un excellent début, mais il reste encore un écart entre les recommandations du comité Naylor, qui réclamait 700 millions de dollars de plus par an, et les engagements pris par le gouvernement fédéral.

Nous savons que les services de santé sont, pour l'essentiel, du ressort provincial, mais la santé des Canadiens et une politique de santé publique destinée à la préserver revêtent une importance nationale et intéressent tous les Canadiens, et d'ailleurs aussi, sont importantes sur le plan international.

Vous avez reçu notre mémoire. Je ne vais pas y revenir, mais je vais plutôt commenter brièvement nos recommandations.

Notre première recommandation demande au gouvernement fédéral de presser les gouvernements provinciaux et territoriaux de réserver une partie des ressources accrues prévues dans le plan décennal pour les activités reliées à la santé publique. Nous sommes très heureux de constater que l'accord fait mention de la santé publique, par contre le budget correspondant ne prévoit aucun crédit correspondant, malgré le fait qu'il est évident que le Canada a besoin d'un système de santé publique fort pour lutter contre la maladie et promouvoir la santé.

La deuxième de nos recommandations demande au gouvernement fédéral de porter à un milliard de dollars par année le financement de base qu'il consacre aux activités fédérales en santé publique. Naylor a réclamé 700 millions de dollars de plus par an pour les fonctions de l'agence et autres fonctions associées. Si l'on ajoute à cela les 400 millions de dollars déjà affectés aux activités courantes de la Direction de la population et de la santé publique, le total se chiffre à 1,1 milliard de dollars. Comme le gouvernement fait maintenant état d'un confortable excédent budgétaire, nous pensons que le temps est maintenant venu de donner suite aux besoins dont parlait Naylor. En passant, nous recommandons un milliard de dollars et non pas 1,1 milliard de dollars, parce que nous avons demandé dans une autre recommandation 100 millions de dollars de plus pour la vaccination. Ce nouveau fonds inscrit au dernier budget a été qualifié d'acompte, et nous sommes ici pour vous rappeler que le solde reste dû.

En troisième lieu, nous recommandons au gouvernement fédéral d'affecter suffisamment de fonds pour permettre la réalisation d'une étude sectorielle multidisciplinaire sur les effectifs de la santé publique du Canada et l'élaboration d'une stratégie à long terme sur son renouvellement. Nous avons constaté que depuis une dizaine d'années environ, les ressources humaines dans le domaine de la santé publique ont été gravement réduites par les compressions et les réorganisations. Ce travail doit se faire dans l'urgence afin que nos activités de prévention et de promotion de la santé, tellement impératives, puissent enfin avoir lieu.

Notre quatrième recommandation porte que le gouvernement fédéral prenne un engagement financier à long terme à l'égard d'un programme national de vaccination qui prévoirait 100 millions de dollars par an à verser aux provinces et aux territoires pour lancer et conserver des programmes de vaccination, plus 10 millions de

dollars par an pour appuyer la stratégie nationale de vaccination. Cet engagement devrait être réexaminé tous les trois ans.

Les maladies transmissibles se rient des champs de compétence prévus par la Constitution. Le financement de la vaccination et le coût des vaccins doivent impérativement s'inscrire dans le cadre d'un programme pancanadien permanent.

Notre cinquième recommandation porte que Santé Canada mette à jour tous les trois ans le rapport sur le fardeau économique imposé par les maladies et intègre officiellement ce concept dans sa stratégie de développement durable en ce qui concerne l'établissement d'un équilibre entre la surveillance, la prévention, les programmes et la recherche. Il est clair que nous avons besoin de données fiables pour réorienter la planification et les dépenses dans le secteur de la santé.

Enfin, notre sixième recommandation porte que le gouvernement fédéral devrait ordonner au Conseil de la santé du Canada d'inclure le rendement du système de santé publique dans les rapports qu'il publie. Cela sous-tend qu'il nous faut arrêter des objectifs mesurables et mettre au point un système de surveillance afin de faciliter l'établissement de rapports fiables sur les déterminants de la santé. Ainsi, nous pourrions mieux comprendre ce qui est productif, voir aussi ce qui ne l'est pas, dans les mesures prises pour améliorer la santé des Canadiens, ce qui est en l'occurrence l'objectif non seulement de la coalition, mais à n'en pas douter, celui du comité et de toute la population.

Monsieur le président, je vous remercie.

• (1200)

Le président: Merci.

Nous allons passer aux questions des députés.

M. Pallister.

M. Brian Pallister: Merci infiniment à tous pour vos exposés et les documents que vous nous avez apportés.

Docteur Kennelly, je suis sûr que dans quelques mois vous rêverez de retourner à Auckland, mais bienvenue au Canada.

Comme nous le savons, le tabac est le meurtrier numéro un au Canada. Je crois qu'il tue près de 50 000 personnes par an. Le gouvernement a décidé de réduire le programme de lutte contre le tabac alors qu'il octroie plus de 70 millions de dollars de subventions aux producteurs de tabac. Nous allons vous laisser digérer cela un instant.

On a aussi mis fin au programme de publicité contre le tabac à cause du scandale des commandites, et je crois qu'il faudrait rectifier cela le plus tôt possible.

Vous avez dit que nous devrions étudier les pratiques exemplaires provinciales, et j'aimerais vous demander de nous en dire un peu plus.

