



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 030 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 15 mai 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 15 mai 2008

• (1130)

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski (Oak Ridges—Markham, Lib.)): La séance est ouverte.

Conformément au paragraphe 81(4) du Règlement, nous examinons le Budget principal des dépenses 2008-2009, crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40 et 45 sous la rubrique Santé, renvoyé au comité le jeudi 28 février 2008.

Nous recevons aujourd'hui le ministre. Monsieur le ministre, vous avez déjà témoigné devant le comité. Nous vous ferons faire un exposé, puis nous passerons à la période des questions. Nous sommes heureux de vous accueillir aujourd'hui.

L'hon. Tony Clement (ministre de la Santé): Merci beaucoup, monsieur le président. Je salue également les membres du comité. C'est toujours agréable d'être ici.

Je suis ici pour discuter du Budget principal des dépenses pour 2008-2009 du portefeuille de la Santé, naturellement. Je suis accompagné du sous-ministre de Santé Canada, M. Morris Rosenberg, du contrôleur ministériel de Santé Canada, M. Alfred Tsang, et de David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, et James Libbey, chef des services financiers de l'Agence de la santé publique du Canada. Il se peut que je fasse appel à eux, si le comité le veut bien, pour répondre à certains aspects techniques de vos questions.

[Français]

Tout d'abord, je suis heureux de comparaître devant votre comité en cette période particulièrement mouvementée au sein du portefeuille.

Nous agissons et tenons parole pour assainir l'environnement, rendre les collectivités, les aliments, les produits de santé et de consommation plus sécuritaires, et offrir des soins de santé davantage axés sur le patient. Ce faisant, nous tirons parti de l'expertise de nos fonctionnaires et de celle de leurs collègues des provinces et des territoires, des intervenants de la santé, des dirigeants des communautés des premières nations et des Inuits, des patients et des représentants de l'industrie.

[Traduction]

Notre éventail de partenaires doit être vaste, car notre éventail de politiques l'est. La politique de la santé, ce n'est pas uniquement travailler avec les médecins et le personnel infirmier pour traiter la maladie, mais c'est aussi collaborer avec tous les secteurs de la société pour promouvoir la santé.

Comme l'énonce la Charte d'Ottawa, signée à l'occasion de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, le 21 novembre 1986:

La promotion de la santé va bien au-delà des soins.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment: la législation...

Elle est caractérisée par une action coordonnée

... qui permet d'offrir des biens et des services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

Monsieur le président, comme vous pouvez le constater, ces mots définissent et expliquent bien l'approche actuelle du portefeuille fédéral de la santé et, par conséquent, le Budget principal des dépenses.

Par exemple, nous savons que plus des deux tiers des décès au Canada résultent des maladies chroniques. Ce budget prévoit donc une augmentation graduelle du financement de l'ordre de 8,6 millions de dollars pour notre stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques, qui favorise de saines habitudes et des initiatives ciblant des maladies précises comme le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Ce budget comprend aussi une augmentation de 2,7 millions de dollars qui seront versés à des programmes nouveaux ou actuels, d'information sur la santé publique, dont notre initiative pour une grossesse en santé et la campagne en faveur du Crédit d'impôt pour la condition physique des enfants, qui fait mieux connaître le crédit et incite les familles ayant des enfants de moins de 16 ans à être plus actives.

En outre, je tiens à souligner que ce budget prévoit le versement annuel de 10,65 millions de dollars pour renouveler notre initiative sur l'hépatite C. L'Agence de la santé publique du Canada pilote ce dossier et travaillera de concert avec ses partenaires communautaires, provinciaux et territoriaux à la mise en oeuvre d'un programme renouvelé de prévention, de soutien et de recherche.

La planification de nos préparatifs et de notre capacité d'intervention en prévision d'une pandémie demeure une priorité. Notre approche multidimensionnelle et équilibrée prévoit la mise en place de réserves nationales de vaccins et d'un plan intégré de lutte contre une pandémie de grippe, l'établissement d'une réserve d'antiviraux et d'autres mesures sanitaires destinées à atténuer les effets d'une pandémie. De fait, nous avons maintenant atteint notre objectif d'achat de 55,7 millions de doses d'antiviraux destinés à la réserve nationale, soit le nombre de doses que nous croyons nécessaire pour traiter tous les Canadiens nécessitant des soins.

Par surcroît, le Budget principal des dépenses prévoit une augmentation de 28,3 millions de dollars pour nettoyer et assainir l'environnement. Cela comprend un montant supplémentaire de 17,4 millions de dollars pour le Plan de gestion des produits chimiques. Ce plan nous engage à évaluer les substances chimiques qu'utilise l'industrie et qui sont susceptibles de poser problème. Nous mettons l'industrie au défi de nous montrer qu'elle les utilise de façon sécuritaire et nous prenons des mesures fermes pour protéger le public.

L'évaluation du bisphénol A est un bel exemple de notre intervention, car nous entendons interdire l'importation, la vente et la publicité des biberons en polycarbonate, sauf si on nous fait part de nouvelles données pertinentes et probantes durant la consultation publique. L'évaluation a révélé que le bisphénol A ne pose pas de problème lorsqu'on l'utilise pour fabriquer des articles comme les casques de hockey et les DVD. Par contre, pour les biberons en polycarbonate, la chaleur du liquide risque d'entraîner la migration de cette substance chimique vers la préparation destinée au nourrisson qui peut ainsi l'avalier et subir des effets négatifs pour son développement. Forts de ces connaissances, nous entendons prendre les mesures qui s'imposent pour assurer la meilleure protection possible aux enfants.

Monsieur le président, notre budget comprend aussi un investissement majeur pour protéger la santé et la sécurité de nos jeunes et de nos collectivités. Le 29 avril, j'ai eu le plaisir d'accompagner le ministre de la Justice et le ministre de la Sécurité publique lors de l'annonce d'un investissement de 111 millions de dollars dans des initiatives provinciales et territoriales de traitement et de prévention des toxicomanies dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue.

• (1135)

[Français]

Cette stratégie permet de renforcer les mesures coercitives ainsi que les services de traitement et d'aider les parents à parler des drogues illicites avec leurs enfants afin de les protéger.

[Traduction]

Je suis fier de dire que le Budget principal des dépenses comprend un versement de plus de 27 millions de dollars pour appuyer nos efforts de sensibilisation et instaurer des services de traitement. Grâce à un investissement récent de 230 millions de dollars sur cinq ans, le gouvernement investit davantage que tout autre gouvernement précédent dans le but de protéger les familles canadiennes contre les drogues illicites.

En plus de cette mesure sans précédent pour des collectivités plus sécuritaires, nous allons de l'avant avec des mesures destinées à assurer une meilleure sécurité des produits. Comme vous le savez, le Premier ministre a annoncé, en décembre, le Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation. Bien que ce point ne figure pas au Budget principal des dépenses — nous en discuterons plus tard cette année, durant l'étude du Budget supplémentaire des dépenses —, le Budget 2008 soutenait ce plan au moyen d'un investissement de 113 millions de dollars sur deux ans. Le 8 avril, nous avons mis ce plan en branle avec le dépôt des projets de loi C-51 et C-52.

