



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 007 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 16 novembre 2004

Présidente

Mme Bonnie Brown

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

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

Comité permanent de la santé

Le mardi 16 novembre 2004

• (1535)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Bonjour, mesdames et messieurs. J'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue à cette réunion très spéciale du Comité permanent de la santé.

Avant de commencer, j'aimerais signaler la présence dans l'auditoire de membres et de représentants de l'Association pulmonaire du Canada, qui suivent toujours avec intérêt les travaux de notre comité. Soyez les bienvenus à la colline du Parlement.

Je suis par ailleurs très heureuse de souhaiter la bienvenue à notre ministre de la Santé qui nous parlera aujourd'hui de l'accord sur la santé conclu par tous les premiers ministres et qui a fait l'objet de pourparlers entre les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Je cède maintenant la parole à l'honorable Ujjal Dosanjh. Il semble secondé par trois personnes fort capables qui ont le même prénom : Ian Potter, Ian Green et Ian Shugart.

Monsieur le ministre, à vous.

L'hon. Ujjal Dosanjh (ministre de la Santé): Merci. Je pense que vous connaissez tous les trois Ian. Il est parfois difficile de les différencier entre eux. Ils sont tous les trois séduisants.

Je vais expliquer aux membres de votre comité où en est la mise en oeuvre du plan décennal visant à consolider le régime de soins de santé. Comme vous le savez, le 16 septembre dernier, le premier ministre du Canada et les premiers ministres de toutes les provinces et de tous les territoires ont signé un plan d'action de 10 ans qui permettra d'améliorer les soins de santé dans l'intérêt de tous les Canadiens.

Tous les premiers ministres ont souscrit au plan, qui traduit l'engagement commun de tous les gouvernements de travailler ensemble pour renforcer les soins de santé. Tous les gouvernements participent aux pourparlers qui se déroulent en ce moment sur la mise en oeuvre du plan. L'accord traite des priorités des Canadiens qui souhaitent que l'on soutienne et que l'on renouvelle le système de santé, et il prévoit du financement à long terme pour concrétiser ces réformes.

Cet accord illustre le rôle du gouvernement du Canada pour ce qui est de travailler en collaboration avec les provinces et les territoires afin de garantir la viabilité à long terme du régime de soins de santé. Il fait également ressortir le rôle de premier plan du gouvernement fédéral dans différents dossiers liés à la santé et aux soins de santé, notamment les ressources humaines en santé, les temps d'attente et la santé publique ainsi que le soutien de l'innovation et de la recherche, par exemple, grâce à l'Inforoute santé du Canada et au travail sur les technologies de l'information.

Le plan repose sur le programme de renouvellement établi par les premiers ministres lors de leur rencontre de février 2003. Il vient donc compléter les activités inachevées de l'accord de 2003 en

matière de soins à domicile et de couverture des médicaments très prohibitifs; il permet par ailleurs de poursuivre les réformes essentielles amorcées dans le domaine des soins primaires, de l'évaluation de la technologie médicale et des ressources humaines dans le secteur de la santé. Le plan va plus loin que ces engagements prévus dans l'accord en ajoutant une stratégie de réduction des temps d'attente ainsi qu'une stratégie nationale visant les médicaments afin d'encourager l'utilisation optimale des médicaments et une meilleure gestion des coûts.

Les premiers ministres se sont par ailleurs engagés à rendre compte publiquement et dans une mesure sans précédent des progrès dans ce domaine pour que les Canadiens puissent savoir où va leur argent et les améliorations qu'il permet de faire. Les ministres de la Santé se sont engagés à continuer à rendre compte à leurs populations respectives des progrès réalisés. Le deuxième rapport sur les indicateurs de rendement comparables, prévus dans l'accord de 2003, paraîtra d'ici le 30 novembre 2004.

De plus, toutes les parties prenantes à l'accord ont accepté l'élargissement du rôle du Conseil de la santé. Le conseil publiera chaque année un rapport sur l'état de santé de la population canadienne et les résultats obtenus dans le domaine de la santé; il décrira également les progrès réalisés relativement aux différents éléments du plan.

Ces réformes nécessiteront des investissements importants. Le gouvernement fédéral a accepté de fournir 41 milliards de dollars de plus sur une période de 10 ans pour financer la mise en oeuvre du plan d'action sur les soins de santé. Ainsi, trois millions de dollars seront consacrés sur deux ans à combler l'écart Romanow à court terme; 19 milliards de dollars seront versés au Transfert canadien en matière de santé en 2005-2006, y compris 500 millions de dollars en 2005-2006 pour les soins à domicile et la couverture des médicaments dont le prix est prohibitif; un facteur de progression de 6 p. 100 sera appliqué au budget du TCS à compter de 2006-2007; on investira 4,5 milliards de dollars sur six ans dans le Fonds de réduction des temps d'attente; à compter de l'exercice 2010-2011, 250 millions de dollars seront versés au chapitre du Transfert canadien en matière de santé, essentiellement pour les ressources humaines dans le secteur de la santé; enfin, le gouvernement fédéral accordera 500 millions de dollars cette année pour l'achat d'équipement médical.

De plus, le gouvernement fédéral consacrera 700 millions de dollars sur cinq ans au financement de projets qui visent à améliorer l'état de santé des Autochtones, projets convenus avec les chefs autochtones lors de la réunion spéciale. Le gouvernement fédéral s'est également engagé à accorder 150 millions de dollars sur cinq ans aux territoires, étant donné leur situation particulière pour ce qui est de la prestation des soins de santé.

Permettez-moi maintenant de décrire plus en détail les initiatives prévues dans le plan de même que les progrès dans leur réalisation. J'aborderai d'abord la question des temps d'attente.

L'engagement des premiers ministres de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès aux soins de santé est un des piliers du plan. Les premiers ministres se sont engagés à réduire les temps d'attente dans les domaines prioritaires comme le cancer, les cardiopathies, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulation et la restauration de la vue d'ici le 31 mars 2007.

Pour ce faire, le gouvernement du Canada a annoncé la création d'un fonds pour la réduction des temps d'attente qui viendra s'ajouter aux investissements des provinces et des territoires dans ce domaine.

De plus, le gouvernement fédéral accordera 500 millions de dollars pour l'achat d'équipement médical en 2004-2005.

Lors de leur récente réunion, les ministres de la Santé ont réitéré leur volonté de définir, d'ici le 31 décembre 2005, des indicateurs qui leur permettront de comparer l'accès des professionnels de la santé à des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Ils se sont également engagés à établir d'ici le 31 décembre 2005 des points de repère fondés sur des données probantes en ce qui concerne des temps d'attente médicalement acceptables pour les secteurs prioritaires. Ils ont convenu d'établir dans chaque province et territoire, d'ici le 31 décembre 2007, des objectifs pluriannuels relativement aux points de repère prioritaires. Enfin, les provinces et territoires se sont engagés à produire des rapports annuels faisant état de leur progrès dans l'atteinte des objectifs pluriannuels en matière de temps d'attente.

Les ministres de la Santé ont convenu de se réunir au début de 2005 pour poursuivre leurs travaux sur la mise en oeuvre de ces importantes initiatives.

En ce qui concerne les ressources humaines du secteur de la santé, les premiers ministres ont reconnu le rapport évident entre les temps d'attente et un nombre suffisant de professionnels de la santé dans les domaines pertinents; ils ont donc convenu de poursuivre leur travail sur les dossiers touchant les ressources humaines en santé.

Les provinces et territoires ont convenu d'augmenter leurs effectifs dans le secteur de la santé après avoir évalué les lacunes. Ils se sont engagés à rendre plus public leurs plans d'action d'ici le 31 décembre 2005 et à faire état régulièrement à leur population des progrès à cet égard.

Le Fonds pour la réduction des temps d'attente servira à financer la formation et le recrutement de professionnels de la santé. De plus, le gouvernement du Canada versera chaque année 250 millions de dollars de plus au titre du TCS à compter de l'exercice 2010-2011, essentiellement pour les ressources humaines dans le domaine de la santé.

Lors de leur dernière réunion, les ministres de la Santé ont approuvé une nouvelle approche en ce qui concerne les titres de compétence donnant droit d'exercer la médecine et d'autres professions de la santé. Cette mesure contribuera à faire en sorte que le Canada dispose de professionnels de la santé en nombre suffisant pour offrir à ses citoyens des soins médicaux de qualité en temps opportun.

Les ministres de la Santé ont aussi discuté des moyens qui permettraient aux professionnels de la santé formés à l'étranger d'exercer au Canada et de répondre ainsi au besoin de tous les Canadiens.

Au chapitre des soins à domicile, les premiers ministres ont convenu de couvrir intégralement d'ici 2006 certains soins à

domicile, après évaluation du besoin. Cet engagement vient compléter l'accord de 2003 dont certains éléments étaient restés inachevés parce que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux n'avaient pu s'entendre sur la mise en oeuvre de leurs engagements antérieurs en matière de soins à domicile.

Étant donné la complexité de ce dossier, les négociations ont abouti à une entente à la réunion de septembre 2004; il a été convenu que les régimes publics d'assurance-maladie fourniraient certains soins actifs à domicile de courte durée, des soins actifs communautaires de santé mentale ainsi que des soins de fin de vie. Les premiers ministres ont convenu que chaque province et territoire élaborerait un plan de mise en oeuvre progressive de ces mesures et ferait rapport chaque année à ses citoyens à ce sujet.

Le gouvernement du Canada versera 500 millions de dollars de plus au titre du TCS en 2005-2006 pour les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux.

La réforme des soins de santé primaires est un autre volet important du renouvellement de notre régime de soins de santé. C'est aussi un secteur dans lequel les provinces et les territoires ont déjà fait des progrès appréciables. Les premiers ministres ont réitéré leur engagement envers l'objectif défini dans l'accord 2003 : Que 50 p. 100 des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires d'ici 2011. Les premiers ministres ont convenu d'établir un réseau fondé sur les pratiques exemplaires afin d'échanger de l'information et des idées innovatrices. Ils ont également accepté d'accélérer la mise au point d'un système de dossiers médicaux électroniques grâce à l'Inforoute santé du Canada et d'accélérer les efforts déjà entrepris dans le domaine de la télémédecine afin d'améliorer l'accès des collectivités rurales et isolées aux soins de santé.

Les premiers ministres ont réitéré l'engagement qu'ils avaient pris dans l'accord de 2003 de faire en sorte qu'aucun Canadien ne doive assumer un fardeau financier excessif pour obtenir les médicaments dont il a besoin. L'accès à des médicaments abordables est indispensable pour que tous les Canadiens puissent bénéficier équitablement des services de santé.

● (1540)

Afin d'améliorer la gestion des coûts, ils se sont aussi engagés à favoriser un accès optimal à des médicaments sûrs, efficaces et économiques, ainsi qu'une consommation optimale de tels médicaments. Utilisés de façon optimale, les médicaments sur ordonnance peuvent contribuer sensiblement à améliorer l'état de santé de la population et à engendrer des économies dans d'autres composantes du système. En se fondant sur le travail FPT relatif à la gestion des produits pharmaceutiques, les premiers ministres ont chargé leurs ministres de la Santé de mettre sur pied un groupe de travail ministériel qui aurait pour mandat de tracer et de mettre en oeuvre une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques et de faire état des progrès accomplis à la fin juin 2006. Le ministre Hansen de la Colombie-Britannique et moi-même coprésiderons le groupe de travail ministériel, et les ministres de la Santé se réuniront de nouveau au début de 2005 pour poursuivre le travail sur cette stratégie.

Les premiers ministres ont également reconnu qu'en prenant d'autres mesures de santé publique on peut améliorer l'état de santé de la population et contribuer à la viabilité de l'assurance-maladie à long terme en réduisant les pressions qui s'exercent sur le système de santé. Le gouvernement s'est engagé à accélérer l'élaboration d'une stratégie pancanadienne de santé publique, à favoriser la mise en oeuvre d'une stratégie pancanadienne de promotion de modes de vie sains et à mettre au point des interventions coordonnées et appropriées en cas d'urgences sanitaires, grâce au nouveau réseau de la santé publique. Le gouvernement du Canada misera également sur les récents investissements dans le domaine de l'immunisation, grâce à la stratégie nationale d'immunisation.

Les participants à la réunion spéciale avec les organisations autochtones nationales ont convenu de mesures visant à améliorer les services de santé à l'intention de tous les peuples autochtones et à supprimer l'écart constaté entre les peuples autochtones et les autres Canadiens sur le plan de l'état de santé. Le gouvernement fédéral s'est engagé à financer, à hauteur de 700 millions de dollars au cours des cinq prochaines années, des initiatives de nature à améliorer la santé des Autochtones. Il s'est également engagé à investir davantage dans les services de santé qu'il a toujours fournis aux Premières nations et aux Inuits. Avec le ministre Smitherman, je vais rencontrer les chefs autochtones au début de 2005 et coprésider la réunion des ministres des Affaires autochtones afin d'amorcer l'élaboration d'un plan d'amélioration de l'état de santé des peuples autochtones et d'amélioration des services de santé au Canada, d'ici septembre 2005.

On a déjà commencé à mettre à exécution les initiatives décrites dans le plan. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé se sont réunis les 16 et 17 octobre; c'était la première réunion des ministres de la Santé après la réunion des premiers ministres. Je me réjouis des progrès accomplis jusqu'ici. Comme chacun le sait, cette réunion a permis de discuter des mesures qui permettront de réduire les temps d'attente, d'améliorer l'accès aux soins de santé et de tracer une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Les ministres de la Santé ont convenu de se réunir de nouveau au début de 2005 pour poursuivre cet ambitieux programme de renouvellement du système de santé. Je suis persuadé qu'ensemble nous pourrions mettre à exécution le plan d'action défini lors de la réunion des premiers ministres.