Dre Jo Kennelly (directrice, Avancement scientifique et politique publique, Société canadienne du cancer): La stratégie repose sur un modèle de gestion du risque. Nous nous sommes inspirés de la façon dont le secteur bancaire gère les risques en les répartissant sur tout un éventail de portefeuilles. Je m'appuie aussi sur mon expérience en Nouvelle-Zélande, où nous avons élaboré un modèle de gestion du risque pour le Trésor à propos du vieillissement de la population.

Quand nous avons examiné le Canada, nous avons constaté qu'il y avait plusieurs régimes de soins de santé dans les provinces et que le Canada au sein de ces régimes... Les écarts sont mineurs, mais ils existent, et nous avons constaté qu'il y avait des façons différentes d'aborder la question en Alberta et dans les autres provinces, et que le cancer n'occupait pas la même place dans la politique publique de ces provinces. Donc, au lieu d'attaquer le problème de front en disant qu'il fallait imposer une stratégie aux provinces, nous avons regardé ce qui se faisait dans divers pays, notamment l'Europe et le modèle de l'Union européenne, avec tous ses États membres.

La stratégie de lutte contre le cancer de l'Union européenne repose sur les preuves. C'est de là que cette stratégie tire toute sa force : quand on fait des constats en observant le cancer, quand on voit la façon dont il progresse dans une économie, comment certaines techniques marchent pour certains cancers comme le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer du poumon, quand on observe tout cela à un niveau très concret, on peut ensuite répercuter ces informations par le biais d'une stratégie sur toute l'Europe pour ce qui est des États membres et sur tout le Canada quand on parle des provinces.

Ce que nous disons, c'est que certaines provinces au Canada sont en bien meilleure situation que d'autres et que si l'on pouvait amener les provinces qui sont à la traîne en matière de prévention et de traitement du cancer à se hisser jusqu'au niveau de base au Canada, on pourrait économiser environ 20 milliards de dollars au cours des 30 prochaines années, tout simplement en s'inspirant des meilleures pratiques en vigueur dans le pays.

Sachant en outre que le Canada est en retard sur d'autres pays en matière de traitement des quatre principaux cancers, si l'on intégrait à ce modèle les pratiques exemplaires de pays étrangers comme la Finlande, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, pour les appliquer dans divers secteurs du modèle, ce n'est plus de 20 milliards de dollars, mais de 100 milliards de dollars qu'on parlerait.

Ce que dit notre modèle, c'est qu'il faut d'abord pouvoir observer le problème, alors qu'actuellement notre dispositif de surveillance n'enregistre que l'incidence de manière très générale, mais ne nous dit pas comment gérer... Par exemple, quelle est la meilleure stratégie de prévention du cancer de la prostate par opposition au cancer du sein ou du poumon? C'est la stratégie de prévention au niveau d'une maladie précise qui va nous permettre de réaliser les gains et les économies les plus importants à l'avenir, car les chercheurs scientifiques sont en train de mettre au point des virus et toutes sortes d'autres techniques de lutte contre le cancer de manière très ciblée. La stratégie publique doit donc consister à comprendre le contexte précis dans lequel les cancers se développent pour pouvoir cibler judicieusement les fonds de lutte contre les quelque 200 cancers que nous connaissons. Voilà ce que nous disons.

M. Brian Pallister: Merci beaucoup.

Il me reste un peu de temps?

Le président: Oui, deux minutes.

M. Brian Pallister: Docteur Dean, j'ai entendu une partie de votre exposé, et nous savons bien que nous n'avons pas beaucoup de temps, mais je suis très intéressé et très préoccupé par le grave problème de l'état dentaire des enfants autochtones. D'après ce que me disent mes amis dentistes, le programme des services de santé non assurés ne fonctionne pas bien, si je puis dire.

Comment pourrait-on—excusez-moi de faire un mauvais jeu de mot—donner plus de mordant à ce programme? Dans votre rapport,

vous dites qu'il faut y apporter des changements fondamentaux. En quoi devraient-ils consister?

• (1205)

Dr Alfred Dean: Oui. Pour reprendre le jeu de mots, le gouvernement devrait montrer les dents et éliminer tout le fardeau administratif et la bureaucratie de ce programme. Ce que nous souhaiterions, c'est que le programme SSNA s'inspire de ce que font les dentistes au quotidien avec les assureurs, avec tous les patients, y compris vous. Malheureusement, ce n'est pas comme ça que fonctionne ce programme.

D'après nous, on prétend que c'est un programme qui est fonction des besoins, mais en réalité c'est un programme de compression des coûts et l'on consacre beaucoup trop d'argent à l'administration et aux tracasseries administratives pour essayer de faire des économies. Ces dépenses administratives excessives sont autant de moins pour les soins de santé.

M. Brian Pallister: Donc, cet argent qu'on dépense pour réduire les coûts, c'est l'un des coûts que vous voudriez voir disparaître, n'est-ce pas?

Dr Alfred Dean: Bien sûr.

M. Brian Pallister: Il me reste une minute?

Le président: Vous avez 40 secondes, allez-y.

M. Brian Pallister: Je voulais simplement adresser une remarque au groupe Sport est important.

Merci pour votre exposé. Je n'avais jamais été aussi conscient de la nécessité d'avoir une activité physique avant ces dernières semaines d'audience. Il faudrait que nous achetions des bicyclettes stationnaires pour les amener ici et les mettre à la disposition des intervenants et des gens qui sont là-bas derrière, car il y a un lien tellement évident entre l'activité physique et le bien-être personnel, la forme physique, le recul de la maladie, etc.

