



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 024 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 17 avril 2008

Présidente

Mme Joy Smith

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

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

Comité permanent de la santé

Le jeudi 17 avril 2008

• (1110)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bon après-midi, mesdames et messieurs. Je vous souhaite la bienvenue au comité de la santé.

Je dois réserver un accueil particulièrement chaleureux à nos invités de ce matin. Je suis très contente que vous ayez pu vous joindre à nous aujourd'hui et que nous puissions entendre les choses très intéressantes que vous avez à nous dire.

Les représentants du ministère de la Santé sont Karen Dodds, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique de la santé et Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Vous êtes les bienvenus.

Les représentantes de l'Agence de la santé publique du Canada sont Jane Billings, sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la planification et interaction de la santé publique et Arlene King, directrice générale, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses.

Les représentants du ministère des Finances sont Krista Campbell, chef principale. Elle fait partie du bureau du directeur, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale. C'est un titre très long. Nous recevons aussi Yves Giroux, directeur, Politique sociale, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale. C'est un autre titre très long, mais aussi très important. Nous recevons également Jonathan Roy, analyste principal de la politique santé, justice, culture, politiques sociales, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale.

Mesdames et messieurs, conformément à l'article 108(2) du Règlement, à la motion que le comité a adoptée le 13 mars 2008 et à l'article 25.9 de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, le comité commence aujourd'hui la première de quatre réunions au cours desquelles il va procéder à l'examen, prévu par la Loi, du plan décennal pour consolider les soins de santé.

Nous recevons les hauts fonctionnaires du ministère, ainsi que les représentants de l'Agence de la santé publique et du ministère des Finances que je viens de vous présenter.

Madame Dodds, nous allons maintenant entendre votre exposé d'une durée d'une dizaine de minutes, mais comme vous parlez au nom de tous, nous pourrions peut-être vous accorder un peu plus de temps.

Madame Dodds.

Mme Karen Dodds (sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique de la santé, ministère de la Santé): Madame la présidente et membres du comité, bonjour. Merci de me donner l'occasion de décrire les progrès accomplis dans le large éventail

d'initiatives de réforme des soins de santé énoncées dans l'Accord de 2004 sur la santé.

[Français]

Aujourd'hui, dans mon allocution d'ouverture, j'aimerais parler de la nature et du but de l'accord et des progrès réalisés par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada pour remplir les engagements pris dans l'accord.

[Traduction]

L'Accord de 2004 sur la santé est une entente historique conclue par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour renouveler leurs systèmes de soins de santé et rendre de meilleurs comptes à leurs résidents.

• (1115)

[Français]

Dans le cadre de l'accord, les premiers ministres ont établi un plan décennal pour faire en sorte que les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux soins de santé dont ils ont besoin quand ils en ont besoin.

[Traduction]

À cette fin, tous les gouvernements se sont engagés à mettre en oeuvre un éventail complet d'initiatives de renouvellement des soins de santé. Ces initiatives de grande envergure visaient notamment, mais pas exclusivement, à réduire les temps d'attente, réformer les soins primaires et créer des dossiers électroniques de santé, élargir les initiatives de santé publique et de modes de vie sains, appuyer l'innovation et la recherche en santé et améliorer la santé des Autochtones.

Et pour que la population canadienne voit les progrès accomplis par les gouvernements au chapitre de leurs engagements, l'Accord a chargé le Conseil canadien de la santé de rendre compte du rendement du système de soins de santé et de l'avancement de la mise en oeuvre de l'Accord.

[Français]

Aujourd'hui, j'aimerais parler de ce que Santé Canada et l'Agence de la santé publique ont fait dans l'intérêt des initiatives de réforme des soins de santé.

[Traduction]

Je voudrais décrire les engagements financiers qui ont permis aux gouvernements provinciaux et territoriaux d'avancer dans leur renouvellement des soins de santé.

[Français]

Grâce à ce soutien financier, le système public de soins de santé au Canada est sur la voie de la durabilité. Son niveau de financement est prévisible et croissant.

[Traduction]

Pour appuyer l'Accord, le gouvernement du Canada verse un supplément de 41,3 milliards de dollars sur 10 ans aux provinces et aux territoires. Cette somme comprend une augmentation de 35,3 milliards de dollars pour le Transfert canadien en matière de santé, 5,5 milliards de dollars pour la réduction des temps d'attente et 500 millions de dollars pour de l'équipement médical.

À lui seul, le Transfert canadien en matière de santé versera plus de 22,6 milliards de dollars en espèces aux provinces et aux territoires en 2008-2009. L'indexation annuelle de 6 p. 100 portera ce montant à plus de 30 milliards de dollars en 2013-2014.

Outre les transferts fiscaux aux provinces et aux territoires, le gouvernement du Canada a fait preuve de leadership en soins de santé par ses investissements dans les garanties de délai d'attente pour les patients, les dossiers électroniques de santé, la santé publique et la prévention des maladies, et le soutien au Conseil de la santé et à l'Institut canadien d'information sur la santé pour assurer la reddition de comptes à la population canadienne en matière de soins de santé.

J'aimerais vous donner un aperçu de certaines initiatives reliées à l'un des principaux engagements pris dans l'Accord: réduire les temps d'attente.

Étant donné que la responsabilité première de la prestation de services de soins de santé incombe aux provinces et aux territoires, le gouvernement du Canada leur accorde 5,5 milliards de dollars dans le cadre du Fonds pour la réduction des temps d'attente. Ce fonds a permis aux provinces et aux territoires d'investir davantage dans diverses initiatives pour réduire les temps d'attente.

[Français]

De plus, le gouvernement a investi dans l'élaboration de stratégies pour gérer et réduire les temps d'attente dans le cadre de l'Initiative nationale de réduction des temps d'attente.

[Traduction]

Ce programme a appuyé les démarches faites par les professionnels de la santé et les gouvernements provinciaux en vue d'améliorer la gestion des temps d'attente pour les opérations de la hanche et du genou. Il a soutenu le travail effectué pour que l'imagerie diagnostique soit utilisée correctement afin que les patients obtiennent rapidement les soins nécessaires.

À bien des égards, le programme a favorisé le partage des connaissances et l'adoption de pratiques exemplaires en matière de réduction des temps d'attente.

[Français]

Dans la foulée de ces réalisations, le gouvernement a lancé l'idée de garanties de délais d'attente pour les patients, à son arrivée au pouvoir il y a deux ans. Le but était de donner aux Canadiens et aux Canadiennes une meilleure assurance de recevoir les soins nécessaires, au moment où ils en ont besoin.

[Traduction]

À ce jour, les provinces et les territoires se sont tous engagés à instituer des garanties d'ici 2010 et à mener des projets pilotes en prévision de la mise en oeuvre.

Dans le budget de 2007, le gouvernement du Canada a investi plus de 1 milliard de dollars dans les garanties de délai d'attente pour les patients, dont 612 millions de dollars dans la création d'une fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients, que les provinces et les territoires utiliseront comme bon leur semblera pour mettre leurs garanties en place. Cette fiducie comprend un montant

de base de 112 millions de dollars, à raison de 10 millions de dollars par province et de 4 millions de dollars par territoire. Le solde de 500 millions de dollars sera alloué selon un montant égal par habitant.

Le budget prévoyait également 400 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada, pour aider à l'implantation des garanties par la mise en place de systèmes d'information sur la santé et de dossiers électroniques de santé.

Il incluait aussi 30 millions de dollars pour le Fonds des projets pilotes de garanties de délais d'attente pour les patients. Ce fonds offre un soutien aux provinces et territoires pour qu'ils essaient des approches novatrices, y compris offrir aux patients des possibilités de soins de rechange ou des recours lorsque les délais garantis sont dépassés.

De plus, le gouvernement du Canada appuie directement quatre projets pilotes d'essai de garanties. Deux d'entre eux vérifieront les délais de prestation de soins aux diabétiques et de soins prénatals dans certaines communautés des premières nations. Un troisième, géré par St. Elizabeth Health Care, évaluera un modèle de garanties de délai d'attente pour les soins de l'ulcère aux pieds chez les patients diabétiques dans certaines collectivités des premières nations du Manitoba. Le quatrième, réalisé en collaboration avec les 16 centres des sciences de la santé pédiatrique au Canada, portera sur les délais d'attente de chirurgie pour les enfants.

De plus, l'accord a engagé les gouvernements à réformer les soins primaires et à poursuivre la mise au point des dossiers électroniques de santé.

•(1120)

[Français]

Les investissements du gouvernement du Canada dans le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires ont soutenu la réforme en profondeur du système de soins de santé, qui en fait a changé la culture d'organisation et de prestation des soins de santé primaires. De 2000 à 2006, le gouvernement a investi 800 millions de dollars dans ce fonds pour aider les provinces et les territoires et les autres intervenants à améliorer la façon dont les services de soins de santé primaires sont dispensés partout au Canada.

[Traduction]

Ces investissements ont permis de faire davantage de promotion de la santé, de prévention des maladies et des blessures et de gestion des maladies chroniques; d'étendre l'accès aux services de soins de santé tous les jours 24 heures sur 24 grâce à la mise en place de lignes d'information téléphoniques, de créer les outils nécessaires pour la prestation de soins en équipe et de favoriser une meilleure coordination et une meilleure intégration des services de soins de santé grâce à une meilleure utilisation de la technologie de l'information.

Par ailleurs, les nouveaux investissements du gouvernement du Canada dans Inforoute Santé du Canada ont accéléré la mise au point des dossiers électroniques de santé. Ils s'élèvent présentement à 1,6 milliard de dollars, dont 400 millions étaient prévus dans le Budget de 2007. Les provinces et les territoires travaillent tous avec Inforoute Santé du Canada à l'implantation des dossiers électroniques de santé et de la télésanté, qui permettront de donner des soins de santé à la population de façon plus efficace et plus efficiente.

Dans l'accord de 2004, tous les gouvernements ont reconnu que les initiatives de santé publique pour la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures sont essentielles à l'amélioration de la santé des Canadiens et à la durabilité du système de soins de santé.

[Français]

Le gouvernement du Canada insiste davantage sur la santé publique et la prévention des maladies. Il investira un milliard de dollars sur cinq ans dans les préparatifs fédéraux en cas de grippe aviaire et de pandémie de grippe. Il appuiera la Stratégie nationale FPT d'immunisation.

[Traduction]

Cette stratégie vise à consolider l'infrastructure d'immunisation — tel que le soutien en faveur de comités composés de représentants FPT et de spécialistes, et la collecte de données — et à harmoniser les programmes publics des différentes administrations en matière de vaccination des enfants contre le pneumocoque, le méningocoque, la varicelle et la coqueluche. Par l'investissement de 300 millions de dollars sur trois ans prévu dans le budget de 2007, le gouvernement du Canada a fait avancer la stratégie en aidant au lancement de programmes de vaccination contre le virus du papillome humain pour prévenir le cancer du col de l'utérus.

De plus, le gouvernement a mis en oeuvre la première stratégie nationale de lutte contre le cancer au Canada, dans le cadre de laquelle il dépensera 260 millions de dollars sur cinq ans pour appuyer la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, en collaboration avec le Partenariat canadien contre le cancer. En outre, le gouvernement versera 4,2 millions de dollars en 2007-2008 et 5,2 millions de dollars par année par la suite pour aider à l'établissement de la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et du plan d'action connexe.