En terminant, permettez-moi de rappeler que les gouvernements ont déjà commencé à mettre à exécution le plan, pour que les Canadiens puissent en voir les résultats rapidement. Je ne doute pas que le plan décennal visant à consolider le régime de santé permettra à tous les Canadiens d'avoir accès rapidement à des soins de qualité. Je suis à votre disposition, bien entendu, pour répondre à vos questions, mais je suis aussi à l'écoute de vos suggestions et de vos conseils. Je vous invite à me proposer des moyens qui permettront de faire en sorte que ce plan d'action de 10 ans soit mis en oeuvre plus rapidement et plus efficacement avec la collaboration des provinces et des territoires du Canada.

Merci.

• (1545)

La présidente: Merci, monsieur le ministre.

Passons maintenant aux questions. Je donnerai d'abord la parole à M. Fletcher.

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

Madame la présidente, pourriez-vous me faire signe après sept minutes et demie?

Je remercie le ministre d'avoir bien voulu être des nôtres aujourd'hui. Ce n'est peut-être pas la partie la plus facile de son travail. Comme je souhaite lui poser le plus de questions possible, je sais qu'il voudra bien y répondre de façon concise et précise.

Premièrement, monsieur le ministre, quelles mesures du nouvel accord sur la santé permettront de limiter la privatisation de notre système de santé?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Comme chacun le sait, certains critiquent notre régime de santé, dans différentes régions du pays, affirmant qu'il n'est pas viable. Quant à moi, j'ai déclaré à maintes reprises, et bien sûr, c'est ce que la Commission Romanow a conclu, que notre système de santé est tout à fait viable.

Le pourcentage du PIB que nous consacrons aux soins de santé n'a pas sensiblement changé depuis 10 ou 15 ans. Il y a 15 ans, nous consacrons environ 9 p. 100 du PIB aux soins de santé, et aujourd'hui, ce pourcentage est d'environ 9,6 p. 100. Sauf erreur, les États-Unis consacrent environ 14 p. 100 de leur PIB aux soins de santé. Au Canada, les coûts d'administration du régime de santé s'élèvent à environ 17 p. 100, tandis qu'ils avoisinent les 13 p. 100 aux États-Unis.

J'estime que notre régime de santé est absolument viable, d'autant plus que le gouvernement fédéral y investira 41 millions de dollars au cours des 10 prochaines années. Je crois qu'il est viable et je suis partisan d'un régime de santé public. Je suis également en faveur d'une prestation publique des soins de santé. Il faut se rappeler par ailleurs que grâce à cet argent supplémentaire, les provinces pourront trouver des façons innovatrices efficaces de s'attaquer aux problèmes. Elles ont désormais plus de ressources pour le faire que jamais auparavant, ressources que le gouvernement fédéral met à leur disposition pour assurer non seulement la survie mais l'épanouissement de notre régime de santé public.

• (1550)

M. Steven Fletcher: Monsieur le ministre, j'espère qu'on n'invoquera pas la viabilité du régime pour prévenir le recours à des formules innovatrices, efficaces et progressistes dans le domaine de la santé.

Quelle est la position officielle du gouvernement sur la privatisation des soins de santé au Canada?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi tout d'abord d'évoquer la position de votre parti. J'ai lu des articles dans lesquels vous vous déclarez très clairement en faveur d'un régime de santé public, tout en indiquant que vous êtes favorable à la prestation privée des services. Peut-être qu'on a mal rapporté vos propos dans cet article, mais je m'en souviens très bien.

Quant à nous, nous favorisons un régime de santé public, et nous préférons et appuyons la prestation publique des services de santé. Bien entendu, la prestation de services de santé relève généralement des provinces, et ce sont elles qui y veillent. Voilà pourquoi nous leur fournissons des milliards de dollars pour leur permettre d'aller de l'avant. Voilà pourquoi le premier ministre a fait de cette question un thème fondamental du débat public pendant la campagne électorale. Nous croyons au système de santé public et nous voulons le consolider. Nous n'en sommes plus où nous étions il y a 40 ans. Nous avons rejeté le système qui existait à l'époque, et voilà notre position aujourd'hui.

M. Steven Fletcher: Monsieur le ministre, le Parti conservateur appuie sans équivoque la Loi canadienne sur la santé et nous appuyons la prestation des services. Nous voulons que les patients aient droit aux meilleurs services possibles, y compris, par exemple, à des médecins de famille qui tout en étant rémunérés par l'État, exercent leur profession en cabinet privé.

J'espère que le ministre n'a pas l'intention de nationaliser tous les médecins de famille du pays. Cela inquiéterait beaucoup de gens. Je suis inquiet de vous entendre même évoquer cette idée.

Dans un autre ordre d'idées, comment justifiez-vous l'absence de mesures de reddition de comptes? Pourquoi n'a-t-on pas inclus dans l'accord dès le départ de telles mesures?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Permettez-moi d'abord de répondre à votre remarque sur les médecins. Nous reconnaissons que 30 p. 100 des soins de santé dispensés au pays le sont par le secteur privé. Il en a toujours été ainsi. Les médecins ont toujours été des entrepreneurs et je suis certain qu'ils continueront de l'être.

En ce qui a trait à la reddition de comptes, si vous lisez le plan d'action décennal, vous constaterez que des dispositions prévoyant la reddition de comptes se trouvent à différents endroits. Ainsi, nous sommes tenus d'établir des points de repère fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables d'ici le 31 décembre 2005. Ces points de repère comparables devront être établis d'ici le 31 décembre 2005. Toutes les administrations ont aussi convenu, dans le texte de l'accord, de remettre chaque année à leurs citoyens un rapport sur les progrès qu'elles auront réalisés.

On a cru bon d'établir des indicateurs comparables pour tout le pays et des points de repère fondés sur des preuves pour tout le pays, car les preuves scientifiques sont les mêmes partout. Comme le Conseil de la santé et l'ICIS sont tenus de le faire dans leurs rapports nationaux, nous pourrons enfin pouvoir comparer les différentes régions du pays. C'est important. Un enfant devrait recevoir les mêmes soins qu'il soit autochtone ou non, qu'il vive en Nouvelle-Écosse ou en Colombie-Britannique.

Il est important de garantir des niveaux de soins de santé similaires à tous les Canadiens, quel que soit l'endroit où ils vivent. Voilà pourquoi, en plus de demander aux provinces de rendre des comptes à leurs citoyens en fonction du financement et de l'accord, nous voulions nous assurer de pouvoir évaluer le rendement du pays dans chaque région.

M. Steven Fletcher: Monsieur le ministre, le fait est que les mesures de reddition de comptes prévues dans l'accord ne sont pas aussi exigeantes que celles qui figuraient dans l'accord de 2003 auquel les libéraux ont négligé de donner suite. Cela dit, j'aimerais aborder un autre sujet.

En ce qui concerne les produits pharmaceutiques, Santé Canada a-t-il pensé ou affecté des ressources à l'élaboration de nouvelles politiques s'il devenait évident que les ventes de produits pharmaceutiques sur Internet menacent la stabilité de l'approvisionnement en médicaments du Canada? Dans l'affirmative, quelles sont ces politiques? Deuxièmement, Santé Canada a-t-il dressé un plan d'urgence si les ventes de produits pharmaceutiques sur Internet atteignaient un niveau tel qu'elles mettraient en danger l'approvisionnement des Canadiens?

• (1555)

L'hon. Ujjal Dosanjh: J'aimerais d'abord répondre à votre remarque sur les exigences de reddition de comptes des accords de 2003 et de 2004. Je soulignerai d'abord qu'il n'y avait aucune obligation de rendre compte en matière de soins à domicile. En fait,

aucune mesure précise n'avait été prise après l'accord de 2003. Dans cet accord-ci, dans trois domaines différents, soit des soins à domicile pendant deux semaines dans deux types de cas différents ainsi que des soins de fin de vie devant tous faire l'objet d'un rapport d'ici 2006. Il existe dorénavant l'obligation d'établir des points de repère fondés sur des preuves dans chaque province et territoire afin que nous puissions faire des évaluations comparatives. L'accord prévoit de plus une disposition rendant le financement conditionnel au respect des exigences en matière de rapports qui figurent à divers endroits dans l'accord. À mon avis, l'accord de 2004 table sur l'accord de 2003 et est en fait beaucoup plus exigeant en matière de rapports.

En ce qui a trait à la vente de médicaments sur Internet, il va sans dire que c'est une affaire complexe et sérieuse. Je ne la prends pas à la légère et je ne crois pas que personne ici présente ne prenne cette question à la légère. Depuis au moins un mois et demi, toute une industrie a pris naissance dans ce domaine au pays. Nous suivons la situation de près à Santé Canada. Nous examinons les tendances de vente, ce genre de choses, et Santé Canada a déterminé qu'il n'y avait pas de pénurie pour l'instant. Cela ne signifie toutefois pas que la situation peut perdurer. Déjà, plusieurs États américains ont adopté des lois ou des résolutions les autorisant à acheter leurs médicaments en gros au Canada. À l'heure actuelle, le Canada fournit des médicaments sur ordonnance d'une valeur de 850 millions de dollars aux États-Unis. Le niveau de ventes s'est stabilisé, mais il reste important.

Je ne crois pas que nous devrions devenir la pharmacie des États-Unis. Je crois que les États-Unis en sont conscients, et nous le sommes certainement. Notre pays est vaste, mais il ne compte que 33 millions d'habitants. Nous avons cru bon de réglementer le prix des médicaments pour nos fins à nous. Nous voulons garantir la sécurité et l'approvisionnement en médicaments des Canadiens d'abord et avant tout; c'est le point de départ des différentes options que nous examinerons.

J'en viens donc à parler des options. Nous nous sommes penchés sur les options qui existent, et il y en a plusieurs. Nous pourrions d'abord encourager les médecins et les pharmaciens qui s'adonnent à ce que je considère des pratiques peu professionnelles, éthiques ou acceptables à cesser de le faire. Les associations professionnelles de médecins et chirurgiens pourraient s'en occuper.

Nous disposons aussi de mesures législatives. Nous sommes en train d'en faire une analyse juridique. Une fois que cette analyse sera terminée, je vous ferai part des résultats.

La présidente: Merci, monsieur Fletcher.

Monsieur Merrifield, vous avez la parole.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Pour sept minutes?

La présidente: Non, vous n'avez pas sept minutes. M. Fletcher et vous deviez partager votre temps de parole, mais il a abordé un tout nouveau sujet dans sa dernière question et, par courtoisie, j'ai laissé le ministre répondre. S'il vous avait laissé aborder cette question, vous auriez disposé de sept minutes. Je l'ai prévenu il y a une minute. Il vous reste donc cinq minutes.

M. Rob Merrifield: J'invoque le Règlement. Je veux savoir si cela signifie que j'aurais perdu mon temps de parole si la réponse du ministre avait duré sept minutes. Est-ce ce que vous dites?

La présidente: Pas nécessairement, mais quand on aborde un nouveau sujet de nature complexe à la fin de toute une série de questions sur un autre sujet...

M. Rob Merrifield: Oui, mais si ces 15 minutes nous appartiennent, nous devrions savoir combien de temps chacun de nous a. M. Fletcher vous a demandé, avant de prendre la parole, s'il disposait de sept minutes.

• (1600)

La présidente: Après six minutes et demie, je lui ai dit qu'il lui restait une minute et il a utilisé 50 secondes de cette minute pour faire un préambule. Il en a ensuite profité pour aborder une nouvelle question. Il aurait été impoli de ne pas laisser le ministre répondre.

Mais c'est à vous qu'il incombe de partager vos 15 minutes comme bon vous semble. Je l'ai prévenu.

M. Rob Merrifield: D'accord, c'est compris. J'aurais interrompu le ministre sur cette question car j'ai posé la question et que c'est mon temps de parole qu'il a utilisé pour répondre à la question de M. Fletcher.

La présidente: Oui, mais vous et M. Fletcher devez organiser votre temps d'avance. Malgré cette querelle sur la procédure, il vous reste encore sept minutes.

M. Rob Merrifield: Désolé, monsieur le ministre. Nous réglerons cela plus tard.

Revenons à la pharmacie sur Internet. Je vais continuer sur ce sujet quelques minutes. Vous dites que vous encouragez les ordres des médecins des provinces à s'en occuper. Vous avez aussi déclaré que rien n'a changé, par rapport à l'an dernier. Vous dites qu'en fait, on est arrivé à un plateau.

J'aimerais donc savoir quels autres moyens législatifs... ou plutôt, qu'avez-vous à dire à ce sujet? Ces derniers jours, je vous ai entendu parler du fait qu'il fallait régler le problème de la pharmacie sur Internet, mais vous avez pointé du doigt d'autres pouvoirs législatifs, pour qu'eux s'en occupent. Je veux savoir ce que vous avez l'intention de faire si vous constatez que c'est un problème lorsque nous devenons la pharmacie des États-Unis, comme vous le dites.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Sauf le respect que je vous dois, à mon avis, les mesures législatives ne doivent être qu'un dernier recours. Il y a bien d'autres types de mesures à prendre auparavant, et c'est ce que nous faisons, comme inciter nos collègues provinciaux à se pencher sur la question. Je leur ai écrit.

M. Rob Merrifield: Dans le cadre de vos propres pouvoirs, avez-vous l'intention de faire quelque chose au sujet de ce problème, s'il s'aggrave au point que nous devenions la pharmacie des États-Unis.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il y a certainement des moyens législatifs, que nous avons commencé à envisager. Nous faisons une analyse juridique.

M. Rob Merrifield: S'avez-vous de quelle mesure il s'agirait?

L'hon. Ujjal Dosanjh: J'ai parlé d'une de ces mesures, et pas des autres, puisque c'est celle qui relève de ma compétence. Il s'agirait de modifier la définition du terme praticien dans la Loi sur les aliments et drogues. On pourrait le faire de manière à dire qu'il s'agit d'un médecin, membre d'un ordre professionnel des médecins d'une province et qui peut prescrire des médicaments à des personnes qui résident au Canada ou qui visitent le Canada.