Merci à tous pour le travail que vous accomplissez et merci à vos membres et aux bénévoles de vos organisations. On a tendance à oublier le travail des bénévoles, notamment dans le domaine sportif. Pendant des années et des années, j'ai profité en tant qu'athlète des récompenses que m'apportaient des bénévoles dont on a souvent tendance à trouver l'activité parfaitement normale.

J'appuie entièrement votre mission. Je crois que les bénévoles apportent quelque chose d'extrêmement précieux, et qu'il est plus important que jamais de ne pas banaliser ce travail dans notre société. Vu l'incidence de l'obésité chez les jeunes, nous pourrions nous débarrasser des Nintendos. Nous pourrions résoudre une partie des problèmes, mais nous ne le faisons pas. Il faut s'attaquer de façon responsable aux défis.

Les amis qui sont des bénévoles dans le domaine sportif me renvoient souvent à l'un de ces défis, celui qui consiste non seulement à éviter aux gens de prendre trop de poids, mais aussi à empêcher les bureaucraties de prendre trop d'embonpoint. Comment vous attaquez-vous à ce défi au sein de votre organisation?

Je sais bien que c'est un vaste sujet, mais je voudrais savoir si vous vous attaquez à ce problème de l'efficacité administrative au sein des organisations sportives? Comment faites-vous?

M. Timothy Page: Tout d'abord, merci de vos propos encourageants. Nous croyons aussi que le sport et l'activité physique contribuent sérieusement à l'objectif global du gouvernement en matière de santé.

Les frais généraux sont un problème qui touchent tout le monde. Nous prenons un dollar et habituellement nous en tirons environ 10 \$, tellement nos bénévoles sont acharnés. Nos frais généraux sont extrêmement bas si l'on considère le travail que nous avons à faire.

Dans le milieu sportif, ce que nous voulons, c'est veiller à avoir de bons entraîneurs, des athlètes qui ont la possibilité de s'entraîner convenablement et des installations qui permettent à des gens de tous les milieux et de toutes les régions du Canada de bénéficier des avantages qu'apporte l'activité physique. Notre priorité est d'investir dans ceux qui sont capables d'agir et, au niveau administratif, de nous assurer que nous gérons efficacement ces fonds et rien de plus.

• (1210)

Le président: Merci, monsieur Page.

M. Bell.

M. Don Bell: Merci.

Tout d'abord, je dois dire que venir à Ottawa fut une bonne chose pour mon activité physique. Je vais maintenant à pied au travail tous les jours, ce qui représente quelque 30 minutes de marche dans les deux sens. Habituellement, j'avais 10 à 15 mètres à franchir pour prendre ma voiture à North Vancouver. Évidemment, il fait parfois un peu plus froid que je ne le voudrais.

J'aurais une ou deux questions. Une qui s'adresse à Susan ou Judy de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires. On a dit que moins de 50 p. 100 des Canadiens ont accès à de l'eau fluorisée. Y a-t-il eu une baisse ou est-ce simplement pas autant qu'on le voudrait? Pourquoi est-ce le cas? La plupart des zones urbaines sont fluorisées, n'est-ce pas?

Mme Judy Lux (spécialiste des communications, Politiques en matière de santé, Association canadienne des hygiénistes dentaires): En effet, la plupart des zones urbaines le sont. Par contre, pas les zones rurales et la majorité du Nord n'est pas fluorisée.

M. Don Bell: Est-ce une question démographique, une question de coût ou une question d'éducation?

Mme Judy Lux: Nous prétendons que c'est rentable, si bien que le coût est certainement un facteur pour les organisations et localités qui veulent le faire. À long terme, elles verront que cela sera rentable.

M. Don Bell: Que faudrait-il faire pour améliorer la situation?

Mme Judy Lux: Ma foi, je crois qu'il faudrait que le gouvernement fédéral montre l'exemple. Bien que ce soit une question régionale, il faut que le gouvernement fédéral informe les administrations locales des recherches qui ont été faites. Il y a de nouvelles études à cet égard qui pourraient être diffusées.

M. Don Bell: Bien.

Maintenant, monsieur Lachance ou Timothy, à propos du sport, vous dites à la page 2 de votre mémoire que le gouvernement fédéral aurait trois options possibles pour faire avancer les choses, permettre des décisions plus rapides et avoir une politique plus globale. Vous avez parlé de la création d'un ministère et dit que c'était-là une de vos quatre recommandations, à savoir qu'il existe un véritable ministère responsable du sport.

Or, vous avez dit dans votre rapport qu'il y avait trois options: créer un ministère spécial, avoir un organisme indépendant ou

combiner les deux. Dois-je en conclure, après vous avoir entendus, que vous estimez qu'un ministère à part entière serait la meilleure des trois?

M. Victor Lachance: Peu importe la solution du moment qu'il y a des résultats. Ce que nous recherchons, en réalité, c'est une intégration de toutes les politiques et de tous les programmes, à tous les niveaux, pas au seul niveau fédéral puisque le sport est de compétence multiple. Les décisions financières prennent un temps infini. Tous les ans, il arrive que des fédérations de sport, y compris celle du plongeon, ne souhaitent informer de leur budget qu'au mois de novembre, budget pour l'année financière déjà en cours. C'est ce genre de lenteur au niveau des décisions qui ne sert personne.