[Français]

Ces projets de loi visent respectivement à moderniser la Loi sur les aliments et drogues, dont la dernière mise à jour remonte à il y a 40 ans environ, et à remplacer la partie I de la Loi sur les produits dangereux, qui a été rédigée vers la fin des années 1960.

Ensemble, ils proposent d'importants outils qui permettront d'améliorer l'approche du Canada en matière de sécurité.

[Traduction]

Ces projets de loi sont des mesures d'envergure nécessaires pour mieux protéger les Canadiens dans notre monde moderne. Je suis impatient d'en discuter plus à fond avec vous dans les semaines à venir, lorsqu'ils seront renvoyés au comité.

Cependant, je veux parler maintenant de l'approche proposée en vertu du projet de loi C-51 pour améliorer l'innocuité des

médicaments. Des détracteurs soutiennent que ce projet de loi affaiblirait le processus d'approbation des médicaments. Je tiens à dire que c'est loin d'être le cas. Le processus actuel nécessite une évaluation rigoureuse des produits de santé avant leur arrivée sur le marché et le projet de loi C-51 ne change rien à cela.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): J'invoque le Règlement, monsieur le président. Le projet de loi C-51 sera examiné par le comité à un autre moment. Ces audiences concernent le budget.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Je suis sûr que le ministre n'a pas beaucoup de commentaires à faire au sujet du projet de loi C-51 pour l'instant.

• (1140)

L'hon. Tony Clement: C'est tout à fait exact, monsieur le président. Je tiens à signaler que le gouvernement actuel est en faveur d'une sécurité accrue plutôt que réduite; nous aurons d'ailleurs l'occasion d'en discuter à fond lorsque ces projets de loi seront renvoyés au comité.

Je tiens à souligner que nous sommes conscients de toute l'importance d'appuyer la recherche en santé et en soins de santé. Notre Budget principal des dépenses le confirme par des actes. Par exemple, nous savons très bien que la recherche en santé forme l'assise d'une politique de la santé efficace. Par conséquent, notre budget prévoit un montant supplémentaire de plus de 59 millions de dollars qui sera versé aux Instituts de recherche en santé du Canada. Grâce à ces fonds, les IRSC appuieront l'excellence en recherche sanitaire et transformeront le savoir en avantages tangibles pour la population canadienne, dont une meilleure santé, un système de santé plus solide et une économie plus forte.

De plus, le budget prévoit un accroissement des investissements dans la qualité des soins de santé. Prenons comme exemple les 60 millions supplémentaires pour répondre aux besoins sanitaires des membres des premières nations et des Inuits et améliorer la prestation de soins de santé grâce à une intégration plus poussée avec les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Nous maintenons notre engagement de travailler avec les provinces et les territoires à la mise au point de garanties sur les délais d'attente pour les patients.

[Français]

En mars 2007, chaque province et chaque territoire a convenu d'élaborer et de mettre en œuvre une garantie avant 2010 dans l'un des domaines suivants: chirurgie cardiaque, traitement du cancer, remplacement articulaire, restauration de la vue et imagerie diagnostique.

Le budget 2007 prévoyait plus d'un million de dollars pour soutenir ces efforts.

[Traduction]

L'un des principaux éléments de cet investissement, qui est inclus dans notre Budget principal des dépenses, c'est le financement offert aux provinces et aux territoires qui désirent entreprendre des projets pilotes pour mettre à l'essai des approches novatrices afin d'offrir de telles garanties. À ce jour, j'ai eu le plaisir d'annoncer de tels projets en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et dans l'Île-du-Prince-Édouard.

En terminant, monsieur le président, je crois vraiment que les mesures que nous adoptons aujourd'hui à Santé Canada, dans les secteurs de la recherche dans l'ensemble de la société canadienne et dans ce Budget principal des dépenses, de même que les mesures législatives et réglementaires que nous prenons, permettent d'obtenir des résultats favorables pour les familles canadiennes. Je vous assure que notre gouvernement entend bâtir un Canada meilleur et plus sécuritaire. Les mesures que prend le portefeuille de la Santé cadrent très bien avec cet objectif.

Sur ce, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de vous faire part de mes commentaires, et c'est avec plaisir que je répondrai aux questions du comité.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Mon excellente conseillère, la greffière, signale que la discussion portera sur le crédit numéro 100, la Loi sur la santé.

Madame Bennett, vous avez 15 minutes pour les questions et réponses.

L'hon. Carolyn Bennett: Excellent! Merci beaucoup.

Merci d'être venus. C'est toujours un plaisir de pouvoir vérifier si l'argent est dépensé comme prévu en ce qui concerne les programmes les plus appréciés des Canadiens. Mes questions concernent trois domaines et tournent probablement davantage autour des partenariats et des relations qu'elles ne portent sur l'aspect financier. J'estime qu'un nouvel objectif louable de l'Agence de la santé publique du Canada concerne les écarts dans le domaine de la santé.

Je voudrais commencer par la phrase plutôt prétentieuse qui se trouve au début de la page 9, dans la section intitulée « Santé Canada — partenaire d'une communauté d'intervenants reliés entre eux ». Le premier point dit ceci:

les provinces et les territoires — qui assument la responsabilité première de l'administration... des soins de santé et qui participent à leur façon à la protection et à la promotion de la santé. L'établissement de relations solides avec nos homologues des provinces et des territoires est un facteur essentiel à la réalisation de notre mandat.

J'aimerais demander en premier lieu au ministre pourquoi, dans ce cas-là, il a annulé la réunion avec les autres homologues provinciaux en décembre et il a refusé à nouveau de les rencontrer cet automne, compte tenu surtout des commentaires peu élogieux de la vérificatrice générale en ce qui concerne la capacité de conclure des ententes avec les provinces sur le signalement des maladies particulièrement infectieuses, si bien que vous ne seriez pas capables de faire le signalement dans des délais rapides à l'OMS. La vérificatrice générale a signalé les faiblesses fondamentales du système de surveillance et indique qu'on n'a pas fait de progrès satisfaisants à cet égard en ce qui concerne l'orientation stratégique et la qualité des données, en raison de certaines lacunes. Vous ne recevez pas — et, surtout, l'Agence de la santé publique du Canada — des informations rapides, précises et complètes. Il est impossible d'obtenir une vue cohérente à l'échelle nationale en ce qui concerne les maladies infectieuses et, par conséquent, vous êtes incapables d'obtenir l'information nécessaire pour faire de la prévention et pour intervenir en cas de foyer de maladie.