M. Rob Merrifield: Bien, c'est bon.

Revenons à l'accord sur la santé; c'est vraiment de cela dont nous parlons, au sujet des 41 milliards injectés dans le système de soins de santé pendant la décennie à venir. Le 17 mai, le ministre des Finances a annoncé que l'argent de la TPS serait investi dans du matériel médical. Je me demande combien il y a d'argent dans ce fonds et s'il a servi cette année à l'achat de matériel médical.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je comprends que le ministre des Finances a fait cette annonce. Je ne sais pas toutefois si cette somme fait partie des 41 milliards de dollars.

M. Rob Merrifield: Moi non plus et c'est pourquoi j'ai posé la question.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je ne sais pas mais je vous obtiendrai ce renseignement.

M. Rob Merrifield: Si c'est le cas, c'est une somme qui va fluctuer, puisqu'il s'agit de la TPS sur l'essence.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je comprends la question et je me souviens des propos du ministre des Finances. Mes collaborateurs n'ont pas non plus cette information. Je serai ravi de vous l'obtenir, de vous la transmettre.

M. Rob Merrifield: Bien, vous pourrez donc dire au comité combien d'argent il y a dans ce fonds et combien a servi à acquérir du matériel médical.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Volontiers.

M. Rob Merrifield: Mon autre question porte sur la couverture des médicaments très prohibitifs. L'accord de 2003 devait être mis en oeuvre avant la fin de 2006. Vous dites maintenant qu'un rapport d'étape sera présenté le 30 juin 2006. Pourriez-vous me dire si vous avez reporté l'échéance pour la couverture de médicaments très prohibitifs?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Ce en quoi la couverture des médicaments à prix exorbitants est différente, c'est qu'elle s'accompagne de l'obligation pour les autorités de formuler une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, ce qui ne se trouvait pas dans l'accord de 2003. Si j'ai bonne mémoire, cet accord mentionnait cependant la couverture des médicaments très chers et prévoyait qu'on y affecterait des sommes.

Dans le budget des TCS de l'accord, il y a des sommes supplémentaires de 500 millions de dollars destinées à l'élargissement des soins à domicile ainsi qu'au paiement des médicaments à prix très élevé. Ce qu'il y a de nouveau dans l'accord toutefois, c'est qu'il rend obligatoire de...

M. Rob Merrifield: Allez-vous prolonger l'échéance ou la période pendant laquelle le simple citoyen canadien pourra recevoir les prestations pour médicaments à prix exorbitant?

L'hon. Ujjal Dosanjh: L'échéance porte sur l'élaboration de la stratégie. Une fois que cela sera fait, nous devons en faire rapport aux premiers ministres. Bien entendu, cela coïncidera avec la mise en oeuvre.

M. Rob Merrifield: Par conséquent, un rapport sur la stratégie sera déposé le 30 juin 2006.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Oui.

M. Rob Merrifield: Ce qui signifie qu'on attendra peut-être jusqu'à un an ou deux après cela.

• (1605)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il ne fait aucun doute que nous devons d'abord concevoir une stratégie.

M. Rob Merrifield: Oui, mais en 2003, vous aviez non seulement déjà pensé à une stratégie mais aussi fixé une échéance.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Si vous permettez, je tiens à rappeler qu'en vertu de l'accord de 2003, les provinces recevaient des montants destinés à éponger les coûts des médicaments à prix très élevé. Il n'y a pas eu beaucoup de progrès depuis cependant. En 2004, nous avons ajouté 500 millions de dollars dans l'accord pour ces mêmes besoins. Nous avons maintenant imposé aux ministres de la Santé l'obligation de concevoir une stratégie sur les produits pharmaceutiques afin de tenir compte de...

M. Rob Merrifield: Très bien. Je crois que vous avez répondu à ma question.

La présidente: Monsieur Merrifield, vos cinq minutes sont écoulées.

La parole est maintenant à M. Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ): Bonjour et bienvenue, monsieur le ministre. J'ai cinq questions. J'apprécierais donc que vous mettiez à contribution votre sens de la synthèse.

Considérez-vous que le financement de la santé dans le cadre de l'entente de 2005 est inconditionnel pour le Québec? En outre, en ce qui a trait aux modalités de versement de ces fonds, faudra-t-il amender l'une ou l'autre des lois, que ce soit la Loi canadienne sur la santé ou la loi portant sur les paiements de transferts? Pouvez-vous confirmer que si l'on amende l'une ou l'autre de ces lois, le Québec restera le maître d'oeuvre de cela et qu'il n'aura aucune obligation de rendre des comptes additionnels?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Les deux accords ont été signés par tous les premiers ministres présents, et à mes yeux, cela impose à chacun l'obligation de rendre des comptes à ses citoyens, compte tenu des obligations figurant dans les accords et par rapport aux balises, indicateurs et temps d'attente.

Pour ce qui est des temps d'attente, il y a une certaine latitude, cela ne fait aucun doute. Ainsi, par exemple, si au Québec ou en Colombie-Britannique, les temps d'attente ne font pas problème par rapport à la chirurgie de remplacement du genou ou de la hanche, ces provinces peuvent choisir un autre problème médical dont il faut réduire le temps d'attente; l'accord donne une telle souplesse. Les provinces concernées feront rapport à leurs propres citoyens, non au gouvernement du Canada. À cet égard, il me fait d'ailleurs plaisir de vous dire, par exemple, que le gouvernement du Québec collabore avec d'autres gouvernements afin d'élaborer des indicateurs comparables.

[Français]

M. Réal Ménard: Au Québec, une journaliste assez célèbre dans son milieu, en l'occurrence Manon Cornélien du journal *Le Devoir*—journal fondé par Henri Bourassa—, a rapporté certains de vos propos selon lesquels, pour qu'il soit possible d'avoir accès à ces fonds, il vous faudrait amender la Loi canadienne sur la santé ou la loi portant sur les paiements de transferts.

En ce qui concerne l'accès à ces fonds, qu'il s'agisse de fonds destinés aux délais d'attente ou des trois fonds existants, prévoyez-vous amender l'une ou l'autre de ces lois?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je crois savoir que si les provinces veulent recevoir de l'argent du Canada, il faudra qu'elles aient adopté une loi quelconque, qu'elle soit de nature budgétaire ou qu'elle prenne la forme d'amendements à d'autres lois. Voilà le genre de questions en cours d'étude. Une fois qu'on se sera entendu là-dessus, je me ferai un plaisir de vous en aviser.

[Français]

M. Réal Ménard: D'accord. Pourriez-vous déposer le tableau de la répartition des fonds par province? Au moment de l'entente, l'information n'était pas bien connue. Dans le communiqué qui a été rendu public, il y avait un tableau général. Pourriez-vous, aujourd'hui ou dans les jours qui viennent, déposer les documents qui font état de la ventilation précise des fonds pour le Québec et les autres provinces? À moins que vous soyez à même de nous en faire part aujourd'hui. Dans le cas contraire, vous pourrez faire parvenir cela à notre greffière.

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je me ferai un plaisir de vous fournir les renseignements pertinents ainsi que leur répartition. Je ne les ai pas en main, mais je me ferai un plaisir de les déposer ultérieurement.

[Français]

M. Réal Ménard: D'accord.

Il y a une dimension de l'entente qui a suscité un peu d'inquiétude au Québec, à savoir la formation de professionnels de la santé. Il y a même une secrétaire parlementaire qui a été nommée spécifiquement à cette fin. Par ailleurs, la formation et la reconnaissance des compétences sont des domaines liés profondément à la compétence des provinces.

J'aimerais que vous nous disiez de façon plus explicite comment vous comptez vous y prendre pour former plus d'infirmières ou pour reconnaître plus de médecins, par exemple, sans empiéter sur les compétences des provinces.

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il est évident qu'en ce qui concerne l'enseignement de la médecine, les ordres professionnels des médecins et chirurgiens, le droit d'exercice et toutes ces questions qui relèvent des provinces elles-mêmes, le gouvernement fédéral n'a pas l'intention d'intervenir.

Mais ce que nous avons dit, et qui fait partie de l'accord, c'est que nous avons fait une offre aux provinces et territoires participants en leur disant que nous serions heureux d'assurer la coordination nécessaire à l'échelle nationale si l'un de ces gouvernements le voulait, ce qui nous permettrait de donner aux professionnels de la santé, aux médecins et au personnel infirmier plus de mobilité sur le territoire sans les obliger à repasser des examens, par exemple. Par ailleurs, pour ce qui est de l'intégration des diplômés en médecine et en sciences infirmières des autres pays, si le gouvernement fédéral pouvait faciliter les choses, il le ferait avec plaisir.

Nous songeons donc manifestement à certains problèmes de coordination au sein du gouvernement fédéral. Lorsque des immigrants arrivent, ils ont des compétences et des talents qui peuvent être mis à profit. Nous sommes en train de voir comment nous pourrions faciliter leur intégration professionnelle. Cela dit, il est évident que dans ce domaine, ce sont les provinces qui doivent décider en dernier ressort.

•(1610)

[Français]

M. Réal Ménard: Est-ce que vos analystes sont en mesure de dire au comité à partir de quelle année le gouvernement fédéral va couvrir 25 p. 100 des coûts du système de santé, comme l'ont demandé le rapport Clair, le rapport Kirby et la commission Romanow? Pour cela, nous tenons compte de l'ensemble des investissements que vous vous apprêtez à effectuer et pour lesquels il y aura eu une campagne de tous les premiers ministres. Lorsque vous étiez en Colombie-Britannique, vous vous montriez très critique face au gouvernement fédéral. Nous souhaitons que ce sens critique vous anime toujours. Alors, quand prévoyez-vous que le gouvernement fédéral couvrira 25 p. 100 des coûts du système de santé?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Si j'ai bien compris, et je pense que le commissaire Romanow l'a dit très clairement, le financement de départ qui a été offert devait servir à combler l'écart cerné par M. Romanow.

Pour ce qui est des pourcentages, je vous ferai part avec plaisir de ce que j'ai appris. Ce sont des chiffres avec lesquels tout le monde peut jouer, mais de quoi tient-on compte? On tient compte des dépenses directes effectuées par le gouvernement fédéral pour la santé des Autochtones, ou encore des dépenses directes...

[Français]

M. Réal Ménard: Ce que les premiers ministres ont demandé.

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Voilà donc le genre de questions que nous devons étudier.

[Français]

M. Réal Ménard: Monsieur le ministre, il s'agit de ce que les premiers ministres ont demandé. Il y a eu une campagne qui a été tenue d'un bout à l'autre du pays et qui a été couverte par tous les médias. On parle du coût direct du fonctionnement du système de santé. C'est la responsabilité du gouvernement fédéral de payer 25 p. 100 du coût. Avez-vous évalué à quel pourcentage vous vous situiez avec les investissements consentis? Il m'est difficile de croire que personne au ministère de la Santé n'ait fait cela. Il paraît que M. Shugart est calé en mathématiques. Par contre, on sait que vous-même n'aimez pas les chiffres. Vous êtes plus romantique.

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Pas du tout, les chiffres ne me dérangent pas, ils ne m'ont jamais posé problème.

Mais permettez-moi simplement de vous dire ceci. Le commissaire Romanow a déclaré que l'écart qu'il avait cerné était comblé. Il faut se rappeler que 41 milliards de dollars y seront consacrés au cours des 10 prochaines années.

Si vous voulez connaître les pourcentages de la participation dans le domaine de la santé au niveau national, je serais heureux de vous faire part du chiffre exact, mais je ne l'ai pas sous les yeux. Je pense d'ailleurs que c'est un chiffre qui est beaucoup contesté. Vous voulez

probablement que je sois tout à fait prêt à justifier mes propos à 100 p. 100 et je serais donc heureux de vous faire part de ce chiffre.

Par contre, permettez-moi de vous rappeler simplement que pendant la conférence des premiers ministres, à une heure du matin alors que tous les premiers ministres étaient assis autour de la table, je les ai tous vus complimenter le premier ministre, et le faire absolument sans aucune condition, en déclarant que c'était cela le plan pour 10 ans.

[Français]

M. Réal Ménard: Vous devenez trop romantique.

J'aurais une autre question. Pouvez-vous nous rassurer sur le respect de la différence québécoise sur le plan de la santé?

J'aimerais aussi que vous précisiez clairement, en ce qui a trait aux cyberpharmacies, le type d'infraction que Santé Canada a identifié. Est-ce le fait que des professionnels de la santé font des ordonnances sans avoir vu le médecin? Considérez-vous, vu qu'il s'agit d'un commerce interprovincial, que c'est d'abord la responsabilité du gouvernement fédéral d'intervenir à cet égard? Comment voyez-vous votre responsabilité pour mettre fin au phénomène des cyberpharmacies?

•(1615)

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je crois que nous devons à nos compatriotes de garantir l'innocuité des médicaments ainsi que leur approvisionnement. Vous savez que nous avons un régime de réglementation des prix qui est excellent pour l'usage que nous en faisons au Canada. Je tiens absolument à conserver ce régime. Je tiens également à ne rien faire qui puisse compromettre l'innocuité des médicaments et l'approvisionnement au Canada. Nous sommes un petit pays et nous travaillons pour nous-mêmes, et de toute évidence ce régime de réglementation n'a pas été conçu pour l'exportation.