Les ministères gouvernementaux, et c'est compréhensible, sont équipés pour traiter de questions de politique globale et pour dispenser des avis ministériels, etc., ce qu'ils font très bien. Ils se chargent des relations internationales, ils se chargent de la recherche, etc. Cependant, et c'est compréhensible, ils ne sont pas équipés pour saisir les opportunités stratégiques identifiées par les fédérations sportives. Pour les organisations nationales, ce peut être aussi simple que le recrutement d'un entraîneur. Par exemple, un entraîneur de niveau international est disponible. Des discussions s'engagent et c'est à ce niveau qu'un soutien fédéral serait fort utile. La décision tombe huit mois plus tard, mais c'est trop tard, l'entraîneur n'est plus libre depuis longtemps.

Pour ce qui est de l'attribution des fonds pour la participation aux activités sportives, passer par Sport Canada présente de plus en plus de difficultés. Même si dans le budget de 2002, certaines ressources y étaient désignées explicitement, les procédures d'attribution fédérales-provinciales sont beaucoup trop complexes et beaucoup trop lentes. Même si en termes de stratégies, c'est parfois excellent, il serait préférable d'impliquer plus directement les responsables des secteurs concernés. Cela serait possible, selon nous, si le gouvernement y consacrait une attention plus particulière—s'il intégrait dans son programme les activités sportives et physiques comme cela se fait dans les provinces et dans d'autres pays—ou s'il créait une agence qui aurait pour tâche d'appliquer la politique d'activités sportives canadiennes—ce qui permettrait d'en mesurer plus facilement les résultats.

M. Don Bell: Merci.

Monsieur Lapierre de la Société canadienne du sida, vous avez dit que certains de vos objectifs—je résume—visent l'éducation et la thérapie. L'éducation et la sensibilisation perdent-elles du terrain? Pendant un temps, les efforts étaient intenses. Pensez-vous qu'ils se sont relâchés et qu'il y a aujourd'hui un manque de priorités?

• (1215)

M. Paul Lapierre: L'arrivée de traitements en 1997 a incité beaucoup de gens à confondre traitement et guérison. Aujourd'hui, il y a un climat d'apathie. Beaucoup pensent qu'avaler tous les jours des pilules n'est pas la fin du monde. Aussi, on ne voit plus autant de gens mourir, ce qui transforme l'image que les gens se faisaient du sida.

Un des plus gros problèmes qui reste, ce sont les stigmates et la discrimination. On continue à considérer que c'est une maladie de drogués, de pauvres. Pour beaucoup de Canadiens, le VIH/sida est un problème africain mais pas vraiment un problème canadien. Il faut de nouveau sensibiliser la population et relancer les programmes éducatifs. On entend tellement dire de choses contradictoires que la population a tendance à oublier que c'est aussi un problème qui touche notre pays.

M. Don Bell: Très bien.

Pour finir, une question pour la Société canadienne du cancer. Monsieur Kyle ou docteur Kennelly, on a dernièrement annoncé une percée sur le front du cancer cervical. Je pense à la cartographie génomique, à l'idée de concentration des laboratoires de recherches. La Société canadienne du cancer et l'agence de Colombie-Britannique du cancer parlent de leur regroupement en un seul organisme. C'est une occasion unique à saisir et je me demande si vous êtes au courant de cette initiative ou si vous y êtes favorables. Qu'en pensez-vous?

Dr Jo Kennelly: Cette initiative cadre avec ce que nous faisons et les percées scientifiques renforceront la plate-forme du centre qui nous permet de faire des études sur le cancer. Sans cette plate-forme d'observation, ces percées sont perdues et se transforment en politique publique par le biais de communiqués de presse.

Nous essayons de créer une plate-forme qui nous permettrait de tirer profit des percées scientifiques et d'aborder les choses de différentes façons. Pour le Conseil du Trésor, par exemple, l'évaluation de ces données scientifiques se fera d'un point de vue financier alors que la Société canadienne du cancer s'intéressera plutôt à la qualité de vie, l'espérance de vie, etc. Il faut qu'on ait un point central qui nous permette d'entamer les discussions avec le Conseil du Trésor et pour que les enjeux de ce que nous faisons soient clairs.

Une telle structure nous permettrait de tirer profit de ce genre d'information. Ce qui nous manque, actuellement au Canada, c'est une structure qui nous permettrait de faire tous ces recoupements.

C'est un petit peu ce qui se passait aux États-Unis, où, il y a dix ans, les recherches sur la génomique étaient effectuées dans différents laboratoires éparpillés à l'échelle du pays. Ensuite, grâce à la super informatique et aux algorithmes compliqués, on a pu créer une plate-forme. Aux États-Unis, on a regroupé toutes les informations stockées dans les différentes bases de données pour créer une représentation du génome humain, qui est, en réalité, simplement l'aboutissement de toutes les recherches.

Nous sommes donc d'avis qu'au Canada nous devrions élaborer une telle représentation du génome humain pour le cancer—et pour les autres maladies également: les bienfaits ne se limiteraient pas au cancer, bien au contraire. Le regroupement de toutes les recherches permet de répondre à plusieurs questions: Comment le cancer se présente-t-il? À quel niveau devrait se situer nos interventions? Comment les résultats obtenus dans une province peuvent-ils profiter aux autres provinces?

Pour le moment, nous n'avons pas cette plate-forme dont nous avons besoin.