En novembre 2008, un comité consultatif présentera au ministre des recommandations et des options pour une stratégie nationale exhaustive. Et pour améliorer la qualité de vie des Canadiens et de leurs familles qui sont aux prises avec une maladie mentale, le gouvernement a établi la Commission de la santé mentale du Canada. Le budget de 2007 accordait 55 millions de dollars sur cinq ans pour la commission, et celui de 2008, 110 millions pour les projets de démonstration novateurs de la commission.

[Français]

Par ailleurs, l'accord engageait le gouvernement du Canada à continuer d'investir dans la science, la technologie et la recherche pour l'innovation en santé.

• (1125)

[Traduction]

Au cours des quatre dernières années, le gouvernement a accordé 440 millions de dollars en nouveaux fonds pour des innovations en santé seulement et 1,6 milliard de dollars en nouveaux fonds pour des innovations comportant un volet santé. L'importance de l'appui donné par le gouvernement du Canada à l'innovation en santé s'est traduite par la Stratégie des sciences et de la technologie annoncée par le premier ministre Harper le 17 mai 2007, qui reconnaît les sciences de la santé et de la vie comme un secteur prioritaire.

Il y a encore des inégalités entre l'état de santé des Autochtones et celui du reste de la population canadienne, mais le gouvernement du Canada fait des progrès pour améliorer la situation à cet égard.

[Français]

Nous commençons à voir les résultats des 700 millions de dollars que le gouvernement du Canada a investis sur une période de cinq ans dans la santé des Autochtones à la suite d'un engagement pris lors de la rencontre spéciale des premiers ministres et des dirigeants autochtones en 2004. Il en a découlé des améliorations dans les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, les ressources humaines autochtones en santé et l'adaptation et l'intégration des services de santé fédéraux et provinciaux pour les Autochtones.

[Traduction]

En outre, le gouvernement continue d'investir de nouvelles ressources dans les services de santé. Le budget de 2008 accorde 147 millions de dollars sur deux ans pour stabiliser les programmes de santé actuels, apporter des changements concrets afin d'améliorer l'état de santé des premières nations et des Inuits, et favoriser des améliorations en prestation de soins de santé grâce à une meilleure intégration avec les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Par ailleurs, le gouvernement forme de solides partenariats avec les premières nations et les gouvernements provinciaux. Le plan tripartite pour la santé des premières nations établi entre le gouvernement du Canada, la Colombie-Britannique et le First Nations Leadership Council de la Colombie-Britannique nous aidera à améliorer la prestation des services et l'intégration des services de santé.

[Français]

Nous continuerons de travailler en collaboration avec nos partenaires provinciaux et autochtones afin d'améliorer la santé des Autochtones et de combler l'écart entre les résultats au point de vue de la santé.

[Traduction]

Dans l'accord, les gouvernements se sont engagés à tenir leurs résidents au courant des progrès accomplis pour améliorer le système de soins de santé.

[Français]

Le gouvernement du Canada a toujours fait preuve de leadership pour ce qui est de rendre des comptes au public sur ces questions.

[Traduction]

Dans le cadre de son engagement de plus grande responsabilisation, le gouvernement a publié des rapports fondés sur des indicateurs comparables et des données nationales en 2002, 2004 et 2006. Un autre rapport est prévu pour plus tard cette année.

Par ailleurs, le gouvernement finance entièrement le Conseil canadien de la santé pour qu'il puisse rendre des comptes à la population canadienne sur l'avancement des réformes en matière de soins de santé. Depuis 2004, le Conseil de la santé a diffusé plusieurs rapports publics sur les différents éléments de l'accord.

La population canadienne profite des analyses de données réputées faites par l'Institut canadien d'information sur la santé, dans les domaines des temps d'attente et des dépenses en santé. La transparence et la responsabilisation des systèmes de soins de santé s'en trouvent davantage améliorées.

Le gouvernement a accordé un supplément de 22 millions de dollars par année dans le budget de 2007 pour l'Institut canadien d'information sur la santé, portant ainsi le financement total de cette organisation par le gouvernement du Canada à 81 millions de dollars par année.

Moins de quatre ans après la signature de l'accord, des progrès considérables ont été accomplis au chapitre de la mise en oeuvre des initiatives prévues dans l'accord.

[Français]

Le gouvernement du Canada a accordé un financement durable aux provinces et aux territoires pour les soutenir dans leurs efforts de réforme de leurs systèmes de soins de santé.

[Traduction]

Le gouvernement a fait preuve de leadership en renouvellement des systèmes de soins de santé sous d'autres formes également: en aidant les gouvernements provinciaux et territoriaux à instituer des garanties de délai d'attente pour les patients, en investissant davantage dans Inforoute Santé du Canada pour accélérer la mise au point des dossiers électroniques de santé, et en mettant plus d'accent sur les initiatives de santé publique.

Le renforcement des soins de santé exige du leadership et un partenariat entre les patients, les fournisseurs de soins de santé et les gouvernements. Le gouvernement du Canada continuera de travailler étroitement et assidûment avec tous ses partenaires pour maintenir, améliorer et protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes.

[Français]

Santé Canada et l'Agence de la santé publique appuieront volontiers le comité dans ses travaux d'examen de l'accord. Nous vous donnerons toute l'aide nécessaire pour que l'examen soit une réussite.

[Traduction]

Voilà pour mon mot d'ouverture. Mes collègues et moi-même de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique et de Finances Canada sommes prêts à répondre à vos questions.

Merci.

• (1130)

La présidente: Merci beaucoup, madame Dodds.

Nous allons commencer notre premier tour de questions qui sera de sept minutes chacun.

Nous commencerons par le Dr Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup.

Merci beaucoup à vous tous.

Je suis revenue de Washington hier et je trouve très inquiétant de voir le Canada très en retard par rapport aux autres pays. Qu'il s'agisse des délais d'attente ou des dossiers électroniques ou encore de la satisfaction des patients, nous avons pris beaucoup de retard ces derniers temps malgré les bonnes intentions émises en 2004. Particulièrement en ce qui concerne la réduction des délais d'attente et l'amélioration de l'accès aux soins alors qu'il est dit dans l'Accord qu'il faut réduire les temps d'attente dans les domaines prioritaires, nous ne semblons pas être allés plus loin que les cinq cités en exemple. Nous sommes jugés non seulement par la communauté internationale, mais par les patients pour nos résultats dans tous les autres domaines, que ce soit à l'occasion d'une blessure à l'épaule, d'une consultation en santé mentale ou l'accès à un médecin de famille. La façon dont nous informons les patients de nos progrès sur tous ces fronts me semble préoccupante.

Je m'inquiète également du plan d'action concernant les ressources humaines en santé, pour le recrutement de médecins, infirmières, pharmaciens et technologues. Je ne suis pas sûre que nous avançons comme il le faudrait. Je voudrais particulièrement savoir ce qu'il est advenu des 100 millions de dollars que nous avons accordés pour

accroître le nombre de professionnels de la santé autochtones. Il ne semble pas que cela se concrétise, et c'est la même chose pour les langues officielles, ce qui serait utile pour tout le monde. Vous ne vous étonnez sans doute pas si je vous demande ce qu'il est advenu des buts et des objectifs fixés pour la santé publique? Avons-nous donné suite aux objectifs de santé qui ont été établis avec la participation de la totalité des provinces et des territoires? Avons-nous des objectifs à l'égard des maladies ou des déterminants sociaux de la santé?

Je vais m'arrêter là et ma collègue posera d'autres questions.

Notre système de soins de santé ne sera solide que si les Canadiens peuvent avoir confiance en lui. Il faut que nous puissions leur montrer qu'ils sont aussi bien soignés au Canada qu'ils le seraient ailleurs. Voilà pourquoi les temps d'attente sont si importants. D'autre part, si nous n'avons pas des ressources humaines suffisantes dans notre pays, nous ne pouvons pas aller les recruter dans les autres provinces. Voilà pourquoi cet accord a été conclu, pour que nous ayons suffisamment de professionnels de la santé dans toutes les régions du pays.

Mme Karen Dodds: Je vais commencer par parler un peu des délais d'attente.

Oui, l'accord mentionne cinq domaines prioritaires. On peut dire, je pense, que des progrès ont été réalisés dans ces cinq domaines. L'Alliance sur les temps d'attente a publié aujourd'hui un rapport dans lequel elle attribue certaines notes. Au début de la semaine, l'Association médicale canadienne a été l'hôte de la conférence Maîtriser les files d'attente avec l'appui de Santé Canada.

Même si on a surtout insisté sur les cinq domaines en question, je pense que cela a contribué à centrer davantage l'attention sur les temps d'attente en général et qu'on a cherché à les améliorer dans les autres domaines. Dans ma déclaration préliminaire, j'ai mentionné qu'au niveau fédéral nous avons entrepris certains projets dans d'autres domaines que les cinq qui sont mentionnés dans l'accord, pour la santé des premières nations, les soins prénatals, les soins aux diabétiques et l'ulcère du pied dû au diabète. Je pense que l'on s'intéresse davantage aux temps d'attente et c'est grâce à l'attention que l'accord a dirigée sur ce problème.

L'hon. Carolyn Bennett: Si vous le permettez, pour ce qui est de la répartition du temps de salle d'opération, en fait, les cinq priorités faussent la donne pour les patients qui ont besoin d'autres interventions. En tout cas, c'est ce qu'on m'a dit. Je voulais seulement le mentionner.

Je voudrais vraiment savoir ce qu'il en est des ressources humaines en santé ainsi que du choix des objectifs de santé pour le Canada.

• (1135)

M. Ian Potter (sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Madame la présidente, je peux répondre à la question du Dr Bennett concernant l'Initiative relative aux ressources humaines autochtones en santé et les 100 millions de dollars que le Parlement a accordé pour cette initiative.

Cette initiative devait permettre d'atteindre quatre objectifs précis: doubler le nombre d'étudiants des premières nations, inuits et métis bénéficiaires d'une bourse; doubler le nombre de professionnels de la santé sur 10 ans; accroître du tiers le nombre de directeurs de la santé et augmenter de 50 p. 100 le nombre d'établissements postsecondaires ayant des programmes de soutien pour les étudiants en santé autochtones.

Ce programme se terminera dans deux ans. Nous avons dépensé environ 36 millions de dollars jusqu'à la fin du dernier exercice. Nous sommes en train de l'examiner pour voir où nous en sommes. Je peux vous dire qu'en ce qui concerne les bourses d'études, leur nombre a été multiplié par six depuis 2003-2004. Il y a eu une augmentation importante du nombre d'écoles de médecine et d'écoles de soins infirmiers qui ont des programmes spéciaux pour les étudiants autochtones.

Pour ce qui est des directeurs de la santé, nous avons eu une réunion fructueuse des directeurs de la santé qui gèrent des cliniques et des services médicaux des premières nations. Ils sont en train de s'organiser. Ils établissent des normes de pratique professionnelle et je pense que nous allons voir des progrès importants de ce côté-là.

Nous devrions avoir un rapport à la fin de l'exercice et cela vous fournira davantage de précisions sur ce que nous avons accompli.

Merci.