L'autre question est bien sûr que tout ce qui revient à un acte contraire à la déontologie et aux règles de la profession de la part d'un médecin qui n'établit pas une relation entre lui et son patient et qui ne peut donc bien diagnostiquer son état de santé est pour nous, en somme, une transaction qui ne saurait nous satisfaire. Il est important pour nous de bien le dire, et c'est ce que je fais depuis une semaine environ. Nous avons commencé à prendre des mesures à ce sujet et j'ai d'ailleurs écrit aux premiers ministres provinciaux et aux ministres provinciaux de la Santé pour leur en faire part. Je leur ai demandé d'intervenir comme ils le voudraient. Et je vais aussi, c'est sûr, demander aux ordres professionnels des médecins et chirurgiens et aux pharmaciens d'intervenir aussi à leur niveau.

La présidente: Merci, monsieur Ménard.

Monsieur Blaikie.

L'hon. Bill Blaikie (Elmwood—Transcona, NPD): Merci, madame la présidente.

Je voudrais interpellier le ministre sur toute cette question de la privatisation, un problème dont il a lui-même parlé lorsqu'il a reçu son portefeuille. Je pense que l'argument qu'il soutient et qu'il a soutenu à plusieurs reprises lorsqu'on lui a posé cette question présente une certaine dose évidente de légitimité en ce sens que plus nous finançons le système de santé public, plus ce système répond aux besoins, moins on est tenté—dans certains milieux du moins—de vouloir le privatiser ou encore de créer un système privé parallèle. Mais il y a ici des questions différentes : il y a celle du système privé parallèle, et il y a aussi celle du système public de services assurés, mais de services qui sont fournis par des entités privées à but lucratif.

Le ministre m'a donné l'impression qu'après avoir offert ces 41 milliards de dollars, il a la conviction que c'est précisément ce que le gouvernement fédéral va faire. Alors je lui demande ceci : que peut faire le gouvernement fédéral, que serait-il prêt à faire, s'il devenait évident qu'il ne s'agit pas—dans certaines provinces à tout le moins—d'une question de ressources, mais plutôt d'une question de préférence idéologique? Par exemple, une des provinces dans lesquelles on parle le plus facilement et avec le plus de préférences de la privatisation est l'Alberta, une province riche. Il ne s'agit donc pas d'une question de ressources mais bien d'une question de préférence philosophique.

Je sais bien qu'à l'heure actuelle, nous avons un système où les deux interviennent, mais si nous devons connaître une nouvelle épidémie de privatisation, avec des services fournis par des entités privées à but lucratif—même des services assurés—, qu'est-ce que le gouvernement fédéral serait prêt à faire? À moins que vous ne considériez que cela est exclusivement du ressort des provinces et que nous n'avez en l'occurrence ni responsabilités, ni inquiétudes politiques?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je vous remercie de me poser la question. Je me souviens, lorsque nous avons parlé de la clinique de Montréal, que même vous aviez alors le sentiment qu'il pourrait ne pas y avoir violation de la Loi canadienne sur la santé.

Je pense qu'il faut absolument dire que 30 p. 100 des soins de santé au Canada sont déjà dispensés par le privé, les médecins, par exemple. Et d'ailleurs, j'ai pris connaissance d'un chiffre fort intéressant—non pas pour ajouter de l'eau au moulin de l'Alberta, mais pour être bien franc à ce sujet—en l'occurrence c'est en Alberta que le pourcentage de soins dispensés par le privé est le moins élevé, et que toutes les autres provinces sont beaucoup plus privatisées, par exemple, au niveau des médecins.

Je pense donc que cela est important, mais il est tout aussi important que le gouvernement fédéral voie de quels instruments il dispose, et l'instrument dont nous disposons, c'est finalement la Loi canadienne sur la santé. Cette loi interdit déjà la surfacturation et le contournement des listes d'attente, et j'ai dit très clairement que nous allions la faire respecter. D'ailleurs, mon ministère a écrit aux quatre provinces avec lesquelles nous étions en pourparlers avant d'être interrompus par les élections pour leur signaler des infractions possibles à la loi.

Je suis donc prêt à faire respecter la loi, et l'outil dont je dispose, c'est la loi.

• (1620)

L'hon. Bill Blaikie: Vous avez dit que la Loi canadienne sur la santé exposait très clairement les cinq piliers du système et qu'elle condamnait également la surfacturation et les frais d'utilisation. Par contre, elle n'est pas vraiment explicite en ce qui concerne le contournement des listes d'attente, une chose qui pose manifestement problème parce que c'est une violation des principes de la loi. Si les

provinces permettent ce genre de choses, si elles permettent à des gens de se faire diagnostiquer parce qu'ils ont les moyens de payer, et donc d'être traités plus rapidement sur la foi de ces analyses, cela est pour vous une violation de la loi. C'est cela que vous nous dites? Allons-nous pouvoir constater à quel point ce genre de phénomène est fréquent, et où il se produit, dans le rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé que vous allez déposer au Parlement?

L'hon. Ujjal Dosanjh: En réalité, nous sommes déjà en pourparlers avec les provinces à ce sujet.

L'hon. Bill Blaikie: Le Parlement est censé recevoir chaque année un rapport sur les violations de la Loi canadienne sur la santé. En fait, cette prescription n'a pas été terriblement bien respectée depuis l'adoption de la loi et je me demande si vous avez l'intention, maintenant que vous détenez ce portefeuille et que vous dialoguez avec les provinces à ce sujet... Allons-nous voir à un moment donné un rapport qui nous dira quelle est l'ampleur du phénomène et ce que le gouvernement fédéral fait pour y mettre fin? Par exemple, la Loi canadienne sur la santé impose des sanctions aux provinces qui permettent la surfacturation et les frais d'utilisateur. En d'autres termes, quels sont les moyens de pression dont vous disposez et quels sont ceux que vous tenteriez d'utiliser contre les provinces délinquantes?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Pour commencer, vous savez que nous sommes convenus à l'échelle nationale de passer par un mécanisme de règlement des différends. Ainsi, si nous croyons qu'il y a une violation quelconque, si nous avons des preuves... si le contentieux ne peut pas être réglé à l'amiable, nous demandons la constitution d'un groupe d'experts dont un membre est nommé par la province, un est nommé par le gouvernement fédéral, et un troisième est nommé par les deux paliers et fait fonction de président. À ce moment-là, c'est clair, le ministre doit se saisir des recommandations du groupe d'experts et leur donner les suites nécessaires. Je sais qu'il est déjà arrivé que des transferts à certaines provinces aient été ainsi réduits, et je crois savoir que ce renseignement figure dans les rapports produits. S'il y a eu ainsi des réductions cette année, le prochain rapport en fera état.

L'hon. Bill Blaikie: Puis-je encore poser une question, madame la présidente?

La présidente: Il vous reste en fait encore quatre minutes, monsieur Blaikie.

L'hon. Bill Blaikie: Bon sang merci! Excusez-moi, c'est peut-être un peu déplacé de parler de sang au Comité de la santé.

Des voix : Oh, oh!

L'hon. Bill Blaikie : Madame la présidente, pour revenir à toute cette question de la vente de médicaments par Internet, comme la question a été posée, je pense que le ministre a raison de s'y intéresser et de craindre pour l'approvisionnement en médicaments, mais je constate également qu'il a déclaré très catégoriquement que les Canadiens n'avaient pas à craindre de manquer de médicaments. Il faut que les Canadiens le sachent, parce que même ceux qui sont tout à fait favorables à l'idée sont d'avis que pour l'instant, et pour le court terme aussi, nos approvisionnements ne sont pas compromis. Si c'était le contraire, les compagnies pharmaceutiques elles-mêmes éprouveraient des difficultés, surtout en ce qui concerne les médicaments de marque, parce qu'elles sont obligées de fournir le marché; au cas contraire, et dites-moi si je me trompe, la réglementation concernant la mise sur le marché de produits génériques de remplacement s'appliquerait beaucoup plus rapidement. Par conséquent, les fournisseurs de médicaments de marque ont intérêt à ce que le marché canadien demeure bien approvisionné comme il convient. Ai-je raison?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je pense qu'on peut dire en effet que c'est quelque chose qui préoccupe les compagnies pharmaceutiques. C'est également une question qui, dans son aboutissement ultime, me préoccupe aussi parce qu'à mon avis, on ne peut pas continuer comme ça indéfiniment. Si je me souviens bien, j'ai entendu dire par certaines sources qu'il y a actuellement des compagnies pharmaceutiques qui alimentent au compte-gouttes les pharmacies qui vendent sur Internet afin de les pousser à ne plus le faire. Ce que je veux, c'est que notre pays s'attelle résolument mais avec équité à ce genre de question et ne laisse pas les compagnies pharmaceutiques faire la police à sa place.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle je suis intervenu immédiatement en en parlant afin de voir si les pharmaciens et les médecins accepteraient spontanément de mettre un terme à ce genre de pratique.

J'ai la conviction, une conviction fondée sur les renseignements qui m'ont été donnés, que pour l'instant, notre approvisionnement est sûr et suffisant, mais il n'empêche que c'est une inquiétude qui ne me quitte pas et je tiens à ce que les Canadiens le sachent précisément en en parlant.

• (1625)

L'hon. Bill Blaikie: Madame la présidente, je sais que j'aborde un nouveau sujet et que nous en sommes presque à la fin de la séance. Je sais aussi qu'on a déjà posé la question au ministre, mais qu'il vaudra peut-être profiter de sa présence en comité pour expliquer pourquoi le gouvernement agit comme il le fait en ce qui concerne le tabac. Pourquoi intervient-il ou pourquoi semble-t-il se placer du côté des compagnies de tabac dans cette poursuite au sujet de la publicité entourant les cigarettes légères et douces? Cela semble contraire à ce qu'avait fait il y a longtemps le ministre, lorsqu'il était procureur général de la Colombie-Britannique et qu'il avait poursuivi les compagnies de tabac.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Merci de votre question. Je comprends que la situation puisse porter à confusion, et je veux être sûr que nous nous comprenions bien. Je ne connais pas à fond tous les tenants et aboutissants de la question, fort complexe. Ce n'est pas moi le ministre de la Justice, mais je crois savoir qu'on se pose des questions au sujet du recours collectif, qu'on se demande quelle en sera la nature et combien de gens pourront avoir le droit de faire partie du recours collectif; le ministère de la Justice se pose des questions à ce sujet.

C'est le fabricant de tabac qui a mis en cause le gouvernement du Canada, et à titre de tiers, si le fabricant était reconnu responsable, nous aurions à assurer notre part de responsabilité à l'égard des fabricants de tabac pour avoir agi d'une façon qui ne convenait pas.

Mais comme l'affaire est devant les tribunaux, je préférerais m'en tenir à cela. J'ajouterais seulement que notre mise en cause devant le tribunal n'empêche aucunement les particuliers d'intervenir ni de poursuivre le fabricant de tabac, ni même de gagner. Il faut néanmoins faire en sorte que le gouvernement du Canada ne soit pas exposé inutilement à un recours collectif, et voir s'il n'est pas possible de limiter à l'heure qu'il est le nombre de pétitionnaires, plutôt que de laisser le groupe augmenter. Je crois savoir que le ministère de la Justice demandera que l'on retire la mise en cause du gouvernement du Canada et—on ne sait jamais—nous pourrions ne pas avoir à intervenir comme partie prenante, ce qui nous plairait bien.

La présidente: Merci, monsieur Blaikie.

Nous passons maintenant à M. Thibault.

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

Avant de poser mes nombreuses questions, monsieur le ministre, je voudrais vous remercier d'avoir comparu et d'avoir répondu si franchement aux questions. Vous avez dit à mon ami et collègue du Bloc que vous fourniriez la ventilation par province, j'espère que vos chiffres incluront toutes les provinces. Comme le comité s'intéresse à toutes ces questions, j'espère qu'on passera par lui.

En deuxième lieu, j'aimerais vous faire part d'une demande, et j'espère que nous pourrions compter sur les bons offices de votre ministère. Aujourd'hui, tout comme beaucoup de mes collègues, j'ai rencontré trois différents groupes qui sont venus ici, à savoir la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada, la Lung Association of Nova Scotia et l'Association pulmonaire du Canada; nous avons aussi rencontré d'autres associations dont l'objectif est d'enrayer le tabagisme. Les trois groupes en question m'ont parlé de la même chose, à savoir le financement offert aux Instituts de recherche en santé du Canada. À mon avis, la lutte contre le tabagisme pourrait constituer un excellent domaine de recherche.

Notre gouvernement a beaucoup investi dans la capacité de recherche au Canada, dans le secteur de la santé mais aussi dans d'autres secteurs, auprès du Conseil national de recherches, des universités et des chaires de recherche. Les Instituts de recherche en santé du Canada, dont le financement est pluriannuel, pourraient avantageusement profiter de fonds supplémentaires jusqu'à hauteur d'un milliard de dollars, ce qui leur permettrait de se pencher sur certains des secteurs visés. Ce n'est pas une question que je pose, mais une demande que je formule. J'espère que vous y réfléchirez et que vos bons offices serviront à exercer des pressions sur votre ami et collègue le ministre des Finances au moment de ses prochaines consultations budgétaires.

Quant au sujet dont nous sommes saisis aujourd'hui, j'aurais plusieurs questions à poser.

•(1630)

[Français]

D'abord, il s'agit de la question des langues officielles. Dans l'accord de 10 ans, prévoit-on des mesures spécifiques pour répondre à nos responsabilités envers les communautés de langue officielle vivant en situation minoritaire? Dans les dernières années, on a connu des avancées considérables partout au Canada pour les francophones vivant à l'extérieur du Québec et les anglophones vivant au Québec.

On se demande avec inquiétude si le financement va se poursuivre dans deux domaines. Le premier domaine est la formation du personnel en soins de santé, c'est-à-dire les médecins, gardes-malades, techniciens et autres. Le deuxième élément est le projet-pilote pour les soins primaires. Pourriez-vous faire un commentaire à ce sujet?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Merci.