Le président: Merci.

Mme Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci. J'aimerais vous poser une série de questions.

Je vais d'abord m'intéresser au soutien non monétaire en posant la question que je voulais poser au Dr Schumacher plus tôt de la

Société canadienne du cancer. Ma question porte sur les investissements dans les sociétés de tabac faits par le Conseil d'investissement du Régime de pensions du Canada. Si nous voulons vraiment faire tout notre possible pour mettre fin au tabagisme, il me semble que notre comité devrait inciter le gouvernement à modifier les critères du Conseil d'investissement du Régime de pensions du Canada pour qu'il ne soit plus possible de se servir de ce régime public comme source de financement des sociétés de tabac et de se ranger du côté de ce secteur pour bloquer toute tentative d'amélioration de l'étiquetage avertissant la population des dangers du tabagisme.

Qu'est-ce que vous en pensez?

M. Kenneth Kyle: Merci, madame Wasylycia-Leis.

Il est clair que nous soutenons cette initiative et nous voulons féliciter l'Association médicale canadienne, qui lui a donné son coup d'envoi. Dans le cadre de l'approche exhaustive visant la réduction du tabagisme, il existe un concept que vous connaissez sans doute, soit la dé-normalisation, qui permet de démontrer que le secteur du tabac n'est pas une industrie normale mais plutôt une industrie voyou.

Nous sommes tout à fait pour cette initiative et je pense d'ailleurs que nous avons des informations à ce sujet sur notre site Web.

• (1220)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci de cette réponse.

Je voudrais maintenant traiter de questions dentaires.

Le Parti néo-démocrate a fait valoir à de nombreuses reprises que les soins dentaires devraient être couverts par l'assurance-santé, mais nous ne sommes pas au bout de nos peines. Nous attendons toujours que certaines des promesses faites relativement à l'assurance-médicaments et aux soins à domicile se concrétisent, sans parler de l'assurance soins dentaires.

D'après vous, que faudrait-il faire pour que les soins dentaires fassent partie d'un programme universellement accessible?

Dr Alfred Dean: Tout d'abord, il faut reconnaître que le financement attribué aux soins de santé au Canada n'est pas suffisant pour qu'on y ajoute les soins dentaires, et par conséquent je ne recommanderai pas qu'on le fasse.

Environ 70 p. 100 des Canadiens ont droit à des soins dentaires par le biais de leurs employeurs ou d'un autre programme d'avantages-santé. De plus, certaines provinces ont des programmes qui visent les enfants, mais ces programmes ont souffert avec le temps, ce qui veut dire que beaucoup d'enfants au Canada, et surtout les enfants moins nantis, n'ont pas droit aux soins qu'ils méritent.

Comment réagir? Il faut comprendre que les soins dentaires sont réglementés au niveau provincial, mais nous avons toujours prôné un système de filet de sécurité pour les personnes qui tombent à travers les mailles du filet, justement. Et elles sont nombreuses. Vingt-cinq à 30 p. 100 des Canadiens n'ont pas accès aux soins dentaires, c'est énorme. Il y en a beaucoup qui vont très rarement chez le dentiste, voir jamais. Comme je l'ai dit dans mon exposé ce matin, quand on n'a pas la bouche saine, le reste du corps ne peut pas l'être non plus et cela a des répercussions sur l'économie.

Nous demandons au gouvernement fédéral, en passant par ce que nous avons suggéré, c'est-à-dire la mise en place d'un agent en santé dentaire—qui pourrait servir de coordinateur des différents programmes provinciaux—d'encourager, par le truchement du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, l'amélioration des services dentaires au Canada.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Très bien. Peu importe le moyen que nous choisissons, que ce soit la couverture universelle ou le filet de sécurité, il faudra déboursier beaucoup d'argent.

Ma question s'adresse à quiconque voudrait y répondre. S'il est vrai que le gouvernement fédéral jouit d'un excédent considérable, il n'en demeure pas moins qu'il ne suffirait pas à répondre à toutes les demandes qui ont été faites dans les derniers jours. Il faut donc faire des choix difficiles. Au sein du comité, nous essayons d'atteindre un juste équilibre entre les dépenses de programmes, les investissements pour le bien des Canadiens, les allègements fiscaux et le remboursement de la dette. Y a-t-il un témoin qui voudrait nous donner des conseils à cet égard?

Mme Susan Ziebarth: Un des thèmes qui a été soulevé par presque tout le monde, c'est la prévention; il faut cibler la prévention des maladies. Je pense qu'on serait tous d'accord pour dire que c'est un domaine qui mérite des investissements massifs.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Seriez-vous d'accord pour qu'on abandonne les allègements fiscaux pour financer la prévention, la promotion de la santé et la santé publique?

Mme Susan Ziebarth: Il faudra en discuter davantage.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Quelqu'un d'autre veut intervenir?

M. Victor Lachance: Je pense que c'est ce que disait M. Romanow dans son rapport à propos de l'activité physique : une augmentation de 10 p. 100 de l'activité physique est plus rentable que des mesures fiscales.

Permettez-moi de vous citer des exemples vécus. Pour obtenir le renouvellement de son accréditation, un entraîneur pee-wee doit déboursier 1 000 \$. Il est clair que s'il existait des crédits d'impôt non remboursables pour ce genre de dépense on inciterait les gens à devenir entraîneurs dans leurs communautés, ce qui serait bénéfique pour les collectivités et l'épanouissement des jeunes.