Aussi, je suis très inquiète qu'on ne puisse pas se réunir autour d'une table et négocier cette étape suivante importante, surtout quand on a déclaré que le réseau de la santé publique était une des réalisations les plus importantes des 30 dernières années au Canada.

Dans le contexte du plan décennal, en ce qui concerne des choses comme la capacité d'établir des objectifs pour améliorer l'état de

santé des Canadiens grâce à un processus axé sur la collaboration, vous ne semblez pas avoir réalisé tous les projets qui exigent des partenariats.

Alors que le comité se charge de la surveillance après-vente, il semblerait malheureusement que la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques soit bloquée et que le nom du coprésident fédéral n'ait même pas été mentionné.

Voulez-vous expliquer comment vous établirez un partenariat avec les provinces alors qu'elles ne vous considèrent pas comme un partenaire?

• (1145)

L'hon. Tony Clement: Merci pour vos questions. Je les apprécie beaucoup.

Il est regrettable que la dernière réunion fédérale-provinciale-territoriale ait été annulée. Ce n'est pas moi qui l'ai annulée. C'est malheureusement la Saskatchewan qui devait la coprésider. Il y avait eu des élections, puis il y avait la période postélectorale, avec le changement de gouvernement, en Saskatchewan. Les partenaires, y compris les provinces et les territoires, ont décidé à l'unanimité que ce n'était pas un moment idéal. En fait, de nombreux ministres de la Santé se sont désistés avant que les coprésidents ne prennent la décision d'annuler la réunion.

J'attends impatiemment la réunion que nous aurons cet automne pour remplacer celle-là. En fait, je vous assure que j'ai eu de nombreuses rencontres bilatérales fructueuses avec les ministres de la Santé. Tout dernièrement, cette semaine, j'ai rencontré la ministre de la Santé du Nunavut. La semaine dernière, j'avais rencontré le ministre de la Santé de l'Alberta. Je pourrais en citer d'autres comme le ministre de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard, et d'autres encore.

C'est une de mes priorités, d'avoir au moins, autant que possible, ces entretiens bilatéraux, en l'absence d'une réunion multilatérale.

En ce qui concerne les maladies infectieuses, je voudrais laisser la parole à M. Butler-Jones pour qu'il parle du rapport de la vérificatrice générale. Je sais que vous voulez ménager le temps dont vous disposez mais, je pense que ce serait intéressant pour le comité.

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): À notre point de vue, le rapport de la vérificatrice générale était un bon reportage, car elle reconnaissait que nous avions réalisé des progrès considérables depuis la formation de l'agence. Les domaines dans lesquels elle a signalé que des efforts supplémentaires étaient nécessaires concernent les ententes officielles, notamment celles qui concernent les renseignements de caractère courant. Il y avait la crainte ou la question de la possibilité qu'en cas de foyer d'épidémie — elle n'a pas dit que c'était ce qui se passait, parce que ce n'est pas le cas et que nous obtenons les renseignements nécessaires —, nous n'obtenions pas cette information.

En fait — comme le démontre ce qui s'est passé avec les passagers du train mis en quarantaine vendredi dernier, dans le nord de l'Ontario —, le système est efficace. Nous recevons l'information nécessaire, nous faisons la coordination et collaborons de façon très efficace avec les provinces et les territoires; des procédures et des protocoles sont en place. Je pense que nous signerons bientôt également les ententes officielles prévues concernant le partage de renseignements de caractère courant. Il y a en fait une entente d'échange d'information qui a été acceptée par tous les ministres. Nous sommes seulement en train de mettre au point la version finale, mais toutes les provinces et territoires ont accepté en principe cette entente sur le partage d'information dans les cas d'urgence.

Enfin, l'OMS indique qu'en ce qui concerne 40 p. 100 des signalements qu'elle reçoit, nous sommes les premiers à les faire. Notre système de surveillance détecte des anomalies avant que les pays concernées en soient conscients, et la plupart des pays considèrent notre façon de faire ce travail avec les provinces et les territoires comme un modèle.

Merci.

L'hon. Carolyn Bennett: Monsieur le président, j'aimerais maintenant poser des questions sur les aspects financiers, car il est décevant de constater que, d'après les chiffres sur le vieillissement de la population et les défis signalés par l'information sommaire, en 2010-2011, le ministère disposera de moins d'argent que cette année.

Je ne sais pas comment on peut expliquer que le budget pour l'ensemble du portefeuille de la Santé diminue, mais surtout, qu'en ce qui concerne l'Agence de la santé publique du Canada, le Budget principal des dépenses baisse de 658,3 millions de dollars à 590,5 millions de dollars. Je trouve stupéfiant que, dans des domaines comme la promotion de la santé, les dépenses prévues puissent baisser à 197 millions de dollars d'ici à 2010. Les fonds pour les capacités en santé publique et pour les maladies infectieuses diminuent. Il semblerait que le seul domaine où le budget ne baisse pas soit celui de la préparation aux urgences. N'est-ce pas embarrassant?

La question que le ministre s'attendait à ce que nous posions et que nous posent tous les jours des organismes communautaires est la suivante: quel sera le financement pour le VIH-sida? Je me demande si le ministre pourrait indiquer combien de cas d'infection au VIH-sida sont déclarés par année et combien il peut justifier la réduction des subventions accordées aux groupes communautaires sans même leur faire savoir combien ils recevront pour leur permettre de planifier.

Des organismes veulent des fonds à long terme, à moyen terme... Ils ne savent même pas combien ils recevront à court terme, et ce n'est pas clair dans le budget. J'aimerais savoir si les fonds destinés à l'initiative de vaccin ont été utilisés. Quand avez-vous rencontré pour la dernière fois le Conseil du Ministre sur le VIH-sida au sujet de la question qui les intéresse?

Les organismes communautaires sont donc furieux, comme vous le savez. Ils ne savent pas combien ils peuvent dépenser et, pourtant, le nombre de cas de VIH-sida ne cesse d'augmenter au Canada.

•(1150)

L'hon. Tony Clement: Merci pour vos commentaires.

Je souhaite que les membres du comité sachent que dans le Budget 2008-2009, nous avons prévu plus de 84 millions de dollars pour le VIH-sida, soit davantage que ce que le gouvernement du Canada avait jamais dépensé dans ce domaine.

Les réductions budgétaires qui ont été mentionnées sont celles qui étaient prévues au budget libéral pour 2005 qui avaient été, naturellement, adoptées par le Parlement, malgré la position du Parti conservateur; nous avons l'obligation de mettre ces réductions en oeuvre à la suite du budget libéral 2005.

L'hon. Carolyn Bennett: Monsieur le ministre, sauf votre respect, vous avez des choix à faire chaque année, et il s'agit, comme vous le savez, d'affectations du Conseil du Trésor; par conséquent, ne nous racontez pas des histoires.

Expliquez-moi pourquoi votre budget global pour la santé, et en particulier pour la santé publique, a diminué. Il semblerait que vous ayez beaucoup de difficulté à obtenir des fonds.