Mme Karen Dodds: En ce qui concerne les ressources humaines en santé, selon les données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé, des progrès ont été réalisés pour accroître le nombre de médecins et d'infirmières depuis l'Accord de 2004. En 2006, le nombre de médecins en exercice au Canada a atteint 62 307, ce qui représente une augmentation de 4,9 p. 100 depuis 2002, soit plus que l'augmentation de la croissance démographique qui est de 4 p. 100 seulement.

La présidente: Merci, madame Dodds.

Désolée, mais je dois vous arrêter maintenant. Votre temps est largement écoulé.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, madame la présidente.

Merci d'être présents.

Il est clair que ce plan décennal est une intervention dans les champs de compétence des provinces et du Québec. C'est la raison pour laquelle le Québec n'est pas partie prenante de cette entente — grâce à la clause Québec qui a été ajoutée au plan d'intervention.

Cependant, il est quand même intéressant de revenir de façon générale sur deux objectifs qui étaient au cœur de ce plan. D'abord, il y a le délai d'attente avant de voir un médecin. J'ai pu lire dans *La Presse*, en 2007, que le Canada se classait au dernier rang parmi les sept pays qui avaient fait l'objet d'un sondage au sujet du laps de temps nécessaire pour obtenir un rendez-vous avec un médecin.

Depuis la publication de cette étude, le 1^{er} novembre 2007, y a-t-il eu amélioration? Sinon, pouvez-vous commenter les résultats de cette étude?

Ensuite, avoir un meilleur accès à des soins de santé était au nombre des objectifs. Dans un article de presse paru le 9 janvier 2008, j'ai lu que, selon le Sondage national des médecins de 2007, 5 millions de Canadiens n'avaient pas de médecin de famille.

Ce chiffre est-il important ou est-ce peu? Est-ce mieux ou pire qu'avant? Pouvez-vous commenter de façon générale ces données également parues dans les médias?

Mme Karen Dodds: D'abord, je voudrais souligner qu'en vertu de l'accord de 2004, on reconnaît distinctement le désir du Québec d'assumer ses propres responsabilités en ce qui concerne la planification, l'organisation et la gestion des services de santé sur son territoire.

● (1140)

[Traduction]

Y a-t-il eu une amélioration des délais d'attente depuis novembre 2007? Je ne pense pas que nous ayons obtenu des renseignements au sujet des améliorations apportées depuis cinq mois, mais nous en avons sur les améliorations apportées depuis la conclusion de l'Accord, il y a quatre ans.

En ce qui concerne l'accès aux services de soins de santé et des ressources humaines en santé, les provinces ont reçu de l'argent pour prendre les dispositions qu'elles estimaient les meilleures à l'égard des ressources humaines et pour les répartir de la façon qu'elles jugeaient la plus appropriée.

[Français]

M. Luc Malo: Dans l'introduction de votre déclaration préliminaire, vous avez fait référence à un certain nombre d'interventions du gouvernement fédéral en santé. Je pense notamment à la Stratégie de lutte contre le cancer, à la Commission de la santé mentale, à la Stratégie sur la santé cardiovasculaire et au plan de lutte contre l'obésité.

Dans le cadre de ces interventions fédérales, le Québec a-t-il droit à ce qu'on appelle la clause Québec, soit un retrait avec pleine compensation, sans contrainte ni aucune obligation dictée par le gouvernement fédéral?

Mme Jane Billings (sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la planification et interaction de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Ces initiatives, comme la Stratégie de lutte contre le cancer, sont destinées à l'ensemble du Canada. Il n'y a pas de montant spécifique alloué à chaque province. Nous essayons de changer les conditions de vie de tous les Canadiens et Canadiennes.

M. Luc Malo: À votre avis, ce qui était bon pour le plan décennal pour consolider les soins de santé, soit un pouvoir de retrait avec pleine compensation et sans condition pour le Québec, pourrait-il également s'appliquer à ces stratégies, puisqu'elles concernent directement — et on le comprendra bien — des interventions auprès de la clientèle visée, ce qui est une compétence qui est reconnue par tous comme étant celle du Québec et des provinces?

Mme Jane Billings: La question que vous avez posée laissait entendre que les montants étaient alloués à chaque province. Ce n'est pas vrai dans le cas de ces stratégies. Nous n'accordons pas de montant précis à chaque province ou aux provinces qui choisissent de ne pas participer à ces initiatives.

M. Luc Malo: Ma question portait davantage sur le principe plutôt que sur l'application ou les modalités. Lorsqu'on s'entend sur un principe, on peut moduler la pratique.

Pouvez-vous commenter le principe, et non l'application de ces différentes stratégies?

Mme Jane Billings: Ces stratégies sont élaborées à partir d'échanges de renseignements afin d'améliorer les pratiques partout au Canada. Si on doit diviser la stratégie, les résultats ne seront pas aussi bons. Ces stratégies ne sont pas élaborées en fonction du principe dont vous avez parlé.

M. Yves Giroux (directeur, Politique sociale, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale, ministère des Finances): Monsieur Malo, si vous le permettez...

•(1145)

M. Luc Malo: Oui, allez-y.

M. Yves Giroux: Dans le cas de la Commission de la santé mentale, il s'agit de projets de recherche pour déterminer quelles sont les meilleures approches pour traiter les questions de santé mentale. C'est un sujet sur lequel le sénateur Kirby s'est penché. Il a identifié des lacunes importantes dans ce secteur. En vertu du nouveau budget, la Commission de la santé mentale a reçu ou va recevoir 110 millions de dollars, lesquels sont sujets à la sanction royale du projet de loi C-50, afin de mener des projets de recherche dans cinq centres. Ces fonds ne sont pas destinés à la prestation directe de services. Ils ont plutôt pour but de développer des pratiques innovatrices en matière de santé mentale à l'intention de clientèles définies comme étant à risque.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Giroux.

Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

Je vous remercie tous d'être venus aujourd'hui parler d'une question que le comité considère peut-être la plus préoccupante.

Permettez-moi de commencer par les délais d'attente. Comme vous l'avez mentionné, Karen, l'Alliance a présenté son rapport aujourd'hui. Il était plutôt critique. Il attire l'attention sur l'absence de changements importants l'année dernière. Nous savons tous que la réduction ou l'élimination des délais d'attente était une des cinq principales promesses que le gouvernement actuel a faites à l'occasion des élections de 2006. Nous savons que le budget 2007 contenait un engagement sérieux à cet égard. En fait, vous avez parlé d'une garantie de temps d'attente. Aujourd'hui, l'Alliance qui est composée de toutes les organisations des professionnels de la santé a dit que rien n'a été fait en un an.

En ce qui concerne les indicateurs d'accès, la note est passée de « incomplet » à « C-plus ». C'est un changement positif, mais pour ce qui est des objectifs pour les points de repère et l'information sur les temps d'attente, la note est seulement légèrement au-dessus de la moyenne. Dans l'ensemble, ce sont des résultats pitoyables pour un gouvernement qui a promis d'éliminer les délais d'attente.

Je voudrais savoir quelle est la nature du problème. Que fait-on pour y remédier et pour tenir la promesse qui a été faite?

Mme Karen Dodds: La réduction des délais d'attente reste une priorité pour tous les gouvernements. Le nouveau rapport montre que les Canadiens constatent des améliorations chaque année dans certaines régions. Le rapport montre également que les provinces et les territoires tiennent leur engagement de fournir des renseignements utiles aux Canadiens au sujet des délais d'attente. Nous voulons que ces rapports continuent de s'améliorer et nous continuons de constater des améliorations.

L'insistance sur les délais d'attente a eu des effets positifs imprévus. Les professionnels de la santé qui ne se parlaient jamais entre eux ont commencé à le faire. On n'en parle pas toujours dans les journaux ou dans les rapports publics, mais il y a certainement du progrès.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je sais qu'il y a eu de légères, très légères améliorations sur le plan des délais d'attente, mais à ce rythme, les Canadiens ne vont pas voir beaucoup de changements de leur vivant. Je voudrais savoir si vous avez un plan qui va vraiment améliorer la situation, qui sera plus qu'une simple promesse

électorale? Votre ministère est-il en train de s'attaquer sérieusement au problème?

Mme Karen Dodds: Il est évident que nous tenons tous à ce que les choses s'améliorent encore. Le gouvernement y contribue en finançant les Instituts de recherche en santé du Canada qui travaillent à l'établissement de repères et à la collecte d'information.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je comprends. Toutefois, ce problème existe depuis si longtemps que les Canadiens veulent plus que des rapports, plus que de l'information. Lorsqu'on promet aux Canadiens, pendant les élections, de réduire ou d'éliminer les délais d'attente, ils s'attendent à des résultats concrets et pas seulement à de l'information ou un meilleur dialogue.

Je vais laisser cette question de côté pour le moment et aborder un autre sujet important, que ma collègue, Carolyn Bennett, a soulevé: la stratégie concernant les ressources humaines. La stratégie quinquennale touche à sa fin. Nous attendons la prochaine stratégie quinquennale. Nous nous demandons en quoi elle consiste, quand elle sera lancée, qui en sera chargé. Quelles sont les différences par rapport à la stratégie actuelle qui vont vraiment donner des résultats? Après cinq années d'efforts, notre système de soins de santé connaît la pire pénurie de ressources humaines de notre histoire. Nous avons une terrible pénurie de médecins, d'infirmières et de techniciens de laboratoire. Pourtant, le gouvernement fédéral n'a mis en place aucun programme concret pour s'attaquer à ce grave problème.

Est-on en train de préparer une nouvelle stratégie? Planifiez-vous une nouvelle stratégie quinquennale?

•(1150)

Mme Karen Dodds: Les 38 millions de dollars par année que le gouvernement a investi sont maintenus. Il y aura donc d'autres améliorations et de nouveaux changements sur le plan des ressources humaines en santé.

Pour ce qui est de l'accès, selon les renseignements fournis par le Conseil canadien de la santé, 96 p. 100 des Canadiens ont accès à des soins de santé primaires.

Selon certains des renseignements sur les délais d'attente qui ont été échangés à la conférence qui a eu lieu plus tôt cette semaine, les provinces ont éliminé l'arriéré dans certains domaines et elles centrent maintenant leur attention sur les autres.

Par conséquent, nous pouvons nous attendre à voir certains progrès. Je sais que nous voudrions tous que ce soit plus rapide.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je n'ai sans doute pas beaucoup de temps. Permettez-moi de poser trois ou quatre questions.

La présidente: Il ne vous reste qu'une minute.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Êtes-vous en train de préparer une stratégie pour les ressources humaines en santé qui comportera des objectifs pour une période de cinq ou dix ans?

Où est la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques qui faisait partie du plan décennal pour la santé? Ce n'est pas mentionné dans votre rapport, d'après ce que je peux voir. Rien ne nous a été dit à ce sujet. Il n'y a pas eu de réunions. Cette idée semble avoir été abandonnée.

Où est la stratégie des soins à domicile qui faisait partie de l'accord décennal? Et la couverture complète d'un certain nombre de services. Je ne vois cela nulle part.

Où est la stratégie pour les soins de santé dans le Nord?

Voilà mes quatre questions, pour commencer.

La présidente: Votre temps est presque écoulé, madame Wasylycia-Leis.

Madame Dodds, faites de votre mieux pour répondre à une ou deux de ces questions.

Mme Karen Dodds: Pour ce qui est des ressources humaines en santé, je vais répéter que les 38 millions de dollars par année sont maintenus et que nous continuons de travailler avec nos partenaires des provinces sur ce front.