Les investissements peuvent se faire de différentes façons, mais je crois moi aussi que la prévention est un investissement plus rentable que d'autres et qui assure la bonne utilisation du Trésor public. C'est quelque chose que nous soutenons.

•(1225)

Mme Judy Wasylcia-Leis: Mark ou Paul—et Cathy—voudraient-ils...

M. Paul Lapierre: Comme il a été dit dans le discours du Trône, j'estime que la prévention est le meilleur remède. Et de un. Deux, il y a beaucoup de dédoublement dans le secteur des soins de la santé. Prenons le cas de l'examen des médicaments. On devait instaurer au pays un processus commun d'examen des médicaments. Mais on n'a fait que créer un autre niveau de bureaucratie.

Si l'on songe pour l'avenir à un programme commun, national, d'assurance-médicaments, il nous faut l'adhésion de tous les partenaires. Nous augmenterions également le pouvoir d'achat s'il n'y avait qu'un seul organisme au lieu de recourir à 12 listes différentes de médicaments pour négocier les prix avec les compagnies pharmaceutiques.

Il y a moyen de faire preuve de créativité mais il faut que tout le monde soit gagnant et contribue à la solution et non au problème.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Cathy?

Mme Cathy Moore: Je ne veux pas simplifier à outrance une question très complexe, mais je pense qu'une façon de faire des économies et d'élargir l'assiette fiscale serait de transformer les consommateurs de fonds publics en contribuables. Autrement dit, les exclus ne veulent plus l'être—et n'ont pas à l'être—et peuvent

devenir des contribuables à l'aide de programmes et d'interventions adéquats. Vous pourriez donc élargir considérablement l'assiette fiscale en adoptant certaines des suggestions en matière de prévention et en faisant des gens des contribuables.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Merci beaucoup.

Le président: Merci.

M. Loubier suivi de M. McKay.

Pourrais-je de demander aux témoins de rester une dizaine de minutes de plus? Merci.

M. Loubier.

[Français]

M. Yvan Loubier: Merci, monsieur le président.

J'aimerais d'abord vous remercier pour vos présentations, qui ont été fort intéressantes et instructives.

J'aimerais d'abord rassurer Mme Ziebarth en lui disant qu'à titre de représentants privilégiés ayant la possibilité de parler dans l'enceinte de la Chambre des communes au nom de plusieurs millions de citoyens et de citoyennes, nous avons conscience, plus que toute autre personne, du fait que notre bouche appartient à notre corps. Nous sommes très sensibles à cela.

Monsieur Lapierre, mon collègue Réal Ménard nous sensibilise presque hebdomadairement aux problèmes vécus par les gens qui sont atteints du VIH/sida. Votre demande de 100 000 millions de dollars par année a été relayée au caucus des députés du Bloc québécois. Nous appuyons fortement cette demande et nous allons tenter de l'insérer dans le rapport et les recommandations de l'ensemble du comité.

Madame Moore, je prends en considération votre engagement à faire votre prochain exposé en français l'an prochain. Pour ma part, je m'engage à vous poser toutes mes questions en anglais l'an prochain. Nous serons sur un pied d'égalité. Vous ne savez pas ce dont je suis capable, monsieur le président.

J'ai une question à vous poser, madame Moore, mais j'aimerais d'abord féliciter votre organisme, l'INCA. Lorsque j'étais jeune, j'ai travaillé avec un proche avec l'aide de votre organisation. Sans l'INCA, je ne pense pas que cette personne aurait pu s'en sortir aussi bien qu'elle l'a fait.

Ma question porte sur les étudiants non voyants. Est-ce qu'une jeune personne qui décide d'aller étudier dans un collège ou dans une université a plus de services aujourd'hui qu'on n'en avait dans les années 1980? Quels services lui offre-t-on? S'il n'y a que 3 p. 100 des ressources bibliothécaires dans tout le Canada qui sont accessibles aux non-voyants, les ressources doivent être aussi rares pour quelqu'un qui veut étudier dans un secteur très spécialisé.

[Traduction]

Mme Cathy Moore: Oui, les ressources sont rares; toutefois, si vous ajoutez les ressources didactiques, le pourcentage de documents sur médias substitués peut passer de 3 à 5 p. 100, ce qui est une augmentation considérable.

Il est un peu plus facile aujourd'hui pour les étudiants d'obtenir les documents dont ils ont besoin parce que leur production est plus simple grâce aux livres numériques, aux scanners, etc. À certains égards, c'est aujourd'hui plus facile pour l'étudiant. De plus, on s'attend davantage aujourd'hui à ce que l'étudiant handicapé fasse des études postsecondaires. Ce n'est plus aussi inhabituel que cela l'a été. Il est quand même toutefois très difficile d'obtenir le document à temps. Les manuels continuent d'arriver sur médias substitués en novembre, après les examens de mi-semester, par exemple. On y arrive, mais nous n'y sommes pas encore.

• (1230)

[Français]

M. Yvan Loubier: Madame Moore, croyez-vous que la population est assez sensibilisée aux obstacles que vivent les personnes non voyantes? Je pense à un petit périple qui s'est transformé en un quiproquo extraordinaire récemment. Un étudiant non voyant a tenté d'aller étudier l'anglais comme langue seconde avec son chien accompagnateur, et on voulait que son chien apprenne aussi l'anglais! Croyez-vous qu'un exemple comme celui-là témoigne d'un manque de sensibilisation?