D'abord, au sujet des Instituts de recherche en santé du Canada : le fait est que le premier ministre vient d'annoncer le week-end dernier la création de plusieurs chaires de recherche dans des universités un peu partout au Canada à hauteur de 194 millions de dollars. J'ai également annoncé moi-même, la fin de semaine précédente, que 187 millions de dollars des IRSC seraient consacrés à la recherche partout au pays. J'ai eu moi aussi la chance d'assister au petit déjeuner de ce matin organisé par l'association pulmonaire et j'ai pu rencontrer Miranda et Mackenzie, deux jeunes filles qui aidaient l'association pulmonaire dans sa campagne. Cette rencontre m'a fait grand plaisir.

En ce qui touche les services dans la langue officielle de la minorité, l'accord dit ceci :

Le gouvernement fédéral s'engage à : instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langues officielles afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités.

Le plan Dion comporte également un ou deux autres aspects qui m'intéressent. Outre la formation dont je viens de parler, il y a deux autres secteurs qui font l'objet de financement, dont l'un jusqu'en 2006. Une de mes priorités, c'est de m'assurer que nous pourrions maintenir le financement de cette partie-là du plan jusqu'en 2008. Entre-temps, nous devons faire en sorte que les groupes minoritaires de langues officielles—qu'ils soient anglophones au Québec ou francophones ailleurs au Canada—reçoivent tous les services adéquats dans leur langue.

Je suis moi-même arrivé comme immigrant au Canada... Je suis d'abord allé habiter l'Angleterre, mais je ne parlais pas beaucoup l'anglais. L'anglais n'est pas ma langue maternelle. Lorsque je suis arrivé en Angleterre en 1964, à l'âge de 17 ans, je pouvais lire l'anglais comme un enfant de quatrième année et j'avais à peine quelques mots à mon vocabulaire. Je sais ce que cela signifie que de ne pas pouvoir converser adéquatement avec votre voisin ou avec celui qui est assis à côté de vous dans le train ou dans l'autobus, ou avec qui que ce soit d'autre. Il est beaucoup plus difficile d'avoir accès à des services médicaux lorsqu'on est incapable d'expliquer aux professionnels de la santé ce dont on a besoin et où l'on a mal. Quand on ne parle pas la langue, c'est bien difficile. Tout comme mes collègues dans leurs ministères respectifs, je me suis pour ma part engagé à ce que les services en langues officielles pour les groupes minoritaires soient suffisamment financés et adéquatement offerts dans le secteur de la santé.

L'hon. Robert Thibault: Merci.

J'aimerais aborder un ou deux autres secteurs. D'abord, j'espère que nous nous fixerons comme objectif pour le Canada et pour cette génération-ci de trouver un remède au diabète juvénile. Il vaut la peine de profiter des Instituts de la recherche en santé du Canada pour y parvenir, et de faire appel à des gens comme le Dr Shapiro et de profiter des installations de Montréal.

Je suis préoccupé aussi par la Loi canadienne sur la santé, c'est-à-dire par son application, par la normalisation des soins et des services d'un bout à l'autre du pays, et par la façon dont on peut y parvenir.

J'aimerais que vous nous parliez de l'objectif que nous nous sommes fixés de permettre à 50 p. 100 des Canadiens d'avoir accès 24 heures sur 24 aux services médicaux d'un bout à l'autre du pays. Pour un gars comme moi qui habite dans une région rurale, il semble facile d'offrir des services à 50 p. 100 des Canadiens qui habitent dans des zones urbaines. Mais comment faire pour trouver l'équilibre entre les zones urbaines et les zones rurales? Cela veut-il dire 50 p. 100 de la population canadienne vivant dans les régions rurales? Est-ce que vous allez diviser moitié-moitié entre les régions rurales et les régions urbaines ou est-ce que vous allez faire ce qui est le plus facile? Comment allez-vous faire pour vous allier les provinces sur une question comme celle-ci?

•(1635)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je pense qu'il y a des questions abordées dans l'accord en ce qui concerne la réforme des soins primaires, qui est la première question dont vous avez parlé en ce qui a trait aux soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept. L'objectif, comme je l'ai mentionné précédemment, est d'offrir des soins à 50 p. 100 des Canadiens 24 heures sur 24, sept jours sur sept d'ici 2011. Je pense que cela est très important, mais il est également important que les soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept soient offerts partout au pays, pas seulement jusqu'à 150 milles de la frontière américaine. J'en suis très conscient, et je pense que c'est là un dossier sur lequel nous devons travailler avec les provinces, nous devons les aider à cet égard.

Il y a une disposition dans l'accord en ce qui concerne l'accès aux soins dans le Nord, qui y sont mentionnés spécifiquement. Je veux également que vous sachiez que nous avons mis l'accent sur la télésanté de façon à ce que les collectivités rurales et celles qui sont situées dans le Nord aient accès à des soins de santé de qualité sans avoir à parcourir de longues distances. Cela est un problème, comme vous le savez, dans notre vaste pays. C'est un magnifique pays, mais il comporte des désavantages étant donné les longues distances à parcourir et le terrain difficile. Ce sont là des questions que nous nous efforçons constamment de régler avec les provinces.

Comme vous le savez, nous offrons des soins de santé seulement aux communautés autochtones, et même là... En fait, l'une des choses que nous voulons faire, c'est tenter d'intégrer les régimes de soins de santé de façon à ce que les communautés autochtones puissent recevoir le même niveau de soins de santé que les autres collectivités. Je peux vous dire sans équivoque que nous n'avons pas fait un très bon travail à cet égard. Je suis nouveau dans mes fonctions. Mais le premier ministre a dit très clairement à de nombreuses reprises que nous avions fait un très mauvais travail pour ce qui est d'offrir des soins de santé aux communautés autochtones et que nous devons faire mieux.

L'hon. Robert Thibault: Il ne me reste plus beaucoup de temps, de sorte que j'aimerais poser une dernière question à laquelle j'aimerais que le ministre réponde. Comment pouvons-nous faire respecter la Loi canadienne sur la santé, la normalisation, tout en maintenant l'indépendance des provinces et en reconnaissant qu'il puisse y avoir différents niveaux de services dans différentes régions? Il me semble que cela devrait être assez difficile de trouver un juste équilibre entre les deux.

Étant donné qu'il y a peut-être d'autres personnes qui attendent, nous pourrions peut-être en parler à un deuxième tour de table.

La présidente: Monsieur Lunney.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci, madame la présidente.

Je voudrais commencer par une observation que j'ai entendue précédemment selon laquelle les premiers ministres se rencontreront au début de 2005. Je crois comprendre que l'on parle d'accroître l'offre de professionnels de la santé, la formation et l'embauche de ressources humaines, et de trouver des façons d'accélérer ou d'accroître la reconnaissance des titres de compétences étrangers.

En ce qui concerne la réforme des soins primaires, je vous ai entendu dire il y a une minute, monsieur le ministre, que votre objectif était de faire en sorte que 50 p. 100 des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept d'ici 2011. Cela me semble certainement très valable.

Je voudrais attirer l'attention du ministre sur une étude que j'ai mentionnée à la Chambre l'autre jour. Elle se trouve en fait dans le numéro du 11 octobre des *Annals of Internal Medicine*. Cette étude porte sur la main-d'oeuvre médicale et les soins gérés. Même s'il s'agit d'une étude américaine, elle reflète bien ce qui se fait ici au Canada. Il s'agit d'une étude sur un grand échantillon, monsieur le ministre, soit 1,7 million de patients, dont un million avaient accès à des soins médicaux standards et 700 000 avaient accès en plus à des soins chiropratiques. Cet article est tiré de la revue *Annals of Internal Medicine*. Les médecins disent que les coûts de santé globaux pour le groupe qui avait accès aux soins chiropratiques étaient 12 p. 100 moins élevés étant donné un taux d'hospitalisation moins élevé, des tests de diagnostic moins coûteux et de meilleurs résultats.

Cela correspond à ce que nous avons fait ici au Canada. Pran Manga, de l'Université d'Ottawa, a préparé un rapport pour le gouvernement de l'Ontario en 1998 dans lequel il estimait que 98 millions de dollars... Qu'on économisait environ 100 millions de dollars en ce qui concerne les maux de dos uniquement en Ontario et environ 2,2 milliards de dollars à l'échelle nationale. Je me demande, si l'on parle d'équipes multidisciplinaires pour 2011 dans le cadre de la réforme des soins primaires, si l'on fait quoi que ce soit afin de s'assurer que les ressources en soins de santé qui sont déjà là et qui sont sous-utilisées à l'heure actuelle sont incluses dans la réforme des soins primaires afin d'optimiser les ressources en soins de santé payées par les contribuables canadiens?

• (1640)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vous soulevez là une question importante et épineuse. Il faut que les gens puissent consulter un chiropraticien, s'ils le souhaitent, ou encore un massothérapeute ou un acupuncteur. N'oublions pas qu'il n'y a pas si longtemps que cela que l'acupuncture est devenue légale au Canada.

La question se pose aussi pour d'autres médecines douces et médecines traditionnelles, mais il ne m'appartient pas, en tant que ministre fédéral de la Santé, de dire aux provinces quels services elles doivent payer. Je crois que c'est là, en définitive, la grande

question à laquelle votre question nous amène. Il serait absolument irresponsable de ma part de dicter leur conduite aux provinces. Je sais que les chiropraticiens ont une vaste clientèle et que celle-ci doit continuer à avoir accès à leurs services, mais ce n'est pas à moi de décider s'ils doivent faire partie des équipes multidisciplinaires offrant leurs services jour et nuit, tous les jours de la semaine, selon la formule que nous envisageons d'implanter au pays d'ici 2011. Je pense que vous devriez présenter vos arguments aux provinces.

M. James Lunney: Je trouve étrange qu'au moment où les coûts des soins de santé grimpent en flèche, le ministre refuse de jouer un rôle plus proactif. Il ne s'agit pas de dicter aux provinces leur conduite, mais s'il n'incombe pas au ministre de la Santé de réduire les coûts astronomiques du régime de santé, à qui ces tâches incombent-elles?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je suis un profane qui ne connaît pas tous les aspects de la médecine, bien que j'aie acquis certaines connaissances au sujet des soins de santé. Vous me demandez si un chiropraticien devrait faire partie d'une équipe multidisciplinaire de soins de santé. Je crois que oui, si la chiropractie permet d'offrir des traitements aux patients. Quant à la question de savoir si les provinces devraient assurer les services des chiropraticiens, c'est à elles d'en décider.

M. James Lunney: Monsieur le ministre, vous avez décrit brièvement le rôle élargi du nouveau conseil de la santé, qui publierait un rapport annuel sous la direction du Dr Michael Decter. Qu'est-ce que le conseil de la santé a fait jusqu'à maintenant et sur quoi portera son rapport?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Si je ne m'abuse, le conseil de la santé doit présenter son premier rapport en janvier 2005. Cela était prévu dans l'accord de 2003 qui a créé l'obligation de faire état des progrès accomplis relativement à certains éléments de l'accord.

L'accord de 2004 a conféré au conseil l'obligation de produire chaque année un rapport sur le fonctionnement du régime de soins de santé dans les différentes régions du pays. Naturellement, le conseil décidera peut-être de prendre connaissance des rapports que chacune des provinces prépare à l'intention de ses propres citoyens afin de pouvoir évaluer la situation partout dans le pays, en fonction de points de repère communs et d'indicateurs comparables.

Voilà pourquoi le premier ministre a accordé beaucoup d'importance pendant la campagne électorale à la question des points de repère communs et des indicateurs comparables; voilà pourquoi ils ont une importance primordiale dans cet accord. C'est essentiel pour pouvoir discuter de la réduction des temps d'attente, de l'extension du régime de soins de santé et des progrès accomplis ou non dans l'atteinte de la cible fixée pour 2011, c'est-à-dire d'offrir des soins de santé 24 heures par jour et sept jours par semaine dans 50 p. 100 du pays. Ce rapport sera utile parce qu'il nous permettra de savoir où nous en sommes. Le rapport de l'ICIS sera également utile, particulièrement en ce qui concerne les temps d'attente.

La présidente: Merci, monsieur le ministre, merci, monsieur Lunney.

Monsieur Savage, à vous la parole.

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

Bienvenue, monsieur le ministre. Je voudrais vous offrir mes plus sincères félicitations sur l'accord en matière de santé, et je voudrais féliciter également votre secrétaire parlementaire qui a beaucoup aidé à la conclusion de cet accord. Je le dis très sincèrement.

Je voudrais également vous remercier du financement accru pour les Instituts de recherche en santé du Canada. J'ai eu l'occasion de vous représenter la semaine dernière à Halifax, et nous avons annoncé un financement très intéressant. L'un des grands avantages pour moi—et c'est peut-être dû au fait que j'ai oeuvré au sein de la Fondation pour les maladies du coeur—c'est qu'au financement accordé par le gouvernement fédéral pour les activités de base des IRSC, viennent de s'ajouter des fonds provenant d'organismes de charité, et d'autres organisations, dans de nombreux cas.

Au Canada atlantique, Renée Lyons et Judy Guernsey sont en train de faire quelques études très intéressantes, sur la santé de la population et les régimes de soins de santé. Je pense que cela est important, car les IRSC ont permis aux organisations non seulement de financer la recherche clinique et biomédicale, mais aussi des études très importantes en ce qui concerne la santé de la population et les régimes de soins de santé.

Cela m'amène à toute la question de la promotion de la santé et du bien-être national et de ce que nous faisons à cet égard. Dans cet accord, je crois que le premier ministre Hamm en a discuté. Je sais, à la suite de ces réunions, que la stratégie inclura des efforts pour examiner les facteurs de risque, les activités physiques et des stratégies intégrées en ce qui a trait aux maladies.