En ce qui concerne les soins à domicile, les provinces donnent suite à leurs engagements à cet égard.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant à M. Fletcher.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, madame la présidente. Je voudrais remercier les témoins pour leur présence ici aujourd'hui.

Je vais faire quelques observations, après quoi je demanderai à nos témoins ce qu'ils en pensent. En ce qui concerne les ressources humaines, une des principales sources dont nous pourrions vraiment bénéficier se situe du côté des diplômés en médecine étrangers et de notre politique d'immigration.

Je voudrais remercier les libéraux d'avoir appuyé notre politique d'immigration. J'espère qu'ils continueront de le faire pour permettre aux diplômés en médecine étrangers de venir rapidement dans notre pays.

Des voix: [Note de la rédaction: Inaudible]

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, au lieu de chahuter, les membres du comité devraient écouter ces observations très importantes.

En ce qui concerne l'Alliance sur les temps d'attente, j'ai ici son rapport. J'ai bien peur que ma collègue du NPd ne l'ait présenté sous un faux jour.

N'oublions pas que nous avons hérité de 10 années de noirceur dans le domaine des soins de santé et le rapport sur les progrès en ce qui concerne les temps d'attente...

Des voix: [Note de la rédaction: Inaudible]

M. Wajid Khan (Mississauga—Streetsville, Ind.): J'invoque le Règlement. Je veux écouter ce que dit le député. Il y a vraiment beaucoup de bruit.

La présidente: Silence, s'il vous plaît. Je demande à tous les membres du Comité de bien vouloir s'en tenir au sujet à l'étude. Merci.

Veuillez continuer, s'il vous plaît, monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Je parle de l'Alliance sur les temps d'attente. La députée néo-démocrate a présenté son rapport sous un faux jour.

Permettez-moi de citer le communiqué de l'Alliance:

On signale par ailleurs des changements notables quant à la mise en oeuvre du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé:

- Indicateurs de l'accès: la note « incomplet » de 2007 est devenue C+ en 2008.

- Objectifs pour les points de repère: la note est passée de D en 2007 à C+ en 2008.

- Information sur les temps d'attente: la note est passée de C en 2007 à C+ en 2008.

La tendance est positive. Les choses s'améliorent. Je suis sûr que les progrès vont continuer. Mais le fait est qu'il y a du progrès. La situation est meilleure qu'avant et l'avenir est prometteur.

J'ai donc trois questions à poser à nos témoins. D'abord, je voudrais que vous nous parliez un peu plus de l'Alliance sur les temps d'attente et également du financement, des 612 millions de dollars accordés pour l'amélioration des temps d'attente. Et il y avait aussi un financement de base, et je me demande combien de provinces et territoires ont reçu le financement de base.

● (1155)

[Français]

[Traduction]

Je voudrais également faire suite aux propos de notre collègue du Québec.

[Français]

Quelle a été la conséquence de l'accord conclu avec le Québec?

[Traduction]

La présidente: Madame Dodds.

Mme Karen Dodds: Une de vos premières questions concernait les ressources humaines en santé et l'initiative concernant les professionnels de la santé qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Cette initiative est en cours. Elle a été lancée pour accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration dans le système de soins de santé des professionnels de la santé éduqués à l'étranger. Le gouvernement consacre à cette initiative 18 millions de dollars par année pendant cinq ans.

Vous avez également demandé des renseignements complémentaires au sujet du rapport de l'Alliance sur les temps d'attente.

M. Steven Fletcher: Et comment fonctionne le financement?

Mme Karen Dodds: La note accordée au temps d'attente pour le remplacement de la hanche est un B; pour le remplacement du genou, c'est un C; pour le traitement du cancer, c'est un A; pour le rétablissement de la vue, c'est un B; pour les soins en cardiologie, c'est un A. Par conséquent, certains de ces résultats sont certainement positifs.

M. Steven Fletcher: Le rapport mentionne des améliorations importantes sur le plan du rétablissement de la vue et du remplacement des articulations.

Je sais que mon temps touche à sa fin, mais je tiens à remercier, au nom du gouvernement, les représentants de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique ainsi que tous les médecins de première ligne qui nous ont permis de réaliser des progrès vraiment très importants dans le système de soins de santé en aussi peu de temps. J'espère que l'opposition officielle va continuer à soutenir notre gouvernement.

La présidente: Madame Dodds, il reste une minute et demie si vous avez quelque chose à ajouter.

[Français]

Mme Karen Dodds: M. Fletcher a posé une question au sujet des fonds accordés aux provinces et territoires. Chaque province a reçu 10 millions de dollars et chaque territoire a reçu 4 millions de dollars.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Fletcher, il vous reste une minute de plus.

M. Steven Fletcher: Vous pourriez peut-être nous dire comment les provinces dépensent les 612 millions de dollars consacrés aux délais d'attente. On les a accusées de dépenser cet argent à d'autres fins. Toutefois, entre le règlement du déséquilibre fiscal et l'Accord sur la santé, n'est-il pas vrai que les provinces ont reçu un bon montant d'argent pour leur permettre de s'acquitter pleinement des responsabilités que la Constitution leur attribue?

Mme Krista Campbell (chef principale, Division des relations fédérales-provinciales, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale, Bureau du directeur, ministère des Finances): Pour répondre aux questions concernant la garantie à l'égard des temps d'attente, la totalité du financement prévu, des 612 millions de dollars, a été accordée aux provinces et aux territoires par le fonds en fiducie. Pour pouvoir obtenir cet argent, les provinces et les territoires ont dû s'engager à l'utiliser d'une certaine façon. Elles doivent rendre des comptes par l'entremise de leurs vérificateurs généraux et de leurs ministères de la Santé. Elles annoncent les mesures prises dans leurs budgets et finalement, elles doivent rendre compte à leurs citoyens et à leur électoralat de la façon dont elles dépensent cet argent.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entamer le deuxième tour, d'une durée de cinq minutes, en commençant par M. Temelkovski.

• (1200)

M. Lui Temelkovski (Oak Ridges—Markham, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente. C'est un plaisir de vous revoir.

Je remercie tous nos témoins.

Je voudrais également remercier le ministère pour son bon travail. Les députés de l'opposition ne sont pas aussi méchants que le gouvernement veut le faire croire.

Sur le budget total de 42 milliards de dollars qui a été consacré à la santé, quel montant a été affecté à la stratégie concernant les médicaments?

Mme Krista Campbell: Le gouvernement a pris un certain nombre d'engagements dans le cadre du nouveau financement. Il y avait un transfert existant pour la santé. Un montant de 41,3 milliards de dollars y a été ajouté et cela comprenait certains engagements à court terme pour les soins de santé et les médicaments. Le Transfert canadien en matière de santé a été augmenté de 500 millions de dollars pour les soins à domicile et les médicaments. Toutefois, ce transfert est versé aux provinces et aux territoires qui déclarent comment elles utilisent cet argent. On ne s'attend pas à ce qu'elles disent qu'elles ont consacré à ceci ou cela un montant de 12 \$. Cet argent s'ajoute à leur budget global pour la santé et elles le répartissent selon leurs priorités respectives.

M. Lui Temelkovski: Il n'y a donc aucune disposition particulière disant aux provinces qu'elles doivent établir une stratégie pour les médicaments en y affectant tel montant d'argent, n'est-ce pas?

Mme Krista Campbell: Elles ont pris des engagements dans l'Accord sur la santé et elles ont reçu des fonds supplémentaires, mais c'est à elles qu'il revient d'établir comment répartir le Transfert canadien en matière de santé entre leurs divers engagements, selon leurs priorités. Elles ont ensuite des comptes à rendre à leurs citoyens.

M. Lui Temelkovski: Je crois qu'un comité a été constitué au sujet de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, n'est-ce pas?

Mme Karen Dodds: La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques a été examinée au niveau fédéral-provincial-territorial. Une des façons dont le gouvernement fédéral soutient cette stratégie — et le comité s'est penché sur le processus commun d'évaluation des médicaments — consiste à financer directement l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, ce qui comprend le Programme commun d'évaluation des médicaments.

M. Lui Temelkovski: Le comité se réunit-il régulièrement?

Mme Karen Dodds: Non.

M. Lui Temelkovski: Ce comité se réunit-il régulièrement pour...

Une voix: Il n'y a même pas un coprésident fédéral. Le Canada se réunit régulièrement.

Mme Karen Dodds: Le comité FPT sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques a publié un rapport en 2006.

M. Lui Temelkovski: Il ne s'est donc pas réuni depuis 2006 pour établir ses priorités et ses objectifs?

Mme Karen Dodds: Je ne sais pas si le comité s'est réuni. Si vous le désirez, nous pourrions vous fournir des renseignements à ce sujet. Nous continuons à travailler avec les provinces pour faire progresser la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

M. Lui Temelkovski: Vous pourriez peut-être aussi nous indiquer le nom du coprésident de ce comité, s'il vous plaît.

Pour poursuivre dans la même veine, pourriez-vous nous dire ce qui a été fait pour l'établissement d'un formulaire national commun pour les provinces et territoires participants?

Mme Karen Dodds: Comme je l'ai mentionné, cela fait partie du travail que l'ACMTS réalise actuellement dans le cadre du Programme commun d'évaluation des médicaments.

M. Lui Temelkovski: Très bien. Y a-t-il du nouveau du côté des médicaments de pointe? Il est dit ici que la Stratégie vise notamment à accélérer l'accès à des médicaments de pointe. Savez-vous si des mesures sont prévues pour accélérer l'accès à ces médicaments?

Mme Karen Dodds: Désolée, mais c'est plutôt une question de réglementation et je n'ai pas la réponse sous la main. Nous allons vous obtenir une réponse.

La présidente: Pourriez-vous adresser cette réponse au bureau de la greffière afin qu'elle puisse la distribuer à tous les membres du comité? Merci, madame Dodds.

M. Lui Temelkovski: Qu'en est-il des stratégies d'achat? Il était mentionné dans l'Accord qu'on établirait des stratégies d'achat pour évaluer les meilleurs prix auxquels les Canadiens pourraient obtenir leurs médicaments. Cet examen a-t-il eu lieu ou sinon, où en est-il? A-t-il été commencé? Est-il en train de se faire? Est-il près d'être terminé? Cela vaut également pour les vaccins.

• (1205)

La présidente: Madame Dodds, pourriez-vous répondre à cette question pour M. Temelkovski?

Mme Karen Dodds: Pour ce qui est des prix et des stratégies d'achat, les efforts ont été centrés sur des modes de gestion non réglementés telles que des négociations de prix et certaines provinces explorent la possibilité de constituer des groupes d'achat multi-latéraux. Également, au niveau fédéral, le Bureau de la concurrence a entrepris une étude des causes potentielles des prix relativement élevés des médicaments génériques et il cherche des moyens d'assurer un meilleur fonctionnement des marchés.

La présidente: Merci, madame Dodds.

Monsieur Tilson.

M. David Tilson (Dufferin—Caledon, PCC): Je crois que l'accord parlait des soins de santé primaires. Je pense que vous y avez fait allusion dans votre déclaration.

Des gouvernements se sont engagés à atteindre l'objectif selon lequel 50 p. 100 des Canadiens auront accès 24 heures sur 24 et sept jours sur sept à des équipes multidisciplinaires d'ici 2011. Un certain nombre d'autres engagements ont été pris. Pouvez-vous nous fournir des précisions quant aux progrès qui ont été réalisés depuis la signature de l'accord en ce qui concerne ces engagements?