L'hon. Tony Clement: C'est en partie en raison des exigences liées au financement temporarisé, conformément aux exigences du Conseil du Trésor.

Vous pourriez peut-être faire un commentaire, monsieur Tsang.

M. Alfred Tsang (contrôleur ministériel, ministère de la Santé): Monsieur le président, il y a eu effectivement des programmes de temporarisation pendant cette période. Par contre, du financement supplémentaire a été annoncé par exemple dans le Budget 2008 qui n'est pas indiqué dans le Budget principal des dépenses, uniquement pour des raisons de timing.

En outre, comme je l'ai mentionné, il y a eu quelques programmes de temporarisation pendant cette période de trois ans, pour lesquels Santé Canada voudrait peut-être demander des fonds supplémentaires au gouvernement. C'est donc une question de timing liée à cette tendance.

L'hon. Tony Clement: Il y a une dernière chose...

L'hon. Carolyn Bennett: La temporarisation est une activité passive. Vous pouvez décider de ne pas temporariser les programmes et des choses comme le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, que les Canadiens trouvaient efficace; vous avez décidé de les assortir d'une clause de temporarisation. Ce sont des décisions ministérielles, et je ne pense pas que le jargon administratif soit très utile pour expliquer aux Canadiens pourquoi le gouvernement déciderait de réduire le budget de la santé et des soins de santé pour les Canadiens au cours des cinq prochaines années, dans ce qu'on est capable de faire dans le contexte du portefeuille de la Santé mais, surtout, dans le secteur de la santé publique, alors que nous savons que l'objectif premier du régime de soins de santé est de maintenir les citoyens en bonne santé, et pas de réparer les dégâts lorsqu'ils sont malades. C'est une responsabilité partagée. Comment pouvez-vous donc justifier la réduction du budget?

L'hon. Tony Clement: Certainement. Comme je l'ai signalé, il y a des clauses de temporarisation; il s'agit de dépenses ponctuelles pour lesquelles le budget augmente et diminue alternativement, selon ces dépenses. Il est toutefois faux de prétendre que nous avons diminué les dépenses pour les soins de santé.

En ce qui concerne l'accord d'une durée de dix ans sur le renouvellement des soins de santé, que nous avons mis en oeuvre, il prévoit des transferts supplémentaires de l'ordre de 1,2 milliard de dollars aux provinces, rien que pour cette année.

Vous avez mentionné le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, mais ça faisait partie de l'accord signé en 2004. Vous faisiez partie du gouvernement qui a signé cet accord qui a entraîné la disparition progressive de ce programme. Je ne me sens pas par conséquent pas obligé de défendre votre décision.

L'hon. Carolyn Bennett: En ce qui concerne l'Agence de la santé publique du Canada, à la page 9, le changement remarquable est que des Canadiens en meilleure santé réduisent les écarts au niveau de la santé dans le contexte de capacités renforcées en santé publique. Or, nous avons déjà abordé la question de la réduction du budget pour les capacités en de santé publique — ce que je ne comprends pas du tout. Je suppose que ce qui me dérange le plus, en ce qui concerne l'activité de programme pour la santé des premières nations et des Inuits, c'est que les dépenses prévues pour 2010-2011 ont considérablement baissé, du moins les dépenses brutes, et que même le nombre de personnes qui s'en occupent a également baissé.

En ce qui concerne ce que nous savons sur les fonds et sur les mesures qui sont les plus efficaces, les ressources des Autochtones en matière de santé — c'est-à-dire les 100 millions de dollars au sujet desquels nous vous avons souvent posé des questions —, combien de médecins et d'infirmières autochtones supplémentaires y a-t-il grâce aux 100 millions de dollars qui ont été ajoutés à l'accord sur les soins de santé? Il ne s'agit pas uniquement d'une question de sensibilité culturelle et des bonnes initiatives que tous les Canadiens veulent prendre, mais aussi de savoir combien d'infirmières et de médecins autochtones supplémentaires il y a au Canada?

Comment peut-on réduire les fonds destinés à l'activité de programme concernant la santé des premières nations et des Inuits alors que vous prétendez vouloir réduire les écarts dans le domaine de la santé? Nous savons que l'écart actuel en ce qui concerne l'état de santé des Autochtones est le plus gros sujet d'embarras pour notre pays.

• (1155)

L'hon. Tony Clement: Merci.

J'aimerais citer quelques chiffres bruts.

Par le biais de l'Initiative relative aux ressources humaines autochtones en santé — qui, comme vous l'avez signalé, a été financée, et nous approuvons ça —, nous avons été en mesure d'au moins tripler le nombre d'étudiants autochtones en soins de santé recevant de l'aide. Par conséquent, plus de 1 100 bourses ont été accordées dans le cadre du programme, et plus de 60 étudiants autochtones en médecine bénéficient de ces fonds. Je pense donc que nous aidons à combler les besoins de la collectivité; c'est une question qui ne fait aucun doute. Comme l'indique le présent budget, nous avons en fait injecté des dizaines de millions de dollars supplémentaires pour aider la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits à fournir des services.

Nous savons que les populations augmentent beaucoup plus rapidement que la population canadienne en général; par conséquent, un plus grand nombre de personnes ont besoin de services médicaux. Nous nous appliquons en tout cas du même coup à transformer le système, car nous avons beaucoup d'inquiétude au sujet de la durabilité du système en ce qui concerne la santé des premières nations et des Inuits. C'est pourquoi nous collaborons avec les dirigeants — et avec les dirigeants provinciaux — pour tenter d'obtenir de meilleurs modèles et de meilleurs résultats en matière de santé. Je pense donc que nous sommes sur la même longueur d'onde à cet égard.

L'hon. Carolyn Bennett: Sauf que, d'après ce qui est indiqué à la page 66, les dépenses brutes pour les programmes et les services relatifs à la santé des premières nations et des Inuits diminuent.

L'hon. Tony Clement: Tous les budgets contiennent des dépenses ponctuelles qui semblent avoir été ajoutées. Nous avons cette année une dépense ponctuelle destinée à combler les besoins en matière de services mais qui contribue également au financement d'un

changement ayant pour objet de nous aider à assurer une meilleure durabilité à long terme du programme. Par conséquent, quand le programme aura été transformé, on n'aura plus besoin des fonds de transition qui étaient nécessaires pour financer cette transformation.

L'hon. Carolyn Bennett: Et c'est ce qui explique que l'effectif a diminué de 150 personnes.

L'hon. Tony Clement: Non, mais...

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Merci beaucoup, madame Bennett.

Je donne maintenant la parole à Mme Gagnon, pour dix minutes.

[Français]

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): Merci, monsieur le président.

J'aimerais continuer la discussion sur la clientèle autochtone, dont le fédéral est le premier responsable en matière de santé. Cette semaine, le comité a reçu des représentants de l'Alliance sur les temps d'attente, l'organisme qui est censé fournir de l'information sur l'évaluation qu'il a faite de l'atteinte des objectifs du Plan décennal pour consolider les soins de santé.