Au Canada atlantique, nous avons l'une des incidences les plus élevées de maladies chroniques, cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires, de diabète, qui est hors contrôle, et d'un certain nombre d'autres maladies. Je crois comprendre qu'on est en train de faire quelque chose à cet égard et que les provinces participent. Pouvez-vous me dire si nous aurons une stratégie nationale en matière de bien-être? C'est le terme que j'utilise. Vous pouvez utiliser le terme que vous voulez. Aurons-nous bientôt une stratégie nationale en matière de bien-être?

Mon autre question est liée à celle-ci. Quels sont les points de repère que nous devrions examiner en ce qui concerne l'obésité chez les enfants, l'inactivité, le régime alimentaire, et ce genre de facteurs?

Avant que vous ne répondiez à cette question, je veux tout simplement dire que la Nouvelle-Écosse est encore une fois un chef de file au Canada. Je pense que nous sommes la première province qui ait en fait un bureau de la promotion de la santé. Je félicite le premier ministre Hamm et le gouvernement à cet égard.

Aurons-nous bientôt une stratégie nationale en matière de bien-être? Quels seraient certains des points de repère dans ce domaine?

• (1645)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je crois que les premiers ministres provinciaux se sont imposés une obligation, et nous ont imposé une obligation en ce qui concerne la prestation de soins de santé aux Autochtones, d'établir des objectifs en matière de santé publique et de promotion de la santé publique. Je pense qu'il est important que vous et d'autres sachiez que l'accord comporte tout un chapitre sur la prévention, la promotion et la santé publique.

En fait, à mon avis, dans cet accord, en investissant une somme supplémentaire de 41 milliards de dollars dans les soins de santé, nous avons en quelque sorte mis davantage l'accent sur la promotion, la prévention et la santé publique. Le meilleur exemple de cela est le rôle que joue actuellement l'Agence de santé publique. Nous espérons qu'avec le temps, l'Agence de santé publique jouera un rôle pour ce qui est de répondre aux menaces pour la santé publique et de gérer ce genre de problèmes.

En ce qui concerne la promotion et la prévention, elles jouent un rôle plus important. Ce rôle deviendra important au fur et à mesure

que docteur Canada prendra son élan, qu'il accroîtra sa visibilité au pays, qu'il sera vraiment bien connu dans les salons de la nation et qu'il maintiendra une conversation ou un dialogue avec les Canadiens.

Vous savez qu'à titre de ministres de la Santé, nous participons à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne sur les modes de vie sains, et naturellement, c'est la stratégie dont vous parlez. J'espère que nous serons en mesure de faire des progrès à cet égard sous peu.

Nous savons tous que la prévention et la promotion nous permettront d'économiser des milliards de dollars. Il semble parfois que nous essayons de traiter les symptômes sans nous attaquer vraiment à la cause. Je pense que votre question arrive au moment opportun pour nous rappeler que nous devons poursuivre le dialogue à cet égard.

M. Michael Savage: Pour les 41 milliards de dollars, a-t-on alloué un budget pour ce que nous pourrions appeler la promotion de la santé, ou est-ce qu'il serait possible de le faire?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Cela serait possible, selon les choix que feront les provinces. Je pense, par exemple, qu'une façon de réduire l'incidence des maladies du coeur serait de promouvoir une stratégie de vie saine dans toutes les provinces, de façon à ce que les gens ne se retrouvent pas avec des problèmes cardiaques et sur une liste d'attente. Je sais que les provinces font ce travail. Les ministres de la Santé me l'ont dit. En fait, lorsque nous nous sommes rencontrés, nous avons parlé, en public et en privé, de certains aspects de la promotion et de la prévention de la santé publique. En fait, ma collègue, la Dre Bennett, était assise avec moi et le Dr Butler-Jones était également à la conférence.

• (1650)

M. Michael Savage: Je connais l'engagement de la Dre Bennett, et je dirais que des organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé comme la Fondation des maladies du coeur, l'Association pulmonaire du Canada—Bill VanGorder, de la Nouvelle-Écosse, est ici aujourd'hui—reconnaissent que la promotion de la santé a beaucoup à voir avec le comportement. Il y a cependant des aspects de la promotion pour lesquels je dirais qu'il faut absolument prévoir un budget spécifique, et je pense que le gouvernement pourrait jouer un rôle de leadership à certains égards.

Merci.

La présidente: Merci, monsieur Savage.

Madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, madame la présidente.

Monsieur le ministre, je voudrais d'abord souligner que je suis contente de vous entendre dire que certains problèmes de santé graves touchant les communautés autochtones n'ont pas été abordés. Mon intervention portera sur cette question. J'ai trois questions et une sous-question à vous poser.

Dans un reportage récent sur les problèmes de santé physique et mentale au sein d'une communauté autochtone située au nord de La Tuque, soit les Attikameks, on apprenait que l'incidence de suicide parmi les adolescents était si élevée que c'était devenu un phénomène normal dans la communauté. L'annonce d'un nouveau suicide provoque un peu de chagrin pour une journée ou deux, mais ensuite, c'est terminé. Il arrive que des enfants de 10 ans ayant consommé de l'alcool et présentant des signes de toxicomanie avancée soient dehors après 22 heures. En classe, le lendemain matin, ils sont très indisciplinés, et c'est normal.

Vous parlez de 700 millions de dollars destinés aux problèmes de santé des communautés autochtones. Comment les initiatives dont vous parlez seront-elles choisies? Comment l'argent sera-t-il réparti? Des points de repère seront-ils établis pour évaluer la pertinence des initiatives, de façon à pouvoir corriger le tir, s'il y a lieu? Fera-t-on quelque chose pour évaluer les besoins particuliers de sous-groupes comme les femmes et les enfants des communautés autochtones?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Merci.

Permettez-moi tout d'abord de vous faire part des fonds additionnels qui iront à la santé des Autochtones. On parle de 700 millions de dollars de plus au cours des cinq prochaines années.

• (1655)

[Français]

Mme Nicole Demers: C'est étalé sur cinq ans.

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Oui, au cours des cinq prochaines années. C'est en plus du 1,7 milliard de dollars que nous dépensons annuellement pour la santé des Autochtones. Ce montant sera divisé comme suit.

Il y aura un fonds de transition pour la santé des Autochtones qui sera de 200 millions de dollars sur une période de cinq ans et qui permettra au gouvernement et aux collectivités autochtones de mieux intégrer et de mieux adapter les services de santé—c'est ce à quoi je faisais allusion—de façon à ce que nous puissions intégrer les régimes de soins de santé afin de fournir de meilleurs services et de mieux répondre à leurs besoins.

Deuxièmement, il y aura une initiative de ressources humaines en matière de santé des Autochtones, à raison de 100 millions de dollars sur une période de cinq ans, qui permettra de former davantage de travailleurs de la santé autochtones. Je pense que c'est le même genre de problème lorsque nous parlons des fournisseurs de soins de santé dans la langue de la minorité. Nous devons nous assurer que nous avons des médecins autochtones, des infirmiers et des infirmières autochtones, et d'autres fournisseurs de soins de santé autochtones qui sont mieux à même de faire face à ces problèmes. Ils connaîtront les problèmes instinctivement, car, nous l'espérons, ils auront grandi dans ces collectivités.

Enfin, nous investirons 400 millions de dollars au cours des cinq prochaines années dans les domaines clés de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, notamment de la prévention du suicide, du diabète, la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, et le développement de la petite enfance.

Nous voulons nous assurer que nous faisons des investissements en amont qui porteront fruit et qui nous permettront d'améliorer la santé des Autochtones.

L'autre question que vous m'avez posée, c'est comment nous allons nous y prendre. Vous vous rappellerez que le premier ministre a organisé une table ronde autochtone en avril dernier. À la suite de cette table ronde, il a été recommandé de tenir plusieurs discussions sectorielles. L'une de ces discussions devait porter sur la santé des Autochtones, et devait réunir des représentants et des organisations autochtones de partout au pays, des experts et des représentants du gouvernement. Cette discussion a eu lieu il y a quelques semaines ici à Ottawa, et a réuni une centaine de personnes de partout au pays venues ici pour parler des questions de santé.

Les ministres de la Santé ont convenu que M. Smitherman et moi-même, à titre de coprésidents de la Conférence des ministres de la

Santé, rencontrerions les coprésidents du comité des ministres responsables des affaires autochtones et ensuite les dirigeants et les représentants autochtones de partout au pays afin d'élaborer un plan pour la santé autochtone. Nous pourrions ensuite tenter de déterminer comment cet argent devra être dépensé, quels seront les critères à respecter, et comment les projets devront être approuvés, de façon à ce que nous puissions commencer à faire un meilleur travail, d'une façon plus coordonnée et permettre aux Autochtones de participer véritablement à l'élaboration de ces politiques et de ce plan.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci. Comment comptez-vous atteindre les objectifs du ministère en matière de soins à domicile en ce qui concerne des groupes tels que les premières nations, les Inuits et les anciens combattants, qui sont sous l'autorité fédérale?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: Nous allons atteindre ces objectifs de la façon dont nous attendons que les provinces le fassent, autrement dit, nous sommes en train de déterminer comment nous atteindrons ces objectifs.

N'oubliez pas que nous avons conclu cet accord au nom du gouvernement fédéral et que nous avons les mêmes obligations de rapport concernant les repères et les indicateurs comparables en matière de soins à domicile. Nous y travaillons déjà au sein du ministère ainsi qu'à l'extérieur du ministère et, comme je l'ai dit, nous avons tenu une réunion à ce sujet récemment. Nous tiendrons d'autres rencontres en vue de dresser un plan pour la santé des Autochtones qui nous permettra de nous acquitter de nos obligations ces prochaines années.

[Français]

Mme Nicole Demers: Je peux poser une dernière question?

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Demers.

Je cède maintenant la parole à Mme Dhalla.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Monsieur le ministre, merci d'avoir pris le temps de venir aujourd'hui, et merci d'avoir fait preuve de vision et de leadership, tout comme le premier ministre et le secrétaire parlementaire, et d'avoir signé cet accord sur la santé.

On a déjà touché quelques mots de la disponibilité des médecins au Canada et vous et moi nous sommes entretenus sur ce sujet. À titre de dispensatrice de soins de santé, j'ai pu moi-même voir les défis auxquels fait face le secteur des soins de santé.

Je crois que les Canadiens ordinaires ont surtout du mal à trouver un médecin. Peut-être pourriez-vous nous en dire plus long sur ce que prévoit l'accord à ce sujet et sur la vision de votre ministère pour ce qui est d'accroître le nombre de médecins et leur disponibilité.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il nous aurait fallu commencer il y a quelques années quand les experts nous ont dit qu'il y avait trop de médecins et d'infirmières. La plupart des facultés de médecine ont réduit le nombre de médecins, le nombre de places en résidence a aussi baissé et nous subissons maintenant les conséquences de ces réductions. C'est malheureux, mais nous devons maintenant dresser des plans bien coordonnés.

Voilà justement pourquoi le gouvernement fédéral a prévu de l'argent—je ne m'en souviens plus exactement, mais je crois qu'il s'agit de 65 millions de dollars—pour l'intégration des diplômés en médecine et pour aider les provinces à régler ces différents problèmes, dont le nombre de places de résidents.

De plus, je crois savoir que l'Ontario ouvrira une nouvelle école de médecine dans le nord de la province, et que l'Université de la Colombie-Britannique et la province, en partenariat avec la University of Northern British Columbia à Prince George, offrent maintenant une partie de la formation médicale dans cette ville. Voilà ce qu'il nous faut. Nous comptons sur les provinces pour ce genre d'initiative et nous serons heureux de les encourager.

Comme vous le savez, l'accord prévoit des fonds à cette fin. Le financement de la formation des ressources humaines est implicite dans les 4,5 milliards de dollars réservés à la réduction des temps d'attente. Pour 2010 et 2011, il y aura, je crois, 250 millions de dollars pour la formation des ressources humaines en santé. Devant l'insistance des premiers ministres des provinces—et ils avaient raison—nous avons reconnu que si on commençait dès maintenant à former de nouveaux professionnels de la santé, on ne pouvait mettre fin au financement de cette formation après quatre ou cinq ans. Le premier ministre Martin s'est donc assuré de prévoir 250 millions de dollars. Le tableau annexé au communiqué de presse du jour indique que 250 millions de dollars seront consacrés expressément à aider les provinces à former davantage de médecins et d'infirmières.

Mme Ruby Dhalla: Ma deuxième question, et l'un de mes collègues l'a déjà soulevée, porte sur l'intégration de la chiropractie aux soins dispensés à l'échelle nationale. Je vous félicite d'avoir accepté de rencontrer les représentants de l'Association des chiropraticiens la semaine dernière.

Quel rôle peuvent jouer les autres professionnels de la santé dans les discussions et la recherche de solutions en vue de relever les nombreux défis auxquels nous faisons face en matière de soins de santé?

• (1700)

L'hon. Ujjal Dosanjh: C'est un dossier beaucoup plus vaste dont nous ne pouvons traiter ici. Il s'agit de l'inclusion de la médecine traditionnelle, qu'elle soit de Chine ou de l'Inde. Il s'agit de permettre les traitements chiropratiques. Comme je l'ai déjà dit, n'oublions pas que l'acupuncture était illégale il y a quelques années—quand j'en ai eu besoin.

Il importe pour nous de comprendre que nous devons rester ouverts aux autres traitements qui sont aussi disponibles. L'inclusion de ces autres thérapies dans notre système dépendra de ce qu'en diront les experts, les praticiens, les infirmières, les professeurs, et les autres. Je ne voudrais pas présumer la façon dont cela sera fait. Je ne suis que le ministre de la Santé. Toutefois, j'estime important de garder l'esprit ouvert et de poursuivre le dialogue.