Mme Karen Dodds: La totalité des provinces et des territoires ont mis en oeuvre des initiatives en vue de respecter ces engagements et ont également mis sur pied des équipes multidisciplinaires. Presque toutes les provinces ont lancé des services d'information téléphoniques sur la santé fonctionnant 24 heures sur 24 et sept jours sur sept pour permettre au public d'obtenir les conseils d'infirmières et d'autres professionnels de la santé.

De plus, la plupart des provinces continuent à mettre en oeuvre des mesures de renouvellement des soins de santé primaires. Certaines d'entre elles font une meilleure coordination des divers types de services de soins tandis que d'autres améliorent la gestion des maladies chroniques.

La totalité des provinces et des territoires ont accéléré l'élaboration et la mise en oeuvre des dossiers de santé électroniques et de Télésanté, en grande partie en travaillant à des projets avec Inforoute Santé du Canada qui a été financé par le gouvernement fédéral à raison de 1,6 milliard de dollars. Inforoute, les provinces et les territoires ont fait d'importants progrès sur ce front. Par exemple, 54 p. 100 de l'imagerie diagnostique est maintenant sans film et 67 p. 100 des Canadiens sont répertoriés dans les registres des clients.

Le Conseil de la santé a confirmé, dans son rapport de février 2007, que sept provinces et territoires sont en voie d'atteindre l'objectif selon lequel 50 p. 100 des résidents auront un dossier de santé électronique d'ici 2010, même si la totalité des provinces et des territoires poursuivent leurs efforts en vue d'atteindre cet objectif.

M. David Tilson: Je voudrais ajouter quelque chose aux commentaires que Mme Wasylycia-Leis et M. Fletcher ont échangés au sujet de ce rapport. Bien entendu, le rapport indique qu'il y a eu du progrès. L'argent vient du gouvernement fédéral. En Ontario, l'argent provient aussi des primes d'assurance-santé. Je suis de l'Ontario. Les gens ont protesté lorsque cette prime d'assurance-santé a été mise en place.

Je voudrais savoir si les provinces font leur part. C'est nous qui donnons l'argent. Le gouvernement fédéral ne fournit pas les soins de santé. Qu'il s'agisse des temps d'attente ou d'autre chose, les provinces font-elles ce qu'elles se sont engagées à faire dans cet accord?

Mme Krista Campbell: Les provinces et les territoires ont la responsabilité première de la conception et de la mise en oeuvre de

leurs systèmes de soins de santé. C'est à elles qu'il revient de choisir leurs priorités et la façon dont elles desservent leur population.

Le Canada est une fédération très largement décentralisée où les provinces peuvent lever des impôts et décider, dans la plupart des cas, quelles activités taxer sur leur territoire. Quant à savoir si les provinces font leur part d'efforts et fournissent le service que la population attend, c'est à la population de ces provinces de se prononcer sur cette question.

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé en établissant certaines normes nationales, en favorisant la mobilité d'une province à l'autre et en veillant à ce que les programmes comme la péréquation aident les provinces à fournir des services comparables avec des taux d'imposition raisonnablement comparables. Néanmoins, c'est aux provinces de décider et c'est à leur population de dire si elles font assez d'efforts.

Elles ont pris des engagements. Nous constatons des progrès. Le financement est accordé comme il devait l'être. À part cela, comme je l'ai dit, c'est aux provinces de décider.

•(1210)

M. David Tilson: Vous avez donné une bonne réponse. C'est la réponse que nous donnons habituellement.

J'ai une question au sujet du livre que vous nous avez donné. Le tableau 3 parle des temps d'attente. Pouvez-vous m'aider à comprendre ces tableaux? C'est plein de petits points et je ne sais pas ce que cela veut dire. Pouvez-vous me l'expliquer? Je ne comprend pas.

Mme Karen Dodds: Cela a dû vous être fourni par le comité et non pas par nous.

M. David Tilson: Par le comité.

La présidente: Très bien. Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Ménard.

[Français]

M. Serge Ménard (Marc-Aurèle-Fortin, BQ): Merci, madame la présidente.

Je vous remercie d'être venus ici.

Je vais probablement continuer à parler d'un sujet dont on a beaucoup parlé ce matin, mais pour lequel j'aurais vraiment peu de réponses à donner à un électeur qui me demanderait des résultats sur les temps d'attente. Le travail qui est fait est absolument considérable et respectable. Cela démontre que nous vivons dans un pays riche, il faut bien le reconnaître, et que la santé est un sujet de préoccupation. De plus, comme d'autres pays riches, notamment les pays européens, et pas tout à fait comme nos voisins du Sud, nous avons le souci que tous les Canadiens soient égaux devant la maladie et qu'ils puissent bénéficier des développements de la science. Cela peut donc être très positif. De façon générale, le public reconnaît que nous avons un bon système de santé, que quand on entre dans le système de santé, on est bien soigné, avec empathie et toute la qualité technique et scientifique qui peut être donnée aujourd'hui.

Cet objectif de l'égalité de tous devant la maladie fait que bien des citoyens font face à des délais considérables. C'est surtout à ce sujet qu'on entend des critiques du public. Le gouvernement en était conscient. Tous les élus en étaient conscients lorsqu'ils ont établi le plan décennal. Ils y ont consacré, de mémoire, cinq milliards de dollars. Mes concitoyens voudraient bien savoir si cela donne des résultats.

Je vous écoute depuis ce matin et je ne sais vraiment pas quoi leur répondre pour les convaincre. Je peux leur dire qu'on passe de C à B, à C- ou à D, etc. Ce n'est pas dans ces termes que les gens comprennent. Ce que les gens comprennent bien — je me rends compte que c'est peut-être difficile à trouver —, c'est ce que nous donnent souvent les journaux. Pour telle chirurgie, il y a tant de semaines de temps d'attente. Pour telle maladie, il y a tant de semaines ou de mois de temps d'attente. On apprenait ce matin qu'il fallait cinq ans pour obtenir un diagnostic sur l'apnée du sommeil.

Pourriez-vous me dire en termes comme ceux-là si il y a du progrès? Quel est-il? Quel était le temps d'attente quand on a commencé le programme? Quel est-il maintenant? Quel objectif de temps d'attente vise-t-on? Je crois que ce serait bien d'avoir une moyenne, si vous pouvez en faire une, mais j'imagine que cela dépend des sujets. Pourriez-vous m'éclairer? Pourriez-vous m'expliquer, comme à celui qui m'a précédé, ce que je peux consulter sur le tableau? Comment puis-je le vulgariser pour répondre à la principale préoccupation de mes électeurs?

Mme Karen Dodds: Je peux vous donner quelques exemples spécifiques ou concrets et je vais commencer par le Québec.

• (1215)

[Traduction]

Les longues files d'attentes pour la chirurgie de la cataracte ainsi que la chirurgie de la hanche et du genou ont été largement raccourcies. En Ontario, entre novembre 2004 et avril 2007, le temps d'attente pour le remplacement de la hanche a été réduit de 27 p. 100 ou 94 jours et pour le remplacement du genou, il a diminué de 30 p. 100 ou 133 jours. Pour la chirurgie de la cataracte, le temps d'attente a diminué de 41 p. 100 ou 128 jours.

En Nouvelle-Écosse, les femmes âgées de 50 à 69 ans obtiennent près de deux fois plus de mammogrammes qu'au début de la décennie.

En Alberta, 90 p. 100 des patients bénéficiaient d'un pontage coronarien dans un délai de 11 semaines en novembre 2007 alors que le temps d'attente était de 17 semaines un an plus tôt.

Ce sont donc là quelques exemples précis que les gens ont pu constater, je pense.

[Français]

M. Serge Ménard: Si je leur répète ce que vous venez de me dire, ils vont probablement me demander si ce ne sont pas là les meilleurs résultats. Comment juger de l'ensemble? Comment répondre? Ceux qui m'ont précédé vous ont indiqué que le tableau que vous nous donnez dans les rapports sont incompréhensibles. Pourriez-vous nous dire quoi lire dans le rapport et peut-être nous donner des explications...

[Traduction]

La présidente: Votre temps est écoulé.

Madame Dodds, vous pourriez peut-être répondre seulement à cette question pour M. Ménard.

Mme Karen Dodds: Si vous voulez des renseignements précis pour l'ensemble du pays, le Conseil canadien de la santé a publié un

rapport annuel et l'Institut canadien d'information sur la santé a publié, en 2007, un rapport sur les temps d'attente.

La présidente: Merci, madame Dodds.

Madame Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie beaucoup nos témoins de ce matin et de cet après-midi de nous aider à comprendre et à évaluer cet accord. C'est certainement une question importante.

Même si cet accord est en vigueur depuis seulement quatre ans, il suscite beaucoup de questions de la part non seulement des membres de notre comité, mais aussi du public.

J'ai trois ou quatre questions. Je pourrais peut-être simplement les poser et vous laisser y répondre.

Une des choses que je voudrais savoir concerne les temps d'attente dans les domaines ciblés. Nous avons constaté qu'il y avait des améliorations dans ces domaines, mais cela a-t-il des répercussions négatives sur les domaines qui ne sont pas ciblés? Je pense que c'est ce qu'on a laissé entendre ici ce matin. Je ne suis pas certaine qu'on a répondu à cette question et j'aimerais donc connaître la réponse.

D'autre part, une autre question que le Dr Bennett a soulevée concernait la collecte de données. Elle a mentionné, à juste titre, qu'elle pourrait être incluse dans le nombre de médecins et que le chiffre indiqué englobe peut-être des médecins qui n'exercent pas la médecine. La façon dont les données sont recueillies a-t-elle été modifiée ou est-ce que nous tenons compte de ce genre de choses lorsque nous disons que le nombre de médecins a augmenté? Je voudrais que ce soit précisé.

Il y a aussi la question des obligations des provinces. Je sais qu'à bien des égards la prestation des soins de santé est sous la responsabilité des provinces. Le gouvernement fédéral transfère les fonds et les provinces les dépensent. Certaines provinces procèdent-elles de façon différente? Certaines provinces ont-elle mieux respecté leurs obligations concernant les ressources humaines que les garanties de temps d'attente ou la situation est-elle la même d'un bout à l'autre du pays?

En dernier lieu, étant donné qu'il s'agit d'un plan décennal et que nous en sommes à la quatrième année... Quand j'examine les indicateurs figurant dans ce rapport — je les ai vus pour la première fois, il y a 15 minutes à peine — je constate que les indicateurs d'accès sont passés de incomplet à C plus, l'établissement de points de repère sur les temps d'attente n'a pas bougé, mais pour ce qui est d'établir les objectifs pour les points de repère, la note est passée de D à C plus; pour la collecte et la diffusion de l'information sur les temps d'attente, la note est passée de C à C plus.

Je pense qu'il y a eu énormément de progrès pendant les quatre premières années de ce plan décennal, mais mes attentes ne sont peut-être pas aussi élevées que celles d'autres personnes. Qu'en pensez-vous? Aviez-vous des attentes plus élevées? Pensez-vous également qu'il y a du progrès? Voilà mes questions.

• (1220)

Mme Karen Dodds: Je vais commencer. Je vais y répondre dans l'ordre où vous les avez posées.