En ce qui a trait aux Autochtones, on n'avait aucune donnée à nous soumettre sur le suivi des cinq priorités des plans d'attente et sur les opérations. À plusieurs reprises, j'ai tenté d'interroger différents témoins qui ont comparu devant le comité au sujet du Plan décennal pour consolider les soins de santé, afin qu'ils puissent démontrer le sérieux du gouvernement. Tout à l'heure, vous avez dit à ma collègue, Mme Bennett, que vous vouliez révolutionner le système de santé, mais un témoin a dit qu'il est assez difficile de le révolutionner quand on n'a pas de données.

Je souligne particulièrement le cas des Autochtones, étant donné que vous êtes responsables de la santé de ces derniers et que cela ne relève pas des provinces. Que faites-vous pour corriger cette lacune sur les données? Ont-ils besoin de plus d'appui? On parle de diminution du budget des dépenses. Êtes-vous en mesure de les aider plus que vous ne le faites présentement? Risque-t-on qu'il y ait un nouveau plan dans trois ou quatre ans sans que vous ayez atteint les objectifs souhaités?

• (1200)

L'hon. Tony Clement: Je peux certainement dire quelques mots à ce sujet.

Tout d'abord, la plupart du temps, le financement destiné à améliorer l'accès des Autochtones aux hôpitaux et aux soins de santé relève des provinces et des territoires. Ce n'est pas un financement direct.

C'est la même chose en ce qui concerne les garanties sur les délais d'attente. Quand nous avons annoncé ces garanties à toutes les provinces et à tous les territoires, chacun en a promis la mise en œuvre. Ces garanties profiteront à la fois aux premières nations et à la population en général.

En ce qui concerne les Autochtones vivant dans les réserves, nous avons annoncé des projets-pilotes offrant des garanties, notamment un programme en ce qui a trait à la maternité. Ce programme est surtout destiné aux Autochtones vivant dans les réserves.

Tous les programmes contribueront à améliorer la situation. Il ne s'agit pas d'un programme ou d'un système, mais d'une stratégie qui englobe tous nos investissements.

Mme Christiane Gagnon: Avec tout le respect que je vous dois, monsieur le ministre, permettez-moi de douter des efforts qui sont déployés en matière de ressources humaines ou de financement pour qu'un réel coup de barre soit donné à une des clientèles qui répond d'abord du fédéral.

À plusieurs reprises, j'ai demandé que le Comité permanent de la santé entreprenne une enquête sur la santé des Autochtones. Nous allons certainement recevoir des témoins. Je suis certaine que nous entendrons un autre son de cloche en ce qui concerne la demande des Autochtones d'améliorer leur santé et l'appui qui pourrait leur être donné à cet égard. Par la suite, le comité pourra vous recevoir à nouveau et vous dresser un tout autre bilan, un bilan beaucoup plus pessimiste et moins optimiste que le vôtre.

Vous avez aussi annoncé un octroi de 59 millions de dollars aux Instituts de recherche en santé du Canada. J'ai rencontré plusieurs chercheurs du domaine de la santé, et certains nous ont dit que la demande en recherche avait augmenté. Par contre, en raison du peu d'argent disponible, on avait plutôt l'impression que plusieurs projets de recherche avaient été refusés, en dépit du fait qu'ils répondaient aux critères.

Comment se fait-il que plusieurs types de recherches soient refusés et que l'argent manque? Souvent, des laboratoires de recherche doivent diminuer leurs activités, voire arrêter la recherche, dans certains cas, faute d'argent.

Vous dites avoir augmenté de 59 millions de dollars le budget des Instituts de recherche en santé du Canada. C'est donc dire que l'argent est peut-être moins bien distribué.

L'hon. Tony Clement: Aujourd'hui, le gouvernement appuie plus de 11 000 chercheurs au Canada dans la recherche en santé. Bien sûr, notre pays compte beaucoup de chercheurs de renommée mondiale.

[Traduction]

La concurrence est très forte pour ces subventions, ça ne fait aucun doute. Nous estimons toutefois qu'en ajoutant à nos totaux et en créant...

Plusieurs mesures sont en place. On a créé un nouveau fonds de chaire canadienne de recherche sur l'excellence à l'échelle mondiale qui sera, à mon avis, utile dans bien des cas semblables. Nous investissons davantage dans Génome Canada. Je sais que nous finançons directement la recherche sur les cellules souches également. Nos chercheurs participent à de nombreuses recherches très intéressantes de stature mondiale. Le gouvernement du Canada a certainement démontré qu'il pouvait participer à la recherche d'une solution.

• (1205)

[Français]

Nous avons maintenant une nouvelle politique des sciences et de la technologie, qu'on appelle en anglais la Science and Technology Strategy. Cette stratégie est importante pour assurer le succès de l'économie dans l'avenir.

[Traduction]

Elle n'est pas importante uniquement pour les soins de santé, mais pour toute l'économie. Nous continuerons d'appuyer nos chercheurs dans le domaine des soins de santé et dans de nombreux autres domaines.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Certains chercheurs nous ont dit que le taux de réussite, lors du dépôt d'une demande de financement, est passé de 30 p. 100 en 2004 à 21 p. 100 en 2007. Cela veut dire qu'il

y a eu une chute de 8,9 p. 100, soit un net recul. Ces chiffres illustrent bien la situation de beaucoup de chercheurs.

Les chercheurs demandent que le taux de réussite lors du dépôt d'une demande soit rétabli à 25 p. 100, car on a vraiment reculé. On ne demande pas de le rétablir à 30 p. 100, mais à 25 p. 100, au moins. On demande qu'il y ait un réinvestissement parce que des recherches dans certains domaines méritent d'être poursuivies, et, présentement, les chercheurs ne peuvent pas continuer.

J'ai visité plusieurs petits centres de recherche et on voit souvent que de petites équipes mènent des recherches avec les moyens du bord.

L'hon. Tony Clement: Oui, nous avons prévu un changement de leadership pour cette agence.

[Traduction]

Les Instituts de recherche en santé du Canada ont un nouveau dirigeant. Vous le connaissez probablement grâce à son leadership au Québec au cours des dernières années.

[Français]

J'ai bon espoir qu'avec ce nouveau leadership, nous pourrions travailler ensemble à relever ce défi. Bien sûr, il y a des défis.

[Traduction]

Quand on examine la situation dans une perspective mondiale, on constate que le Canada s'en tire très bien. Il est considéré comme un chef de file mondial dans la recherche médicale. Nous voulons que ça continue. La recherche médicale a été citée comme une des principales...

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Il faut...

[Traduction]

L'hon. Tony Clement: ... priorités dans la Stratégie des sciences et de la technologie; nous continuerons par conséquent certainement de faire des efforts.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Certains chercheurs quittent le Canada pour aller ailleurs parce qu'ils ne peuvent pas poursuivre leurs recherches. On a une autre vision des choses.