Ce qui se passe souvent... Je suis avocat et les avocats font régulièrement affaire avec des notaires. Il arrive qu'il y ait des petites guerres de clocher entre ces deux professions. Je reconnais l'importance de ces questions et sans vouloir sembler pontifier, je vous dirai que nous devons surtout garder l'esprit ouvert et poursuivre le dialogue. Notre société a beaucoup évolué dans ce dossier par rapport à il y a 15, 20 ou 30 ans parce que nous sommes restés ouverts à ce qui est offert ailleurs et pas nécessairement ici.

La présidente: Merci, madame Dhalla.

Mme Ruby Dhalla: Pourrais-je ajouter une dernière chose? Je vous félicite de votre volonté d'inclusion. Aussi, quand vous ferez du

lobbying auprès du ministre des Finances, assurez-vous, comme l'a dit mon collègue Mike, que nous avons une stratégie nationale du bien-être car il vaut toujours mieux être proactif et prévenir que se contenter de réagir.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Ce qui me rappelle que je dois me remettre à la course à pied.

La présidente: Merci.

Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): J'aimerais d'abord vous remercier, monsieur le ministre, d'être venu et d'avoir répondu à nos questions, mais surtout d'avoir l'esprit si ouvert à toutes les solutions possibles.

Mes collègues ont tous les deux abordé une question dont je voudrais aussi parler...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Suis-je à un congrès de chiropraticiens.

Des voix : Oh, oh!

M. Colin Carrie: Oui, c'est une invasion.

En ce qui a trait à ce que le gouvernement promet et ce qu'il finit par faire, je me permets de vous critiquer. Je me suis entretenu moi-même avec des chiropraticiens, des infirmières praticiennes, des techniciens ambulanciers et des pharmaciens et tous ces professionnels estiment pouvoir jouer un plus grand rôle dans le système de santé du Canada. Toutefois, en raison de la façon dont on applique la Loi canadienne sur la santé, des considérations financières dissuadent les Canadiens de s'adresser à des professionnels de la santé qui ne sont pas médecins ou qui ne travaillent pas dans un hôpital.

Dans votre rapport, si je peux me permettre de le citer, tous les premiers ministres s'entendent sur un plan d'action fondé sur des « réformes axées sur les besoins des patients afin de veiller à ce que tous les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux services de santé dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin ». Vous avez déclaré que cela n'incombait pas au gouvernement fédéral, mais j'estime que vous pourriez ouvrir la voie à la présentation des médecines douces au public canadien. Voyez-vous des façons d'aider les provinces à ce chapitre?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je crains que vous m'ayez mal compris, et je m'excuse si tel est le cas, car c'était bien involontaire de ma part. Je ne cherchais pas à nier un rôle au gouvernement fédéral à cet égard, car il en a un.

Cela dit, si le gouvernement fédéral n'avait pas suivi l'exemple de la Saskatchewan et n'avait pas veillé à mettre sur pied un système de soins de santé national, nous n'en aurions pas aujourd'hui. Par conséquent, nous avons donc un rôle de défenseur à assumer. Si, à nos yeux, c'est ainsi qu'il faut procéder, alors nous avons la responsabilité de persuader les provinces qu'elles doivent prendre certaines orientations.

Quant à moi, je suis tout à fait disposé à faire ma part en ce sens, de façon novatrice et positive, et je ne veux pas vous donner l'impression que le fédéral n'a pas de rôle à jouer. Au contraire, le rôle du gouvernement est énorme dans ce secteur. Nous dépensons en effet des sommes énormes au nom des contribuables canadiens, et je vous assure que nous allons agir.

Pouvez-vous préciser votre question?

M. Colin Carrie: Eh bien, elle concerne les principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé.

•(1705)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Très bien, oui.

M. Colin Carrie: Je n'ignore pas que vous croyez en ces principes. Permettez-moi cependant de citer le professeur Pran Manga, un économiste de l'Université d'Ottawa. Selon lui, en ce qui a trait à la gestion de la santé, les gouvernements ne comprennent pas le libellé de la Loi canadienne sur la santé. Ainsi, par exemple, l'article de portée générale a pour objet de permettre que les professionnels de la santé les plus appropriés, et pas exclusivement des médecins ou des services hospitaliers, fournissent des soins. Autrement dit, si une condition précise figure dans la loi, c'est parce que cette dernière y a été insérée afin de permettre qu'on rémunère tout professionnel de la santé autorisé et réglementé, en mesure d'administrer le traitement pertinent. Est-ce que le gouvernement fédéral peut veiller à l'application de cette disposition?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vous avez raison, ainsi que le professeur que vous venez de citer, car la Loi canadienne sur la santé porte sur les services fournis par les médecins et les hôpitaux. Toutefois, rien n'empêche les provinces d'inscrire un service sur la liste des services assurés, ni de le rayer de la même liste, sauf peut-être les services hospitaliers et les médecins couverts par la LCS. Vous avez donc raison, mais si les services sont assurés, donc inscrits sur la liste, je crois qu'ils sont couverts par la LCS. Cependant, vous affirmez que nous devrions modifier cette loi afin d'en élargir la portée.

M. Colin Carrie: Non, je préconise d'appliquer les définitions figurant déjà dans la loi. À mon avis, en ce moment, il y a une véritable crise—comme l'a souligné Mme Dhalla—compte tenu de la pénurie de médecins. Un tiers des visites chez le médecin concerne des problèmes musculo-squelettiques— que traitent les chiropraticiens— si bien que si on faisait appel à d'autres professionnels de la santé, on pourrait réduire les listes d'attente. Voilà où je voulais en venir.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je vois. Vous aimeriez qu'on utilise le principe de l'intégralité pour inclure des soins qui ne figurent pas dans la loi ou ne sont pas visés par elle. Ce serait une façon inédite d'interpréter la loi, ce qui ne s'est pas fait depuis longtemps. J'ignore cependant si un tel exercice résisterait à un examen juridique.

L'autre réalité que vous devez garder à l'esprit—tout comme moi d'ailleurs—c'est que nous vivons dans une fédération et que dans ce genre de régime, il est parfois difficile, et jamais souhaitable d'imposer aux provinces une contrainte non voulue dans le texte de loi. Tel est tout au moins l'argument qu'on risque de vous servir en guise de réponse. Toutefois, je n'ignore pas que vous m'avez cité un spécialiste. J'examinerai donc volontiers la question puis nous pourrions en reparler.

La présidente: Je vous remercie, monsieur Carrie.

Madame Chamberlain.

L'hon. Brenda Chamberlain (Guelph, Lib.): Merci, monsieur le ministre.

J'ai quelques questions brûlantes à vous poser. Je crois que les temps d'attente sont la principale source de mécontentement des Canadiens de tout le pays à l'égard du système de santé. Partout où je vais, chaque semaine, on m'intercepte pour me dire : « Je n'arrive pas à avoir l'opération à l'épaule dont j'ai besoin; je n'arrive pas à voir un spécialiste; je n'arrive pas à avoir un rendez-vous avec un médecin généraliste. » Je pense que nous avons un bon système de santé et que la plupart des gens partagent cet avis, mais ce système présente actuellement de graves lacunes.

À votre avis, quand verrons-nous des améliorations? Combien de temps faudra-t-il pour que les listes d'attente soient ramenées à des délais raisonnables?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il serait difficile de donner une date précise, mais il y en a une qui est mentionnée dans l'accord, le 31 mars 2007. Ce jour-là, le gouvernement fédéral et les provinces et territoires de tout le pays devront faire état de progrès appréciables dans la réduction des temps d'attente. Évidemment, d'ici le 31 mars 2007, nous devons réduire et les temps d'attente et les listes d'attente. C'est le seul point de repère que je puisse vous donner.

Il s'agit de l'obligation acceptée par tous les gouvernements représentés à la table. Nous devons nous fier à cet engagement et j'espère que les provinces et territoires, de même que le gouvernement fédéral, seront en mesure de dire aux Canadiens à ce moment-là que nous aurons sensiblement raccourci les délais d'attente.

•(1710)

L'hon. Brenda Chamberlain: J'aurais espéré une autre réponse de votre part parce que, franchement, je ne trouve pas que c'est acceptable. Je comprends que nous devons travailler avec les provinces et qu'il s'agit dans bien des cas d'une question de juridiction provinciale, mais je vous avoue, monsieur le ministre, que les électeurs qui se plaignent à moi qu'ils souffrent et ne peuvent se faire soigner trouveront que deux ans et demi d'attente, c'est long, même si nous faisons des progrès.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vous m'avez peut-être mal compris.

Nous devons commencer à réduire les temps d'attente immédiatement. Nous nous sommes engagés à le faire. Cependant, nous n'avons peut-être pas en main tous les outils qu'il nous faut pour y parvenir. Nous avons besoin de plus de médecins et de plus d'infirmières. Nous devons peut-être acheter plus d'équipement médical. Nous avons l'argent nécessaire dans le Fonds pour la réduction des temps d'attente, mais vous reconnaîtrez qu'il peut être humainement impossible de tout faire aussi rapidement que vous le souhaitez.

Cependant, malgré tous ces facteurs, sachant qu'il s'agit d'une question urgente pour la population canadienne et vu qu'il s'agissait d'un thème majeur de la dernière campagne électorale, tous les premiers ministres se sont engagés à faire état publiquement d'une réduction appréciable des temps d'attente d'ici le 31 mars 2007. Ils ne se sont pas engagés à commencer à réduire les délais d'attente d'ici cette date, mais à signaler d'ici cette date une réduction appréciable des temps d'attente.

Je trouve que c'est une obligation assez lourde, d'autant plus que ceux qui l'ont prise savaient qu'ils ne contrôlent que certains aspects de la situation, qu'il faut du temps pour former les nouveaux médecins, qu'il faudra attendre un certain temps avant que les nouveaux médecins formés à l'étranger puissent exercer, qu'il faudra attendre que les infirmières aient reçu la formation nécessaire et que nous devons apprendre à mieux gérer les temps d'attente. Tout cela va prendre du temps.

Je suis impatient de nature, mais de toute évidence, vous l'êtes encore plus que moi.

L'hon. Brenda Chamberlain: Je suis extrêmement impatient dans ce domaine. Je pense que nous avons des lacunes graves...

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je suis d'accord.

L'hon. Brenda Chamberlain: Ce n'est peut-être pas faisable, mais je demanderais au ministre de demander un rapport d'étape sur les progrès accomplis à cet égard lorsqu'il rencontrera ses homologues provinciaux. Il me semble trop long de devoir attendre près de deux ans et demi pour réaliser des progrès appréciables. Si le ministre pouvait obtenir un rapport d'étape, je souhaiterais que celui-ci soit transmis à notre comité pour que nous puissions suivre l'évolution de la situation.

Monsieur le ministre, je ne voudrais pas apprendre, après deux ans et demi, que nous n'avons pas accompli de réels progrès. Nous aurions perdu presque deux ans et demi.

Si tout se passe comme vous l'espérez et que les progrès sont réels, ce sera tant mieux. Mais les choses peuvent évoluer autrement. Vous me reprochez peut-être mon incrédulité, mais j'aimerais avoir des rapports d'étape. Est-ce possible?

Des voix : Bravo!

La présidente: Oui, bravo! Nous le souhaiterions tous.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Il faut rappeler tout d'abord que les gouvernements provinciaux ont intérêt à raccourcir les temps d'attente. Cette question les poursuivra lorsqu'ils devront se faire réélire. Les obligations que les différents gouvernements ont prises viennent s'ajouter à l'obligation politique qui existe toujours. Si je ne m'abuse, toutes les provinces doivent déjà présenter un rapport à leurs citoyens sur l'état du système de santé. Ce rapport pourrait donner une idée de l'évolution de la situation.

Tous les signataires sont tenus de présenter chaque année un rapport à leurs citoyens. Ainsi, vous pourrez peut-être prendre connaissance, avant le 31 mars 2007, de rapports indiquant qu'en 2005 et en 2006, les délais d'attente n'ont cessé de diminuer, ou n'ont pas changé. Espérons qu'on apprendra que les temps d'attente ont été réduits.

Si la date du 31 mars 2007 est prévue dans l'accord, c'est parce que tout le monde reconnaissait qu'il ne serait sans doute pas possible de réaliser des réductions appréciables en un an.

L'hon. Brenda Chamberlain: Monsieur le ministre, vous sera-t-il possible de nous transmettre un rapport quelconque à ce sujet dans six mois?

L'hon. Ujjal Dosanjh: Si les provinces présentent de tels rapports, nous pourrions les regrouper et les déposer devant la Chambre. Mais nous sommes à la merci des provinces; ce sont elles qui présentent un rapport à leurs citoyens et nous, bien sûr, nous présentons un rapport sur la prestation des services de santé aux Autochtones.

Savez-vous quand notre rapport doit paraître?

• (1715)

M. Ian Shugart (sous-ministre adjoint, Direction générale de la politique de la santé, ministère de la Santé): D'ici la fin du mois.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Notre rapport paraîtra d'ici la fin du mois. Nous en produirons sans doute un autre dans un an, et vous pourrez savoir si nous faisons des progrès dans ce dossier.

Permettez-moi un commentaire. Certains ont tendance à croire que le gouvernement fédéral jouit de vastes pouvoirs et qu'il lui suffit de claquer des doigts pour que les provinces lui fournissent les rapports. Le Canada est une magnifique fédération, mais comme il arrive dans les meilleures familles, nous avons parfois du mal à nous entendre. C'est pourquoi nous devons faire preuve d'esprit de collaboration et de persuasion. Je crois que les provinces préparent ces rapports sans

l'aide du gouvernement fédéral et je serai heureux de les obtenir pour vous.

L'hon. Brenda Chamberlain: Vous avez dit que les provinces auraient à répondre de cette question aux prochaines élections. Nous tous devons aussi répondre de notre réaction et des progrès accomplis dans ce dossier. Je pense que les Canadiens s'attendaient à des mesures plus concrètes et plus rapides. Voilà ce que je voulais vous dire.

Je sais que mon temps est écoulé, mais j'aimerais exprimer quelques autres commentaires.