Est-ce qu'on fait du progrès ou si vous avez l'impression qu'il y a encore beaucoup de travail à faire?

Mme Cathy Moore: Avec votre permission, je vais bouleverser la question. Ce n'est pas une question d'obstacles, mais bien une question de capacités. Les personnes aveugles ont la capacité de tout faire, mais les gens ne le savent pas. C'est cela, le problème.

[Traduction]

La personne qui voit un aveugle ne voit que les obstacles. Elle ne voit pas les possibilités, les capacités, l'aptitude à régler les problèmes. Celui qui vient vous voir pour demander un emploi ou s'inscrire à l'école a déjà surmonté énormément de difficultés. Cette personne, vous voulez l'embaucher; vous voulez l'avoir dans votre école. Ces gens-là accomplissent des prouesses et refusent qu'on leur dise non. Il faut voir ce dont ils sont capables et non les obstacles devant eux.

[Français]

M. Yvan Loubier: Monsieur Lachance, j'ai enfin la chance de vous poser une question.

Le gouvernement du Québec, par l'entremise de son ministre de la Santé, M. Couillard, a annoncé il y a quelques jours une réorientation de l'action du gouvernement en matière de santé. Désormais, une partie des actions seront centrées sur la prévention et la promotion du sport. Avez-vous pris connaissance de cette politique et qu'en pensez-vous? Est-ce que cela s'inscrit dans votre philosophie, que vous nous avez brillamment énoncée tout à l'heure?

M. Victor Lachance: Oui, cela s'inscrit pleinement dans notre philosophie. Il faut admettre que le gouvernement du Québec, du moins depuis que je suis impliqué dans le sport, a toujours joué un rôle de chef de file dans la reconnaissance du rôle de l'activité physique, du plein air et des sports et dans l'intégration de ces choses à la promotion de la santé. Donc, en principe, le Québec est un modèle.

Je vous conseillerais d'examiner aussi ce que fait la province de la Nouvelle-Écosse, qui a récemment lié la promotion de la santé aux sports et aux loisirs parce qu'elle reconnaît la nécessité d'intégrer ses politiques au lieu de les diviser. Ainsi, la province n'a pas à choisir entre la performance des athlètes et l'accroissement de la participation des jeunes, par exemple. Donc, nous savons que le gouvernement du Québec a fait un peu plus d'efforts que les autres provinces pour la mise en oeuvre de la politique canadienne du sport.

Le président: Merci. Puis-je vous poser une courte question?

Suggérez-vous que le volet du sport soit intégré au ministère de la Santé plutôt qu'au ministère du Patrimoine canadien au palier fédéral?

M. Victor Lachance: Dans un premier temps, je dirais que l'un vaut l'autre. Sur un plan plus pratique, je dois dire que Santé Canada, en ce moment, n'affecte pratiquement pas d'argent à l'activité physique. Il n'y a même pas de budget pour cela à Santé Canada. Ce sont les ministres responsables du Sport qui se sont engagés à accroître la participation des jeunes. Ce sont les ministres responsables du Sport qui se sont donné pour objectif d'accroître l'activité physique dans chaque province. Ce sont aussi les ministres responsables du Sport qui sont allés chercher un peu d'argent pour investir dans l'activité physique.

Pour nous, l'essentiel est qu'il y ait un ministère s'en occupe, ainsi qu'une agence ou un mécanisme non gouvernemental pour travailler avec le gouvernement.

• (1235)

M. Yvan Loubier: Ce serait révolutionnaire d'avoir un ministre de la Santé et du Sport. Cela chamboulerait tout.

Le président: Merci.

Monsieur McKay.

[Traduction]

L'hon. John McKay: Merci, monsieur le président.

Mon malheur c'est d'être la seule chose qui vous sépare de votre repas. Au sujet de l'aveugle qui suivait des cours d'anglais langue seconde, je me demandais si l'on enseignait aussi au chien à aboyer en anglais. Ce n'est sans doute pas cela qui aurait dû être ma première pensée, j'imagine.

Ma première question est pour le groupe sport. Vous êtes aux prises avec un déficit culturel en fait, ici. Ma fille est nageuse de haute catégorie et participe à des compétitions internationales. Elle va en Europe et aux États-Unis et je dois vous dire que les installations où elle s'entraîne ici sont lamentables. Ses entraîneurs sont sous-payés. Ils se servent de techniques que les Européens, les Australiens et les Américains ont abandonnées il y a des années.

Je fais de la course—il y a 146 marches dans les satanés escaliers qui mènent au Canal Rideau—et je me demande parfois si le sport n'est pas le cousin pauvre de la culture. Exception faite du hockey, notre culture n'est pas axée sur les sports. N'avez-vous pas le sentiment, comme Sisyphé, de rouler éternellement un rocher vers le sommet?

M. Victor Lachance: Je dois dire comme vous que le sport n'a pas toute l'attention qu'il mérite. Les organisations sportives et récréatives représentent 21 p. 100 de l'ensemble du secteur bénévole. C'est plus que dans n'importe quel autre domaine, c'est deux millions de bénévoles, 5,3 millions de postes de bénévoles, plus que dans n'importe quel autre domaine. Nous ne recevons toutefois que 5,3 p. 100 des recettes provenant du secteur bénévole, si bien que l'écart est énorme.