Monsieur le ministre, vous dites que vous voulez investir 111 millions de dollars dans le traitement et la prévention des toxicomanies liées aux drogues illicites. Je ne voudrais pas vous citer hors contexte, mais vous dites avoir une stratégie bien arrêtée.

Dernièrement, on a été assez inquiet, parce que vous avez retiré du marché un livre qui voulait aider à contrer l'accoutumance aux drogues et qui traitait de prévention. Au Québec, il y a eu un tollé de protestations en provenance de plusieurs milieux, que ce soit des milieux policiers ou de différents observateurs dans le domaine, comme des professeurs d'université.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Madame Gagnon, pourriez-vous poser votre question?

[Français]

Mme Christiane Gagnon: On a dit que vous voulez apposer votre veto pour une question de principe ou de fermeture d'esprit face à cette question, qui est importante. C'est un retour en arrière, sur le plan de la réalité.

L'hon. Tony Clement: Nous avons annoncé une nouvelle stratégie nationale antidrogue. Il est important qu'il y ait des stratégies pour la prévention et le traitement, et nous avons annoncé des investissements. Je pense que les anciennes stratégies ne sont pas adaptées aux situations futures. C'est notre décision, mais elle est appuyée par la population.

• (1210)

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

Merci, madame Gagnon.

Nous donnons maintenant la parole à M. Fletcher, étant donné que Mme Wasylcia-Leis sera absente quelques minutes.

Ne vous réjouissez pas, monsieur le ministre; elle reviendra.

Monsieur Fletcher.

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

Je tiens à remercier le ministre et ses collaborateurs d'être venus.

Je pense que je continuerai à poser des questions sur certains des thèmes abordés par le Bloc.

Monsieur le ministre, notre gouvernement a annoncé la Commission de la santé mentale et une Stratégie nationale antidrogue; il semblerait qu'il y ait un certain chevauchement. Comme vous le savez, nous nous sommes engagés à fournir 110 millions de dollars sur une période de cinq ans à la Commission de la santé mentale pour étudier les approches les plus efficaces pour lutter contre les problèmes de santé mentale et l'itinérance. La commission a été établie pour faire des recherches sur des projets de logement et d'autres types de soutien dans des grands centres comme Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton.

Ma première question est la suivante: quels résultats le gouvernement espère-t-il en ce qui concerne la Commission de la santé mentale alors qu'elle entreprend ses recherches dans les domaines de l'itinérance, de la santé mentale et de la toxicomanie? J'aimerais aussi demander en quoi cela cadre avec la Stratégie nationale antidrogue. Notre gouvernement a annoncé un budget de 64,3 millions de dollars sur une période de deux ans; cette stratégie a pour objet de réduire la consommation de drogues illicites et de faire de la prévention dans ce domaine, surtout chez les jeunes et chez les Autochtones, de traiter ces toxicomanies et de lutter contre la production et la distribution illicites de drogues.

Comme vous le savez, monsieur le ministre, les médias et les députés ont posé de nombreuses questions sur les mesures que prend le gouvernement en ce qui concerne les drogues illicites au Canada, surtout dans la partie est du centre-ville de Vancouver. Que fait-on pour combattre l'usage illicite de drogues à l'échelle nationale dans ces collectivités vulnérables et quel est le lien avec la Commission de la santé mentale? Existe-t-il d'ailleurs un lien? Peut-être pas.

L'hon. Tony Clement: Il y en a un, en fait.

Dans de nombreuses collectivités en détresse, où le pourcentage de toxicomanes est élevé, il ne s'agit pas seulement d'un problème de toxicomanie; c'est aussi un problème dû à un manque de soutiens sociaux. Nous avons jugé qu'il était nécessaire d'instituer un organe national de recherche dans ce domaine — et c'est l'objet des fonds qui ont été accordés à la Commission de la santé mentale — pour réaliser les projets pilotes que vous avez mentionnés. Ça créera un ensemble national de connaissances, par le biais de programmes de logement et de programmes de soutien social efficaces, sur les possibilités d'avoir aussi un impact sur la diminution des

toxicomanies dans certains de ces centres urbains. Ce n'est, naturellement, pas la solution totale pour l'ensemble du Canada, mais je pense que c'est bien de commencer par ces zones-là.

Une des zones visées est, bien entendu, la partie est du centre-ville de Vancouver. Ce n'est un secret pour personne que c'est une communauté en détresse, avec plus de 5 000 toxicomanes utilisateurs de drogues injectables dans une zone couvrant quelques blocs de maisons. Par contre, beaucoup de personnes font de l'excellent travail dans ce quartier-là. Par conséquent, nous les soutiendrons par le biais de programmes de désintoxication. Nous les aiderons par le biais des équipes d'intervention rapide que nous avons financées, tel qu'annoncé aujourd'hui. Nous collaborerons, bien entendu, avec la Vancouver Coastal Health Authority, avec le bureau du maire de Vancouver et avec le gouvernement provincial.

Il existe donc un lien. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de toxicomanie ou d'itinérance, mais aussi d'une profonde détresse sociale. C'est la raison pour laquelle il faut examiner la question d'un point de vue global.

M. Steven Fletcher: J'ai entendu de nombreux commentaires élogieux au sujet de l'approche gouvernementale en ce qui concerne toute la perspective des défis qui se posent dans la partie est de Vancouver et à l'échelle nationale. Par conséquent, nous sommes certainement sur la bonne voie dans ce domaine.

Pour changer quelque peu de sujet, monsieur le ministre...

Le harcèlement des représentants de l'opposition est regrettable. J'aimerais qu'ils respectent notre droit de poser des questions au ministre.

De nombreux gouvernements provinciaux ont entrepris des examens de durabilité et ont mis sur pied d'autres plans de soins de santé financés par l'État au cours des 12 derniers mois. Les gouvernements de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse ont terminé leurs études. Dans le contexte des nouvelles dispositions législatives annoncées par la Colombie-Britannique, la législation de cette province vise à assimiler les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé en y ajoutant un autre principe, celui de la durabilité.

Monsieur le ministre, je me demande si vous ne pourriez pas nous donner un aperçu des projets du gouvernement du Canada en ce qui concerne la Loi canadienne sur la santé et expliquer comment nous appuyons les provinces pour veiller à ce que les objectifs de cette loi soient atteints.

• (1215)

L'hon. Tony Clement: Notre parti et notre gouvernement supportent les piliers de la Loi canadienne sur la santé, les principes qui en font partie intégrante. Les provinces ressentent, naturellement, la nécessité d'innover dans leurs systèmes sur les soins de santé, et nous les y aidons. Le Québec a fait des innovations assez audacieuses dans son système; vous avez aussi mentionné les autres provinces, notamment la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, etc.