Le Dr Bennett a laissé entendre que l'attention portée aux temps d'attente dans certains domaines pourraient avoir des répercussions négatives dans d'autres domaines. En fait, selon les renseignements fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé, ce n'est pas ce qui se passe et l'attention portée aux temps d'attente dans certains domaines n'allonge pas les temps d'attente dans les autres domaines. Le problème ne se pose donc pas.

En ce qui concerne la collecte des données, les résultats à ce niveau-là, je pense que c'est un des grands avantages qu'il y a de commencer par cibler un certain domaine. Il est évident, par exemple, qu'avant qu'on ne s'engage à réduire les temps d'attente, la plupart des provinces n'auraient probablement même pas pu vous dire quelle était leur durée. Dans certains domaines, la définition du temps d'attente ne fait pas encore l'unanimité.

Par conséquent, les données s'améliorent dans tous les domaines de la santé. Les discussions et le travail concernant les méthodes de mesure améliorent nos données et notre compréhension. Je pense que c'est un énorme avantage qui se répercutera au-delà des domaines ciblés. Comme vous pouvez le constater dans le rapport de l'Alliance sur les temps d'attente et comme vous le direz des organisations comme l'Institut canadien d'information sur la santé, la qualité des données d'une province à l'autre s'améliore avec le temps.

Pour ce qui est des obligations des provinces, un certain nombre de membres du comité ont mentionné que les provinces ont la responsabilité de s'organiser et de fournir les services. Par conséquent, les engagements qui ont été pris diffèrent d'une province à l'autre. Dans bien des cas, cela peut simplement refléter la situation démographique. Les provinces de l'Atlantique, qui ont une population plus âgée, ne feront pas la même chose que l'Alberta et la Colombie-Britannique qui ont peut-être une population plus jeune. Là encore, vous pourrez voir ce qui se passe dans les rapports du Conseil de la santé, pour chaque province.

La présidente: Merci beaucoup, madame Dodds.

Madame Wasylycia-Leis, s'il vous plaît.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci, madame la présidente.

Revenons un instant aux stratégies en matière de ressources humaines en santé. Vous avez dit, je le sais, que le financement va être maintenu, mais vous ne m'avez pas répondu au sujet du plan. Il faut vraiment que nous sachions où sont centrés les efforts du gouvernement fédéral pour remédier à cette situation, à la grave pénurie qui sévit sur de nombreux fronts. Aujourd'hui encore, la Société canadienne de science de laboratoire médical a tenu une conférence de presse où elle a parlé de la très grave pénurie de personnel et du fait que la moitié de nos technologues pourront prendre leur retraite dans huit ans, mais qu'il n'y a aucun plan de recrutement pour s'assurer d'avoir un nombre suffisant de technologues, qui jouent un rôle crucial dans le système de santé.

En ce qui concerne ma première question, une des choses qui préoccupent cette organisation c'est que la formation clinique faisait partie de cet accord décennal et de la Stratégie en matière de ressources humaines en santé. Selon cet organisme, il y a une importante pénurie d'instructeurs cliniques. Lorsque les nouvelles recrues terminent leur formation initiale et commencent à travailler en milieu clinique, nous n'avons pas les moyens de leur fournir une formation et une éducation en cours d'emploi. On fait valoir depuis des années que cela devrait faire partie de la Stratégie en matière de ressources humaines.

Où se situe l'instruction clinique dans la Stratégie en matière de ressources humaines en santé et quel plan a-t-on prévu pour faire

face aux pénuries de personnel dans tous les domaines des soins de santé au cours des cinq prochaines années?

Mme Karen Dodds: Le plan d'action fait suite à la Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé qui a été établie en 2003. Un des aspects de cette stratégie qui a donné le plus de résultats est la collaboration permanente qui a lieu dans le cadre d'un processus FPT et qui comprend l'engagement des parties prenantes. Il y a une collaboration entre les participants pour le partage et la centralisation des données, l'identification des obstacles et le partage des pratiques exemplaires. Il est certain que la planification vise à assurer un effectif adéquat de professionnels de la santé des différentes catégories. Elle s'appuie sur le travail qui a été fait sur les relations de travail et l'information sur les relations de travail dans le secteur de la santé qui est recueillie dans la base de données sur les relations de travail dans les différentes provinces, de même que sur le travail portant sur l'éducation interdisciplinaire ou interprofessionnelle et l'investissement dans l'enseignement postsecondaire. Cela comprend le financement fédéral dans le cadre de l'Initiative de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient. Cette initiative vise à faire en sorte que les infirmières puissent travailler avec les médecins, que les physiothérapeutes puissent travailler avec les infirmières, que les différents professionnels de la santé puissent bien travailler ensemble.

● (1225)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Le problème, dans le cas des technologues, est qu'il faudrait une capacité de formation suffisante pour leur permettre d'exercer cette profession.

Qu'a-t-on fait pour remédier à ce problème qui a déjà été reconnu? Le gouvernement fédéral investit-il des ressources dans les systèmes provinciaux pour augmenter la formation clinique? A-t-il prévu un fonds pour qu'on puisse former davantage d'infirmières? Y a-t-il un fonds pour augmenter le nombre de places disponibles pour les médecins?

Ce n'est pas une idée étrangère. C'est une chose que le gouvernement canadien a fait par le passé. Il a joué un rôle actif pour augmenter la capacité de formation et les possibilités d'éducation afin que nous n'ayons pas une grave pénurie de personnel comme celle à laquelle nous sommes confrontés. Le problème est imminent.

Le gouvernement fédéral doit comprendre l'urgence de la situation. Il doit bien y avoir un objectif, des activités, une stratégie, de l'argent, une idée, quelque chose dont vous pourriez nous parler aujourd'hui.

Mme Krista Campbell: Oui, les provinces et les territoires peuvent utiliser les fonds qui leur sont accordés par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé afin de se doter des ressources humaines nécessaires pour répondre à leurs diverses obligations.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Y a-t-il de l'argent supplémentaire pour cela?

La présidente: Désolée, madame Wasylycia-Leis, votre temps est écoulé.

Pouvez-vous répondre rapidement en quelques secondes?

Mme Krista Campbell: En plus du Transfert canadien en matière de santé, il y avait les 5,5 milliards de dollars accordés aux provinces et aux territoires pour la réduction des temps d'attente dans le plan de 2004. Le paiement initial de 4,25 milliards versé par l'entremise d'un fonds en fiducie devait permettre de résoudre rapidement certains problèmes de temps d'attente. Le transfert de 250 millions de dollars qui aura lieu en 2009-2010 se rapporte aux stratégies en matière de ressources humaines en santé. C'est pour que les progrès qui ont déjà été réalisés et qui vont se poursuivre à l'égard des temps d'attente s'accompagnent de fonds réservés pour les ressources humaines en santé.

La présidente: Merci, madame Campbell, pour ces observations très intéressantes et très concises.

Nous passons à M. Khan.

M. Wajid Khan: Merci, monsieur la présidente, et je vous remercie pour votre présence ici aujourd'hui. C'est mon premier jour à ce comité et j'ai beaucoup appris.

Compte tenu de ce que Mme Wasylycia-Leis a dit au sujet des travailleurs de la santé, j'espère que nous pouvons compter sur son appui pour le projet de loi C-50, un projet de loi sur l'immigration. C'est une façon de faire venir des techniciens et des infirmières.

Une voix: [Note de la rédaction: Inaudible]

M. Wajid Khan: Oui, voilà pourquoi je vous demande votre appui.

Comment le gouvernement du Canada contribue-t-il à la mise en marché des innovations canadiennes?

Deuxièmement, il a été question du transfert de fonds aux provinces et aux territoires. Quels sont les fonds qui sont transférés à l'Ontario, et comment le sont-ils?

Mme Karen Dodds: Je vais commencer par votre question concernant l'innovation et la recherche en santé.

Depuis 2004, le gouvernement du Canada a fait des investissements supplémentaires de 440 millions de dollars dans l'innovation en santé et de 1,6 milliard dans l'innovation comportant un volet santé.

Ces investissements servent à financer les quatre piliers de l'innovation et de la recherche. Ils couvrent les coûts directs de la recherche, surtout par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada. Les budgets de 2006, 2007 et 2008 ont augmenté de 17,5 p. 100 le budget de base annuel de cet organisme qui se chiffre maintenant à 820,1 millions de dollars. Cela comprend les coûts indirects de la recherche qui sont financés sous forme de subventions aux établissements postsecondaires de tout le pays. Ce financement est accordé directement aux meilleurs étudiants et aux meilleurs chercheurs. Cet argent finance également l'infrastructure, principalement par l'entremise de la Fondation canadienne pour l'innovation qui a investi 3,75 milliards de dollars dans des projets d'infrastructure aux quatre coins du pays, au cours de la dernière décennie.

Pour ce qui est des provinces particulières, ma collègue va...

• (1230)

Mme Krista Campbell: En ce qui concerne le financement accordé à l'Ontario, la province obtient cette année environ 4,1 milliards de dollars par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé. Elle reçoit de l'argent dans le cadre de la fiducie récemment établie pour l'immunisation contre le VPH. La Fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients qui a été lancée dans le Budget de 2007 ainsi que le financement accordé par la

Fiducie de 2004 pour la réduction des délais d'attente font partie de l'accord.

Nous pouvons vous donner les chiffres exacts, mais ils se trouvent également dans le site Web du ministère des Finances.

M. Wajid Khan: Merci beaucoup.

Me reste-t-il du temps?

La présidente: Il vous reste deux minutes.

M. Wajid Khan: Il me reste beaucoup de temps. Très bien.

Si nous examinons le rapport de l'Alliance sur les temps d'attente — l'avez-vous sous les yeux? — à la page 1, pour l'Ontario, il y a la note A pour la hanche, A pour le genou, A pour le cancer et A partout. Pourriez-vous me dire si c'est la note réelle ou si c'est la différence entre la situation telle qu'elle était hier et telle qu'elle est aujourd'hui? Comment faut-il comprendre ce graphique pour l'Ontario?

Des A partout. C'est parfait. C'est le meilleur élève de la classe.

Mme Karen Dodds: Les A indiquent que 80 p. 100 à 100 p. 100 de la population reçoit des soins dans les délais prescrits.

M. Wajid Khan: C'est un bon résultat, n'est-ce pas?

Croyez-vous que les objectifs de temps d'attente qui sont fixés pour 2010 et 2011 sont réalisables compte tenu des progrès actuels?

Mme Karen Dodds: Les provinces ont choisi un domaine prioritaire et nous croyons qu'elles tiendront leurs engagements d'ici 2010. Par exemple, en Ontario, l'intervention prioritaire est la chirurgie de la cataracte et le délai est de 26 semaines. Le Québec a quatre domaines prioritaires. Pour le cancer, le délai fixé pour la radiothérapie est de huit semaines. Pour les remplacements d'articulations et la chirurgie de la cataracte, la province n'a pas encore fixé de délai. Par conséquent, nous savons quels sont les domaines prioritaires et les temps d'attente prévus.

Mme Krista Campbell: Excusez-moi. Je voudrais corriger une erreur, car il y a trop de petits chiffres dans mes tableaux. Le Transfert canadien en matière de santé dont l'Ontario bénéficie se chiffre à 8,6 milliards de dollars.