Comment expliquer cela? Je crois que c'est parce que la contribution du sport est omniprésente. C'est le sport qui favorise l'épanouissement personnel et celui des collectivités. Le sport est la porte d'entrée de la participation à la vie de la collectivité, c'est souvent le premier point de contact avec le bénévolat. Les gens y apprennent à travailler ensemble, ils s'initient en quelque sorte à la démocratie. Le sport contribue à la bonne santé. Le sport fait tout cela, mais il n'y a personne qui se rend compte de tout ce qu'il représente et qui puisse dire : voilà où nous devrions mettre notre argent.

En ce qui concerne les athlètes de haut niveau, il n'y a aucun doute que l'Australie dépense 50 p. 100 de plus que nous pour une population qui est la moitié de la nôtre. L'Allemagne investit 300 millions de dollars par an dans ses athlètes de haut niveau. Or, le budget total de Sport Canada n'est que de 120 millions de dollars. La France consacre chaque année 135 millions de dollars à ses organisations sportives; nous y consacrons 30 millions. Le Royaume-Uni y investit 750 millions de dollars. Il y a certainement des leçons que nous pouvons tirer de ce que font ces autres pays. Comme vous dites, nous savons aussi que nos athlètes vivent à peine au-dessus du seuil de pauvreté. Personne ne le sait mieux qu'un administrateur du domaine sportif, par exemple.

M. Timothy Page: Il serait très avantageux pour l'entraîneur ou l'entraîneuse de natation de votre fille de savoir qu'il ou elle pourra compter chaque année sur un salaire raisonnable. Nous recommandons notamment à votre comité de faire en sorte d'assurer au sport un financement bien plus stable, prévisible et à bien plus long terme. Si nous ne savons pas avant septembre ou octobre à combien s'élèvera le montant que nous pourrions investir dans notre infrastructure pour l'année, il est difficile pour les entraîneurs et les athlètes de planifier leur avenir.

L'année 2010 approche à grands pas. Nous avons vu il y a deux semaines les députés de la Chambre des communes se lever pour applaudir nos athlètes olympiques et paralympiques, et il est clair que la population s'attend à une excellente performance du Canada aux jeux de Whistler/Vancouver en 2010. Il faut donc investir davantage dès aujourd'hui pour que ces attentes se réalisent.

L'hon. John McKay: Il me semble que nous aimons bien la gloire de la victoire mais que nous ne sommes pas nécessairement aussi chauds à l'idée de payer la note, d'où une certaine contradiction. Vous avez très bien défendu votre cause.

Je vais maintenant passer aux représentants de la Société du cancer pour parler pendant la dernière minute qu'il me reste de la question de la modélisation. Quand j'ai écouté votre exposé, il m'a

fallu un certain temps pour comprendre où vous vouliez en venir. Quand vous avez invoqué l'exemple de la génomique, j'ai commencé à comprendre.

L'essentiel de votre argument est bien que vous réunissez tous les travaux de recherche qui se font au Canada et que vous ajoutez ainsi aux corpus de savoir sur lesquels se fondent les praticiens?

• (1240)

Dre Jo Kennelly: C'est l'autre modèle. Il s'agit d'ajouter aux connaissances non seulement des praticiens, mais aussi des décideurs. Il s'agit de savoir où sont les leviers en Alberta, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, de savoir ce qui fonctionne dans chaque région, de savoir à quoi ressemble le profil du cancer, quels sont les risques pour l'économie de chaque région, et il s'agit aussi de savoir comment on peut apprendre les uns des autres, au niveau non seulement des décideurs, mais aussi des cliniciens et des règles de l'art.

L'hon. John McKay: Comment expliquer que cela ne se fasse pas déjà?

Dre Jo Kennelly: Cela se fait déjà d'une certaine façon. Cela se fait en matière de surveillance et au niveau de la CAPCA, agence provinciale qui regroupe diverses agences du cancer. Mais il n'existe pas de plate-forme d'observation centrale. La concertation n'est pas aussi poussée que ce que nous proposons, à savoir une démarche fondée sur la gestion du risque qui permette des analyses comparatives.

Pour l'instant, la compréhension que nous avons du cancer se limite à des généralités. La science a fait des progrès fulgurants, mais les résultats n'ont pas été diffusés. La compréhension et l'observation n'ont pas progressé au même rythme que la science. D'après une étude de 2001, le Canada est au premier rang mondial pour les travaux de recherche scientifique sur le cancer, pour ce qui est de son incidence sur les Canadiens et Canadiennes; il est au premier rang pour ce qui est du suivi jusqu'au stade des essais cliniques. Mais il n'y a pas de dissémination hors des limites de la région où les travaux sont effectués.

L'hon. John McKay: Merci.

Le président: Je tiens à remercier les témoins, les groupes, qui sont venus témoigner devant nous. Nous leur en sommes très reconnaissants. Brian l'a très bien dit. Je suis sûr qu'il y a des membres de vos organisations respectives qui ont travaillé dans les coulisses pour préparer vos exposés, et nous vous en remercions beaucoup.

Comme je l'ai dit aux membres de l'autre table ronde, les groupes qui voudraient nous envoyer d'autres documents peuvent toujours le faire. Je vous préviens : plus vous serez succincts, mieux ce sera. Il est donc préférable d'aller droit au but. Si vous avez des estimations de coûts, cela nous serait bien sûr utile aussi.

Merci encore, et bonne journée.

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.