Premièrement, je tiens à vous dire que le système de télémédecine est excellent. Nous devrions poursuivre autant que possible dans cette voie parce que c'est une véritable réussite.

Deuxièmement, la pénurie de médecins est grave et il faut y remédier. Les gens ne peuvent pas attendre.

La présidente: Merci, madame Chamberlain.

Madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers: Je vais passer mon tour, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Vous passez.

Monsieur Merrifield, suivi de M. Thibault.

M. Rob Merrifield: Merci beaucoup.

En ce qui concerne la présentation de rapports—et ce qu'a dit Mme Chamberlain est tout à fait vrai—je crois que selon l'accord de 2003, les provinces doivent faire rapport annuellement. Si elles font rapport annuellement, il n'y a aucune raison pour que nous ne puissions obtenir ces rapports—à moins qu'après le dernier accord, cette disposition soit devenue nulle.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je crois avoir dit qu'elles devaient présenter un rapport annuellement de toute façon. C'est dans l'accord de 2003. En fait, un rapport doit être présenté à la fin de ce mois-ci au sujet des indicateurs comparables conformément à l'accord de 2003. Ce rapport est présenté tous les deux ans, mais la plupart des provinces, je pense, présentent un rapport à leurs propres citoyens chaque année de toute façon.

M. Rob Merrifield: Je pense qu'elles font rapport annuellement.

Quoi qu'il en soit, une autre chose qui m'a vraiment frappé concerne le rapport que nous avons préparé et que nous avons déposé à la Chambre. Nous avons eu d'autres informations à ce sujet au milieu de la campagne électorale—une étude qui a été publiée et qui révélait qu'il y avait des événements indésirables dans nos hôpitaux de soins de courte durée. Ce rapport révélait qu'il y avait eu 24 000 décès, je crois, en 2000 attribuables à des événements indésirables dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada.

À cet égard, nous avions eu un nombre important de recommandations concernant les effets indésirables des médicaments et les événements indésirables. Par la suite, j'ai présenté une motion d'initiative parlementaire qui a été adoptée à l'unanimité à la Chambre—eh bien, je ne pense pas qu'elle ait été adoptée à l'unanimité, mais presque—en vue de s'assurer que les effets indésirables des médicaments étaient signalés. Nous savons que seulement de 1 à 10 p. 100 des effets indésirables sont en fait signalés au Canada à l'heure actuelle.

Je me demande ce que vous avez fait jusqu'à présent en ce qui a trait à cette motion et au problème qui est abordé dans cette étude.

L'hon. Ujjal Dosanjh: En ce qui concerne la sécurité générale des patients, je pense que cela est une préoccupation partout au pays, tout comme, en fait, la sécurité des fournisseurs de soins de santé lorsqu'ils traitent des patients difficiles. Je pense que ce sont là des questions qui nous préoccupent tous en général.

Je répondrai plus spécifiquement à vos questions en ce qui a trait aux effets indésirables des médicaments. Nous avons abordé cette question au sein de mon ministère—nous nous sommes demandés pourquoi nous n'avions pas de politique de déclaration obligatoire des effets indésirables au pays. On m'a donné des conseils. Le ministère est en train d'examiner la question. Si cela est avantageux, si nous pouvons sauver des vies, alors nous devons rendre obligatoire la déclaration des effets indésirables des médicaments.

On me dit cependant—et je dirai ceci avec beaucoup de prudence, car je n'ai pas vu les résultats des études—que là où c'est le cas, il ne semble pas qu'il y ait eu un plus grand nombre de déclarations qu'auparavant. On me dit donc qu'il conviendrait d'avoir la déclaration obligatoire au Canada. Cependant, je peux vous dire que je ne suis pas satisfait de cette réponse—je peux vous dire cela. Je continue de faire enquête à cet égard, car je suis d'avis que nous devrions faire de notre mieux pour sauver des vies.

Je crois comprendre que les médecins déclarent volontairement les effets indésirables d'un médicament. Permettez-moi de poser la question à Ian. Je pense qu'il connaît mieux ce dossier que moi.

• (1720)

M. Ian Shugart: Nous avons en fait pris des mesures supplémentaires en mettant en place des systèmes de déclaration dans les hôpitaux et dans d'autres installations primaires au pays. Le ministre a tout à fait raison lorsqu'il dit que la déclaration reste volontaire. Le gouvernement fédéral ne peut imposer aux provinces un système de déclaration obligatoire, puisque c'est un domaine qui relève de la compétence provinciale, ou tout au moins il s'agit là d'une préoccupation qui exige de bien évaluer les domaines de compétence. Nous risquerions d'empiéter sur les compétences des provinces en voulant réglementer la pratique de la médecine.

Pour répondre à la préoccupation du ministère au sujet des événements médicaux indésirables, et plus particulièrement les erreurs d'ordonnance, on a créé un système plus général, avec financement pour déclarer les erreurs médicales, et des institutions comme l'Institut pour la sécurité du patient.

M. Rob Merrifield: Nous allons surveiller avec intérêt les progrès que vous accomplirez dans ce dossier.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Sachez que je serai toujours heureux d'aborder cette question avec vous. Personnellement, je ne suis pas satisfait de ce que nous faisons à l'heure actuelle. Je pense que nous pourrions peut-être et que nous devrions peut-être faire davantage. C'est donc là une question qui me préoccupe.

M. Rob Merrifield: Juste une autre question, madame la présidente?

La présidente: Non, vous avez déjà utilisé 5 minutes 47 secondes.

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Merci, madame la présidente.

J'aimerais faire quelques observations et vous inviter à faire des commentaires.

Tout d'abord, en Nouvelle-Écosse, comme l'ont souligné certains membres du comité précédemment, la plus grande préoccupation pour ceux qui résident dans les régions rurales est l'accès à un

médecin de famille. Ce n'est pas seulement une question de soins de santé, mais cela a également à voir avec l'administration des programmes. Nous demandons souvent à nos anciens combattants, nos personnes âgées, de consulter régulièrement un médecin praticien et de fournir un rapport au gouvernement fédéral. Bien que l'administration des soins de santé relève de la compétence provinciale, souvent dans nos lois, dans nos règlements, et dans l'administration de nos programmes, nous exigeons la signature d'un médecin.

C'est donc peut-être quelque chose que nous pourrions examiner. Dans certaines régions rurales de la Nouvelle-Écosse, nous commençons à mettre en place des infirmières praticiennes—et je félicite le gouvernement actuel de cette initiative—là où il est impossible d'avoir un médecin ou là où il ne serait pas rentable d'avoir un médecin parce que le bassin de population ne sera jamais suffisant. Si les infirmières praticiennes pouvaient faire une partie de ce travail, cela allégerait de nombreux problèmes dans certains cas.

Le père de mon collègue à ma droite a mis en place un excellent programme de soins à domicile et un excellent programme de services ambulanciers en Nouvelle-Écosse qui ont permis de beaucoup mieux desservir que par le passé les régions rurales et toutes les régions. Nous continuons à développer ces programmes.

Dans une région rurale comme la Nouvelle-Écosse—je pense que ce ne serait pas différent ailleurs au pays—lorsque nous demandons aux Canadiens qui ont eu accès au régime de soins de santé s'ils sont satisfaits, la grande majorité nous disent qu'ils en sont très satisfaits. Lorsque nous posons la même question à des Canadiens qui n'ont pas nécessairement eu accès au régime de soins de santé, ils répondent qu'ils sont très préoccupés. Ils sont préoccupés par la durabilité du régime.

C'est là l'élément que vous avez mentionné au départ, lors de votre première intervention, la durabilité du régime de soins de santé. C'est cependant ce qui préoccupe beaucoup les Canadiens, à mon avis, souvent parce qu'ils n'ont pas accès à un médecin de famille. On nous dit souvent que bon nombre de Canadiens n'ont pas de médecin de famille.

Donc, je pense que si on regarde l'accord, et nous avons dix premiers ministres et leurs ministres de la Santé, les trois territoires et le gouvernement fédéral qui nous disent qu'ils en sont très satisfaits, que cet accord nous permettra d'avoir accès à toutes ces choses et assurera la durabilité du régime de soins de santé, alors en tant que résident d'une région rurale de la Nouvelle-Écosse, dois-je comprendre qu'avec le temps, nous aurons tous accès à un médecin de famille, que nous aurons accès dans des domaines critiques d'intervention, dans un délai raisonnable, à des services de chirurgie pour les yeux, les hanches, des services orthopédiques, cardio-vasculaires, de traitement du cancer, de diagnostic, etc.?

Êtes-vous convaincu que nous pourrions réaliser cela, que nous avons fait le travail de base, que nous pourrions dire aux Canadiens qu'ils pourront avoir accès à tous ces services?

• (1725)

L'hon. Ujjal Dosanjh: Vu la volonté des provinces et des territoires, et vu la détermination du gouvernement fédéral à coopérer par tous les moyens afin de résoudre certains de ces problèmes, sans empiéter sur leurs champs de compétence, je pense que c'est réalisable.

Vous parlez de la difficulté d'avoir accès à un médecin. Parfois, il n'est pas nécessaire d'avoir affaire à un docteur en médecine; il pourrait s'agir d'une infirmière praticienne. On touche là à des questions de « champ d'activité », pour utiliser le terme consacré dans les cercles médicaux. Le gouvernement fédéral ne demande pas mieux que de prêter main-forte à toute instance gouvernementale souhaitant résoudre certaines des questions liées aux champs d'activité. Chacun prêche pour sa paroisse; mais il faut parvenir à une solution aussitôt que possible si nous voulons avoir accès aux praticiens dont nous avons besoin.

La présidente: Merci, monsieur Thibault.

Monsieur Merrifield.

Son nom figure avant le vôtre, monsieur Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard: Il faudrait que vous répartissiez le temps un peu plus équitablement. On a eu droit à deux questions, alors que pour leur part, ils en sont à leur huitième. Ça va être la troisième intervention.

[Traduction]

La présidente: Effectivement, je me souviens, à présent. Mme Demers a décliné quand c'était le tour de votre parti, si bien que c'est à vous maintenant, monsieur Ménard.

Puis-je vous demander toutefois d'être aussi succinct que possible?

Des voix : Oh, oh!

La présidente : Si vous avez une question, fort bien. Mais épargnez-nous un discours de trois minutes.

[Français]

M. Réal Ménard: Monsieur le ministre, je n'ai pas compris l'intervention que vous avez faite plus tôt au sujet des cyberpharmacies et de l'option qui se présentait à vous en matière législative.

J'aimerais que vous déposiez au comité l'information que vous avez sur ce qui vous semble réalisable. Quand vous avez dit vouloir amender la loi concernant la question des praticiens, je n'ai pas saisi le lien que vous aviez établi. Pouvez-vous nous envoyer des renseignements par écrit à ce sujet?

[Traduction]

L'hon. Ujjal Dosanjh: L'une des options envisagées par mon ministère, bien que l'analyse juridique ne soit pas achevée, est la modification des règlements qui définissent le terme de « praticien » dans le cadre de la loi en question. Il s'agirait, sans empiéter sur la compétence des autorités provinciales réglementant la pratique médicale, de donner une nouvelle définition de praticien : une personne qui peut prescrire des médicaments à des personnes

résidant au Canada ou en visite au pays. Dès que nous y serons parvenus, nous nous ferons un plaisir de vous mettre au courant.

M. Ian Shugart: Je voulais simplement ajouter, monsieur le ministre, que l'analyse viserait notamment à déterminer s'il faut modifier la loi ou si un changement des règlements suffirait, compte tenu notamment des questions de compétence.

M. Réal Ménard: Ai-je été assez bref?

La présidente: On ne peut plus bref, monsieur Ménard. Faites-en autant la prochaine fois.

Je tenais à vous remercier, monsieur le ministre, au nom du comité. J'ai, toutefois, un petit reproche à vous faire : vous êtes beaucoup trop humble. Vous aimez à répéter que vous n'êtes pas un professionnel de la santé, que vous êtes juste un avocat, juste le ministre de la Santé. Or, à nos yeux, vous êtes le capitaine d'une équipe fédérale de politiciens qui s'intéresse à une meilleure prestation des soins de santé au pays et à la promotion d'une meilleure santé chez les Canadiens. Vous êtes plus qu'un avocat, plus qu'un ministre, vous êtes le capitaine de l'équipe. Nous voulons vous voir faire preuve d'autorité.

L'hon. Ujjal Dosanjh: C'est sans doute un reflet de la culture dont je suis issu. J'ai grandi en Inde, où l'on s'efforce toujours de faire preuve d'humilité, moi, du moins. Je suis d'origine modeste. Dans mon pays, quand on parle en public, la coutume veut que l'on se rabaisse toujours.

• (1730)

La présidente: C'est charmant.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Je reste profondément honoré.

Je vous remercie sincèrement de m'avoir reçu aujourd'hui.

La présidente: Laissez-moi ajouter une chose, monsieur le ministre. Il s'agit des effets indésirables des médicaments. Nous avons, dans la dernière législature, une députée qui ne mâchait pas ses mots, Deborah Grey. Quand nous avons découvert que seules 13 personnes recevaient les appels sur les effets indésirables des médicaments dans tout le Canada, elle s'est moquée du système, le qualifiant de « 1 800 TANT-PIS ». Cela nous a bien fait rire. Mais la question des effets indésirables des médicaments est restée dans la ligne de mire de mes collègues et figure dans notre rapport. Manifestement, 13 personnes ne peuvent suffire pour répondre à des appels concernant des cas pouvant parfois être mortels.

L'hon. Ujjal Dosanjh: Effectivement.

Merci encore de m'avoir demandé de témoigner. J'ai beaucoup aimé cette première prise de contact et je crois que nous devrions poursuivre le dialogue chaque fois que nous le souhaiterons.

La présidente: Fort bien. Merci encore.

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.