Nous appuyons ces initiatives. La seule condition est, naturellement, qu'elles doivent être en accord avec la Loi canadienne sur la santé, mais j'estime qu'il est parfaitement possible et approprié d'innover beaucoup. On peut le faire dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé. On peut innover beaucoup pour accroître l'accessibilité, pour réduire les délais d'attente, améliorer la gestion, la reddition de comptes et la durabilité, tout cela dans le contexte de cette loi, et nous sommes très en faveur de cela. Lorsque les provinces viennent m'annoncer, comme elles le font souvent, qu'elles ont l'intention de prendre telle ou telle initiative, j'essaie de les encourager dans toute la mesure du possible, pour autant que ça n'aille pas à l'encontre des principes sur lesquels repose la Loi canadienne sur la santé.

M. Steven Fletcher: Monsieur le ministre, les représentants de l'opposition ont posé quelques questions concernant le financement de la santé publique. Pourriez-vous indiquer quelle place occupe, dans ce budget, le Partenariat canadien contre le cancer et la stratégie de lutte contre les maladies cardiovasculaires?

Pourriez-vous également donner des informations plus précises sur les mesures que le gouvernement a prises en ce qui concerne le gras trans et le sodium? Il semblerait que ce soit le principal sujet de conversation de nombreux membres du milieu de la médecine cardiovasculaire. Étant donné que c'est la semaine de lutte contre l'hypertension, c'est peut-être le bon moment de vous poser la question.

L'hon. Tony Clement: Certainement.

En ce qui concerne le Partenariat canadien contre le cancer, des fonds ont été prévus à cette fin. On a également prévu des fonds pour la recherche sur le cancer cette année, par exemple, environ 124 millions de dollars.

Cette stratégie comprend — et vous étiez actif dans ce domaine, naturellement, lorsque vous faisiez partie de l'opposition; je tiens par conséquent à vous féliciter publiquement pour le travail considérable que vous avez fait pour la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Comme vous le savez, elle a une base très large et est multidimensionnelle. Les provinces participent aux discussions. Les sociétés du cancer, les oncologues et les personnes atteintes d'un cancer y participent également. Par conséquent, je pense que c'est la vague du futur en ce qui concerne la façon dont nous voulons procéder. Ça anime en fait nos discussions sur d'autres maladies — sur des initiatives nationales précises comme la stratégie de lutte contre les maladies cardiovasculaires; on est probablement deux années en retard sur la Stratégie de lutte contre le cancer, mais on rattrape rapidement le temps perdu. La Stratégie de lutte contre le diabète a été rééquipée et réorganisée, par exemple.

Vous avez fait allusion à une partie du travail accompli en ce qui concerne la question des gras trans, question qui, comme vous le savez, suscitait beaucoup d'attention au Parlement il y a quelques années, ce qui a abouti à la création du Groupe de travail sur les gras trans. Pendant la période au cours de laquelle nous étions au pouvoir, nous avons approuvé ses recommandations et nous avons collaboré avec ce groupe de travail pour réduire l'incidence des gras trans dans plusieurs produits alimentaires différents. Il semblerait en fait que cette intervention ait été efficace. Il y a beaucoup moins de gras trans dans les produits vendus sur le marché. Je pense qu'ils ont été déjà réduits de plus de 50 p. 100, et nous attendons impatiemment que les objectifs du groupe de travail soient atteints d'ici deux ou trois ans.

M. Steven Fletcher: Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Une minute et demie.

M. Steven Fletcher: En ce qui concerne le Plan de gestion des produits chimiques, monsieur le ministre, dernièrement, quand nous avons interdit le bisphénol A pour les biberons et autres articles de cette nature, je pense que cette annonce a rejoint beaucoup de personnes. J'ai un frère en Californie et il en a en fait entendu parler dans les actualités alors qu'il n'entend jamais parler du Canada dans les nouvelles diffusées là-bas.

Je me demande si vous pourriez indiquer où en est ce plan, quelle direction il prend et les coûts corrélatifs, aussi bien les coûts directs que ceux que pourrait entraîner la non-mise en œuvre de ce plan.

• (1220)

L'hon. Tony Clement: Merci.

L'annonce concernant le bisphénol A a effectivement été diffusée à travers le monde. Si le mimétisme est la forme de flatterie la plus sincère en politique, j'ai remarqué que la sénatrice Hillary Clinton a présenté au Sénat un projet de loi qui est essentiellement une imitation des initiatives prises au Canada. Si elle nous imite, c'est que ce doit être bien.

Ce n'était qu'un élément d'une stratégie plus générale, qui est un modèle à l'échelle mondiale, à savoir le Plan de gestion des produits chimiques. Nous avons examiné plus de 25 000 produits chimiques, des produits chimiques dont nous avons hérité. Nous avons identifié 200 produits chimiques hautement prioritaires sur lesquels nous voulons entreprendre de la recherche immédiatement. L'étape suivante concerne une autre série de produits chimiques, comme vous le savez probablement. Je l'annonce peut-être quelques jours trop tôt, mais une autre série de produits chimiques seront annoncés dans la *Gazette* au cours des prochains jours. Je pense qu'il y a une autre série de 16 produits chimiques sur lesquels nous avons reçu les résultats des recherches qui ont été faites, et nous prendrons des décisions à leur sujet également. Vous le verrez bientôt.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur le ministre. Merci, monsieur Fletcher.

Je donne maintenant la parole à Susan Kadis.

Mme Susan Kadis (Thornhill, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous souhaite la bienvenue, monsieur le ministre.

C'est en tout cas la responsabilité du gouvernement fédéral de travailler avec les provinces pour veiller à ce qu'il y ait une capacité de surcharge en cas de pandémie et, pourtant, je ne vois aucun crédit dans le budget qui aiderait les hôpitaux à faire face à la demande de lits et de soins dans ce cas-là ou à aménager les chambres à pression qui seraient nécessaires.

Pourriez-vous expliquer comment le plan que vous avez déjà mentionné en ce qui concerne la préparation à une pandémie permet de régler la question de la capacité de surcharge dans les hôpitaux canadiens? Comme vous le savez certainement, en Ontario, le Dr McGeer, de Mount Sinai, et d'autres médecins de Calgary, ont manifesté de vives inquiétudes au sujet de l'absence de capacité de surcharge.

L'hon. Tony Clement: Je vais donner un début de réponse, puis je laisserai M. Butler-Jones élaborer un peu plus.

Nous prenons en tout cas des mesures qui relèvent de notre mandat fédéral. Une de ces mesures est, comme je l'ai déjà mentionné, la réserve d'antiviraux, qui a maintenant atteint le niveau recommandé par les scientifiques. Il y a aussi le travail que nous avons fait en ce qui concerne les initiatives liées aux vaccins en prévision d'une pandémie et, naturellement, la structuration de notre intervention dans le contexte d'un plan national d'urgence, au sujet duquel nous collaborons en permanence avec les provinces. Nous sommes responsables des mesures qui relèvent de notre compétence. Les provinces reçoivent chaque année des paiements de transfert plus importants du gouvernement fédéral, dont elles font bon usage dans leurs hôpitaux, avec leurs médecins et avec leur personnel infirmier. C'est ainsi que nous contribuons au financement des immobilisations hospitalières et à la mise en place de la capacité de surcharge.