M. Wajid Khan: Merci beaucoup pour cette correction.

La présidente: Merci beaucoup, madame Campbell, pour votre correction et pour vos observations intéressantes.

C'est maintenant au tour de M. Dhaliwal qui va partager son temps avec Mme Bennett. Vous n'avez que cinq minutes.

M. Sukh Dhaliwal (Newton—Delta-Nord, Lib.): Vous pourriez me donner quatre minutes et demie et lui donner 30 secondes.

La présidente: Je vais répartir ce temps minutieusement.

M. Sukh Dhaliwal: Merci, madame la présidente.

Je souhaite la bienvenue aux personnes de talent qui sont ici. Je ne vais pas entrer dans des considérations politiques. Je vais être très direct. Autrement, je peux parler pendant des heures, comme M. Fletcher l'a déjà dit.

La dernière fois que le ministre de la Santé est venu, il n'avait pas la réponse aux questions que je vais vous poser. Combien de millions de personnes au Canada n'ont pas un médecin de famille à leur disposition? Pouvez-vous me fournir ce chiffre, s'il vous plaît?

Mme Karen Dodds: Selon les données, il s'agit de 4 p. 100 des Canadiens.

M. Sukh Dhaliwal: Je veux savoir combien de millions. Pouvez-vous me donner des chiffres afin que les gens puissent facilement comprendre?

Mme Karen Dodds: Notre collègue des Finances a fait le calcul et dit que c'est 1,3 million.

M. Sukh Dhaliwal: Il y a 1,3 million de gens qui n'ont pas de médecin. Pouvez-vous me dire combien il y a, au Canada, de médecins diplômés à l'étranger qui n'exercent pas la médecine?

Mme Karen Dodds: Nous n'avons pas ce chiffre. Je ne pense pas que nous puissions l'obtenir.

M. Sukh Dhaliwal: Savez-vous que la garantie de temps d'attente est reliée à la pénurie de professionnels de la santé?

•(1235)

Mme Karen Dodds: Je ne suis pas certaine d'avoir bien compris la question.

M. Sukh Dhaliwal: Quand nous disons que les temps d'attente ne cessent de s'allonger, le problème est dû, en partie, à la pénurie de professionnels de la santé.

Mme Karen Dodds: Il ressort de la discussion que nous avons eue ce matin et des renseignements que divers organismes ont déposés que les temps d'attente raccourcissent.

M. Sukh Dhaliwal: Ce n'est pas ce que je vous demande.

Voilà pourquoi je voulais en être sûr. Le problème est dû en partie à une pénurie de professionnels de la santé. Répondez par oui ou par non, s'il vous plaît.

Mme Karen Dodds: Je pense que l'attention qui est accordée aux ressources humaines en santé, le fait que le gouvernement fédéral accorde 38 millions de dollars aux provinces pour les ressources humaines en santé montre que nous comprenons l'existence d'un problème et que les provinces prennent les mesures qu'elles jugent les plus efficaces pour augmenter les ressources humaines en santé.

M. Sukh Dhaliwal: Très bien.

Je vais revenir sur cette question. Le gouvernement a essayé de créer une agence. Il a fait une promesse au cours de la dernière campagne électorale, mais il a trahi cette promesse. Il a plutôt créé...

Une voix: Je pensais que vous ne vouliez pas parler de politique.

M. Sukh Dhaliwal: Ce n'est pas de la politique. Je reviens à ma question.

Il a plutôt créé une agence. J'ai voyagé dans de nombreux pays, en Europe, en Europe de l'Est, en Asie du Sud, et je vois que là-bas, les professionnels de la santé sont au moins aussi compétents que ne l'exigent les normes canadiennes. Je vois beaucoup de Canadiens qui vont dans ces pays pour recevoir des soins médicaux...

La présidente: Monsieur Dhaliwal, vous parlez depuis trois minutes. Vous avez partagé votre temps avec le Dr Bennett.

M. Sukh Dhaliwal: J'ai dit quatre minutes et demie.

Plus de 6 000 étudiants nés au Canada étudient la médecine, mais au lieu de revenir au Canada, ils vont aux États-Unis, parce que les États-Unis ont fait ce qu'il fallait. Ici, le gouvernement fédéral ne crée pas de places en résidence pour les étudiants nés au Canada qui ont fait des études en médecine à l'étranger. Que fait le gouvernement pour résoudre ce problème?

Mme Karen Dodds: Je voudrais dire deux choses.

La première est qu'une initiative et des fonds ont été prévus pour ramener au Canada et reconnaître les professionnels de la santé qui ont fait leurs études dans d'autres pays. D'après les dernières statistiques dont j'ai eu connaissance, récemment, les médecins nés au Canada ont été plus nombreux à revenir au Canada qu'à partir aux États-Unis.

M. Sukh Dhaliwal: Ce n'est pas vrai.

M. Yves Giroux: Si vous le permettez, j'ajouterais que la reconnaissance des titres de compétence étrangers est du ressort des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral ne peut pas faire grand-chose sur ce plan. Nous avons toutefois établi un bureau pour la reconnaissance des titres de compétences étrangers afin de diriger les gens vers les autorités compétentes dans les provinces et les territoires.

L'hon. Carolyn Bennett: J'ai été plutôt déçue par ce que le ministère a proposé. Comme toutes les modalités de financement que prévoit l'accord exigent que les provinces se conforment aux dispositions concernant les rapports, je voudrais proposer que les fonctionnaires préparent un rapport officiel sur les progrès réalisés à l'égard de chacun des 10 aspects de l'accord sur la santé de 2004 et qu'ils le remettent à la greffière d'ici le 1^{er} mai 2008 afin que nous puissions le lire avant d'examiner cette question le 6 mai. Ce rapport doit inclure la ventilation du financement des temps d'attente, les 5,5 milliards de dollars, l'état des progrès réalisés sur le plan des temps d'attente dans chaque province et territoire, pour chacun des cinq domaines prioritaires désignés dans l'accord de 2004...

La présidente: Docteur Bennett, si vous le permettez, M. Fletcher invoque le Règlement.

Allez-y, monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Merci, madame la présidente.

Je pense que nous devons centrer notre attention sur les témoins. Je ne crois pas qu'il soit souhaitable de présenter une motion maintenant. Nous venons tout juste de commencer nos audiences. Si nous pouvons continuer nos questions, j'en ai quelques-unes à poser. Je pense que nous devrions poursuivre la séance comme convenu.

•(1240)

La présidente: Merci, monsieur Fletcher.

Un instant, docteur Bennett.

Cette motion est recevable. Vous pouvez la proposer maintenant. Nous recevons toutefois des témoins aujourd'hui. Le fait est que nous sommes ici pour entendre ces témoins. Le moment est mal choisi pour débattre de la motion, mais nous pourrions peut-être le faire à une autre réunion.

Docteur Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: Non, votons maintenant sur cette motion et nous saurons que les fonctionnaires prépareront...

Une voix: Le vote.

Des voix: [Note de la rédaction: Inaudible]

La présidente: Silence, s'il vous plaît.

Nous pouvons voter immédiatement. Le comité peut le faire.

Monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, c'est tout à fait inhabituel. Cela fait maintenant près de quatre ans que je siége à ce comité. Je ne me souviens pas d'une seule fois où une motion a été proposée au milieu des témoignages. De plus, je pense que cette motion est prématurée étant donné que nous n'avons même pas fini l'audition des témoins.

La présidente: Un instant, s'il vous plaît.

Nous allons d'abord entendre Mme Dodds, mais le fait est que la motion peut être mise aux voix. C'est une possibilité.

Madame Dodds, vous aviez une question?

Mme Karen Dodds: Le Conseil de la santé du Canada doit faire rapport des progrès réalisés dans les domaines visés par l'accord. Son dernier rapport date de novembre 2007. Le prochain doit être publié dans trois semaines. Nous nous ferons un plaisir de fournir au comité le dernier rapport ainsi que le nouveau, lorsqu'ils sera publié.

La présidente: Merci.

Cela règle-t-il la question? Vous avez la réponse.

L'hon. Carolyn Bennett: Non.

La présidente: Le rapport sortira dans trois semaines.

L'hon. Carolyn Bennett: Ce n'est pas acceptable. Le Conseil de la santé du Canada peut seulement faire rapport au sujet des provinces qui y sont représentées. Je pense que les documents qui sont là montrent que le ministère a fait l'analyse des progrès réalisés dans le cadre de l'accord. Je voudrais que le ministère dépose son analyse en incluant à la fois l'aspect financement et l'aspect santé.

La présidente: Monsieur Khan.

M. Wajid Khan: Nous comprenons les intentions du Dr Bennett et je suppose qu'elle a le droit de proposer sa motion. Nous n'y voyons pas d'inconvénient. Toutefois, comme l'a dit le secrétaire parlementaire, les témoins sont là et nous voudrions les écouter au lieu de nous lancer dans un débat sur cette question.

La présidente: Monsieur Khan, le Dr Bennett a le droit de demander le vote sur sa motion. En tant que présidente de ce comité, je dirais que nous avons ici des témoins importants que nous devrions écouter. Personnellement, je ne trouve pas très poli de nous lancer dans un débat entre nous.

Je vais mettre la question aux voix.

Une voix: [Note de la rédaction: Inaudible]

La présidente: La greffière vient de me dire que nous ne pouvons pas déposer la motion, monsieur Tilson. Nous pouvons passer au vote immédiatement.

Tous ceux qui sont pour?

(La motion est adoptée.)

La présidente: Je dois présenter mes excuses aux témoins. Vous savez comment c'est dans le monde de la politique. Nous nous intéressons vivement à ce que vous avez à dire au comité aujourd'hui et nous sommes certainement prêts à continuer.

Monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Merci, madame la présidente.

Étant donné que le rapport sera publié dans trois semaines, cela aurait dû, selon moi, calmer les inquiétudes de la députée de St. Paul's.

M. Dhaliwal, qui nous rend visite, ne se rend peut-être pas compte que la question des places en résidence et des diplômés en médecine est du ressort des provinces. Ce qui n'est pas du ressort des provinces, c'est la question des étrangers qui essaient d'entrer dans notre pays. Notre projet de loi sur l'immigration est conçu de façon à ce que les gens possédant des compétences dans le domaine médical, comme médecins, infirmières, etc., puissent venir au Canada sans passer derrière les 800 000 personnes qui sont sur la liste d'attente dont notre gouvernement a hérité.

Je me demande si vous pouvez nous expliquer le programme DIM et ce que fait le gouvernement pour inciter les gens possédant les

compétences requises à venir au Canada. De nombreuses provinces ont reçu énormément d'argent, par l'entremise des paiements de transferts pour créer des places de résidence. Je sais que c'est le cas du Manitoba et je crois que c'est le cas aussi ailleurs. En fait, le Manitoba vient d'annoncer 5 millions de dollars aujourd'hui.

J'ai une autre question concernant le Conseil de la santé du Canada.

• (1245)

[Français]

Quelle est l'importance des fonds fédéraux fournis au Conseil canadien de la santé? Est-ce suffisant?

[Traduction]

Je me demande si vous pourriez également nous expliquer un peu plus ce que nous pourrions trouver d'utile dans les rapports du Conseil de la santé et les autres rapports que le comité pourrait recevoir bientôt.

Merci, madame la présidente.

Mme Karen Dodds: Merci.

L'Initiative concernant les professionnels de la santé diplômés à l'étranger a été établie pour accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration dans le système de soins de santé des professionnels de la santé qui ont été formés dans les autres pays. Le gouvernement fédéral s'est engagé à consacrer 75 millions de dollars sur cinq ans à cette initiative. Nous travaillons avec les provinces auxquelles il incombe d'intégrer ces personnes dans les effectifs de leurs services de santé. Elles peuvent également utiliser pour cela les 18 millions de dollars par année de la Stratégie des ressources humaines en santé.

Pour ce qui est du Conseil de la santé, il peut obtenir jusqu'à 10 millions de dollars par année. Je crois que, l'année dernière, il a demandé moins de 7 millions de dollars, ce qui montre que son financement est suffisant. Le Conseil peut puiser davantage d'argent jusqu'à concurrence de 10 millions de dollars par année.

Santé Canada n'est pas mandaté pour recueillir des données dans les provinces. C'est le Conseil de la santé du Canada qui a reçu ce mandat et qui doit, conformément à l'accord sur la santé, établir des rapports au niveau des provinces et des territoires. Comme je l'ai dit, son prochain rapport doit sortir dans environ trois semaines.

M. Steven Fletcher: Me reste-t-il du temps?

La présidente: Oui, monsieur Fletcher. Il vous reste deux minutes.

M. Steven Fletcher: La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer est une chose dont le Parti conservateur s'est fait le champion lorsqu'il siégeait dans l'opposition et que le gouvernement alors en place avait refusé de mettre en oeuvre. Maintenant que cette stratégie est entièrement financée, les témoins pourraient-ils nous dire quels sont les progrès réalisés. Bien entendu, le cancer est un énorme problème. Il n'y a sans doute pas une seule personne au Canada qui n'ait pas été touchée par le cancer d'une façon ou d'une autre.

Je voudrais aussi donner aux témoins la possibilité de s'exprimer. Ils ont assisté à un échange, à un débat. Je pense qu'il y a eu certaines erreurs ou certaines omissions. Je voudrais donner aux témoins la possibilité de rectifier les erreurs ou les omissions que contenaient ces déclarations.

Mme Jane Billings: Pour ce qui est de l'action du gouvernement fédéral contre le cancer, la prévention et la gestion du cancer ne sont pas choses faciles. Cela exige une collaboration de la part de toute la communauté de la lutte contre le cancer.

Le gouvernement canadien travaille depuis longtemps avec un grand nombre de partenaires à la lutte contre le cancer. Parmi les exemples précis de ses efforts, je citerais les 300 millions de dollars accordés, sur trois ans, aux provinces et aux territoires pour le lancement d'un programme national de vaccination contre le papillomavirus qui protégera les femmes contre le cancer du col de l'utérus et les 124,8 millions de dollars que les Instituts de recherche en santé du Canada ont investis dans la recherche sur le cancer en 2006 et 2007, ce qui porte à près de 650 millions de dollars les sommes que les IRSC ont investies dans la recherche sur le cancer depuis 2000.

De plus, le Budget de 2006 prévoyait 260 millions de dollars sur cinq ans pour la mise en oeuvre d'une stratégie contre cette maladie, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer qui sera mise en oeuvre par le Partenariat canadien contre le cancer.

De plus, notre initiative en matière de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques soutient une approche intégrée des maladies chroniques en s'attaquant à des facteurs de risque communs du cancer tels qu'une mauvaise alimentation, l'obésité et l'inactivité physique.

• (1250)

La présidente: Merci, madame Billings.

Pourrions-nous passer maintenant à M. Malo?

[Français]

M. Luc Malo: Merci, madame la présidente.

Je pourrais revenir sur les plans et stratégies que nous considérons — et que le gouvernement du Québec considère — comme des ingénieries dans les champs de compétence du Québec et des provinces, mais j'ai plutôt envie d'aborder directement un aspect de la santé qui est précisément sous la responsabilité du gouvernement fédéral. Il s'agit de tout le dossier de la santé des Autochtones.

À la page 79 de l'onglet 5 du rapport, je lis ce que les gouvernements ont promis:

Élaborer le cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone [...] Ce que nous savons/Ce que nous ignorons [...] On ne sait pas si les fonds ont été alloués [...] Le Cadre de l'établissement de rapports sur la santé autochtone sera achevé en 2007, et des rapports seront produits à partir de 2010-2011 [...] L'état d'avancement n'est pas clair [...] Le Plan directeur de la santé des Autochtones a été communiqué en novembre 2005, avec une affectation supplémentaire de 1,3 milliard \$ pour les initiatives de santé [...] L'état d'avancement n'est pas clair [...] Objectifs de lutte contre la mortalité infantile, le suicide chez les jeunes, l'obésité chez les enfants et le diabète pour parvenir à une réduction de 20 % sur cinq ans et de 50 % sur 10 ans [...] L'état d'avancement n'est pas clair. Bon nombre de secteurs ont été mis en place, des programmes pour remédier aux disparités qui existent dans les services de santé aux Autochtones, mais il n'existe pas de stratégie nationale pour les coordonner.

À la lecture de tout cela, j'ai l'impression qu'on est plutôt tenté de régler des problèmes qui touchent les champs de compétence du Québec et des provinces plutôt que de s'attaquer clairement et directement à ce que le gouvernement devrait faire, c'est-à-dire s'occuper des populations à l'égard desquelles il a une responsabilité en matière de santé, en l'occurrence les Autochtones.

Pouvez-vous m'expliquer pourquoi on ne sait rien et pourquoi rien de ce qui a été promis n'est clair?

[Traduction]

La présidente: Qui désire répondre à cette question?

Monsieur Potter.

M. Ian Potter: Madame la présidente, je peux répondre à cette question et je vous en remercie.

Je ne suis pas certain de comprendre ce qui préoccupe le député au sujet des rapports. Nous avons fait des rapports annuels de nos activités et nous pourrions fournir des renseignements supplémentaires à la présidente pour que vous les examiniez.

Pour ce qui est des engagements vis-à-vis de la santé autochtone, ce n'est pas un domaine exclusivement fédéral-provincial. Les responsabilités sont partagées et nous avons surtout travaillé dans le cadre d'un partenariat avec les provinces, les territoires et les peuples autochtones.

Le gouvernement a augmenté les dépenses de la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits de 100 millions de dollars, les faisant passer de 1,677 million de dollars en 2004-2005, l'année de l'accord, à 2,37 millions de dollars dans le budget déposé pour l'exercice 2008-2009. Cela représente une augmentation de 54 p. 100, soit une augmentation moyenne de 9 p. 100.

L'accord prévoyait que le gouvernement fédéral devait engager 700 millions de dollars sur cinq ans pour un certain nombre d'initiatives: un Fonds pour l'adaptation des services de santé; l'Initiative relative aux ressources humaines autochtones en santé dont j'ai déjà parlé et des programmes pour la prévention du suicide, le diabète, la santé maternelle et infantile et le développement de la petite enfance.

J'ai le plaisir de dire que ces programmes fonctionnent bien. Encore une fois, ils exigent des partenariats et une collaboration avec les organisations autochtones et les provinces. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a fait l'objet d'ententes de partenariat avec toutes les provinces pour l'amélioration et l'adaptation des programmes du gouvernement fédéral et des provinces de façon à ce qu'ils desservent mieux les populations autochtones.

Et nous avons eu le plaisir de signer un accord avec le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet d'un nouveau plan tripartite qui apportera un nouveau type de prestations aux services de santé pour les Autochtones, ce qui renforcera l'efficacité des programmes qui sont actuellement administrés par trois groupes différents.

Merci.

• (1255)

La présidente: Merci, monsieur Potter.

Votre temps est écoulé, monsieur Malo.

Monsieur Tilson.

M. David Tilson: Pour la plupart, vous avez travaillé sous deux gouvernements, le gouvernement libéral et maintenant, le gouvernement conservateur. Pourriez-vous nous dire quels sont les aspects de l'accord et leur progrès dont vous tirez fierté.

La présidente: Qui désire répondre à M. Tilson?

Mme Arlene King (directrice générale, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada): Merci beaucoup pour cette question, monsieur Tilson.

Je crois que des progrès importants ont été réalisés dans deux principaux domaines. Le premier est la préparation aux urgences reliées aux maladies infectieuses ou plus précisément la préparation en vue d'une pandémie. Un million de dollars a été investi dans ce programme en 2006 et d'énormes progrès ont été réalisés non seulement en ce qui concerne l'élaboration de notre plan canadien de lutte contre une pandémie, mais également en ce qui concerne la stratégie de vaccination contre la pandémie qui permettra à tous les Canadiens d'avoir accès à une vaccination le plus rapidement possible en cas de pandémie.

En 2006, les ministres de la Santé du gouvernement fédéral et des provinces et territoires ont conclu un accord pour constituer un stock de médicaments antiviraux de 55 millions de doses qui permettront de soigner rapidement les gens en cas de pandémie et nous avons réussi à accumuler 53 millions de doses. Il nous en manque seulement 2 millions et c'est parce que nous n'avons pas encore déterminé quelle est la formulation pédiatrique optimale de ces médicaments.

De plus, je pense que la question des ressources humaines en santé est également entrée en ligne de compte dans le financement de la stratégie en cas de pandémie. Nous avons 23 travailleurs de la santé, au niveau fédéral, qui assurent une surveillance et enquêtent sur les épidémies dans les provinces et les territoires et grâce au financement qui a été accordé en 2006 pour la stratégie en cas de pandémie, nous aurons environ 53 équivalents à plein temps dans les provinces et les territoires pour soutenir le développement des capacités de la santé publique, ce que je crois très important.

Je voudrais également parler un peu plus de nos contributions à la préparation internationale contre les pandémies. Nous savons que,

par définition, une pandémie a une dimension internationale. Nous avons contribué, à raison de 106 millions de dollars à la préparation à une pandémie internationale et l'OMS a reconnu le Canada comme un des chefs de file de la préparation aux pandémies. Je pense que nous devons tous en être très fiers.

Je voudrais aussi parler de la vaccination, car nous savons que c'est un des moyens les plus rentables et les plus efficaces d'améliorer la santé de la population.

La présidente: Madame King, je dois vous signaler que nous sommes sur le point de lever la séance. Vous pourriez peut-être dire quelques mots à ce sujet, après quoi nous allons devoir nous arrêter.

• (1300)

Mme Arlene King: Deux investissements très importants ont été faits dans l'immunisation. Le premier, qui était prévu dans le budget 2004, couvrait quatre vaccins. J'ai le plaisir de dire que la totalité des provinces et des territoires ont mis en oeuvre les programmes pour ces quatre vaccins et nous attendons de recevoir les données concernant les résultats de ces quatre programmes. C'est une initiative d'une importance cruciale.

L'autre est le fonds pour l'immunisation contre le VPH, une initiative que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a qualifié d'importante. Jusqu'ici, quatre provinces ont mis en place des programmes et cinq autres provinces et territoires ont annoncé leur intention de le faire cette année. Je pense donc que c'est très important pour la santé des femmes.

Merci.

La présidente: Je tiens à remercier spécialement nos témoins. Comme l'a dit M. Khan, nous apprenons tant de choses, chaque jour, en siégeant à ce comité et vous avez vraiment beaucoup élargi notre banque de connaissances. Je tiens à vous en remercier.

La séance est levée.

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

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

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>**

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

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