M. Butler-Jones aimerait peut-être faire d'autres commentaires à ce sujet.

Dr David Butler-Jones: Très rapidement, dans le contexte du rôle fédéral, et compte tenu des responsabilités des provinces, outre la coordination des activités dans le but de pouvoir faire une intervention collective à l'échelle nationale, nous avons également contribué à augmenter la Réserve nationale de secours d'antiviraux de masse et autres médicaments. C'est pour aller plus loin que ce que nous avons fait conjointement avec les provinces et territoires, pour avoir ça à titre de mesure de secours et de soutien. En ce qui concerne la facilitation de l'homologation entre les différents paliers de compétence, qui se fera bientôt, nous avons un accord de principe concernant le partage des ressources entre les différents paliers en cas d'urgence concernant la santé publique, par exemple.

Nous élaborons en outre un noyau de compétences en matière de santé publique, autrement dit la capacité qui, pour le gouvernement fédéral, avait pour objet d'aider les provinces au besoin. Par conséquent, dans la mesure où notre compétence le permet, nous continuons d'améliorer le système.

Mme Susan Kadis: Merci.

S'il me reste encore un peu de temps, monsieur le président, j'aimerais connaître la date d'expiration de la réserve de Tamiflu qui a été achetée par le gouvernement en 2006 et quelles seront les éventualités après cette date.

Dr David Butler-Jones: Deux facteurs entrent en ligne de compte. L'un est que les dates sont variables parce que ce médicament a été acheté à des moments différents. Normalement, la période de validité est de cinq ans, mais nous collaborons avec le fabricant et les chercheurs, ainsi qu'avec d'autres personnes, car nous pensons que la durée de conservation est en fait beaucoup plus longue et qu'on peut avoir recours à d'autres stratégies pour régler la question. En outre, nous avons actuellement des discussions avec les provinces et les territoires sur la façon de renouveler cette réserve, sur la date de renouvellement pour le faire et sur la question de savoir si cette réserve sera encore nécessaire.

Mme Susan Kadis: Enfin, le dernier témoin que nous avons entendu a indiqué que nous n'avions pas atteint, loin de là, notre objectif en matière de dossiers électroniques de santé. Je pense que le pourcentage est de 5 p. 100. L'objectif est de 50 p. 100 pour 2010, si je ne fais pas erreur. Comment atteindrons-nous cet objectif? Je sais que notre gouvernement a entamé le processus. Vous avez augmenté modestement le pourcentage, mais nous sommes très loin de l'objectif.

C'est que c'est un facteur très important pour l'amélioration de la santé des Canadiens et du système des soins de santé. Tout le monde

le fait à l'échelle mondiale. Comment peut-on accélérer le processus? Je pense qu'il faudrait prendre davantage de mesures, sans quoi nous n'atteindrons probablement pas cet objectif. Quels sont vos projets à ce chapitre?

L'hon. Tony Clement: Merci pour la question.

Je pense que le chiffre de 5 p. 100 concerne en fait les médecins de famille et qu'il ne s'applique pas à l'ensemble du système.

En tout cas, vous êtes un député ontarien, et moi aussi, naturellement; je pense donc qu'on peut dire honnêtement que l'Ontario a fait des progrès. La province n'a pas encore atteint certains objectifs. Cependant, si vous allez en Alberta, en Colombie-Britannique, dans la province de Québec et à d'autres endroits, vous verrez qu'il y a beaucoup de changements dans ces domaines. Par exemple, dans la région sanitaire d'Edmonton et dans le Nord, en Alberta, tous les dossiers de santé seront électroniques d'ici la fin de l'année. Par conséquent, de nombreuses améliorations ont été apportées.

Notre objectif est, naturellement, de veiller à ce que ça ne manque pas d'homogénéité. Il est essentiel que ça s'applique à l'ensemble du pays. C'est pourquoi l'Inforoute santé du Canada est un élément de la solution.

• (1225)

Mme Susan Kadis: Merci.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

Nous donnons la parole à M. Brown, pour cinq minutes.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci d'être là à nouveau aujourd'hui, monsieur le ministre Clement.

J'ai trois questions à poser et je vous laisserai les approfondir.

Premièrement, je me souviens d'avoir eu un jour un entretien avec vous au sujet des initiatives de recrutement que le gouvernement fédéral a mises en place en ce qui concerne les médecins et des fonds qui y ont été affectés sur une période de quatre ans. J'ai trouvé ça fascinant. Vous pourriez peut-être faire des commentaires car, dans les petites agglomérations, il est souvent question de pénurie de médecins. Le rôle que joue le gouvernement fédéral dans le recrutement mérite d'être mieux connu.

Deuxièmement, je demande toujours à mon hôpital quelles difficultés il a, pour pouvoir en discuter au comité de la santé. Il a mentionné de nombreuses réussites dues à l'apport de fonds pour la réduction des délais d'attente. Un problème qu'il m'a toutefois signalé est qu'il tourne toujours à pleine capacité: de 96 p. 100 à 98 p. 100 des lits de l'hôpital sont utilisés. Ce problème est courant à travers le pays. Avez-vous des commentaires à faire au sujet des problèmes de capacité qu'ont les hôpitaux?

Troisièmement, monsieur le ministre, je pense que vous avez chargé la Dre Kellie Leitch de produire un rapport sur les habitudes saines pour les enfants et que vous avez mis certaines de ses recommandations en oeuvre. Ça nous intéresserait d'entendre des commentaires à ce sujet. C'est certainement une bonne nouvelle sur les possibilités d'améliorer l'état de santé des jeunes Canadiens.

L'hon. Tony Clement: Je voudrais faire deux commentaires au sujet du recrutement.

Une des bonnes nouvelles qui mériterait peut-être un peu plus d'attention de la part des médias est que nous nous sommes toujours tracassés au sujet de l'exode des cerveaux, du nombre de médecins canadiens qui vont s'établir aux États-Unis, par exemple. Ces trois dernières années, cependant, le nombre de médecins qui ont migré des États-Unis au Canada est plus élevé que celui des médecins qui ont migré du Canada vers les États-Unis. Par conséquent, nous remportons la guerre de l'exode des cerveaux; nous sommes gagnants. C'est très encourageant.

Il est essentiel de faire davantage. Comme vous le savez, nous avons augmenté le montant des transferts aux provinces, mais nous avons également une stratégie, la Stratégie en matière de ressources humaines en santé, qui a été mise sur pied avec les provinces, et dont le budget annuel s'élève à 38 millions de dollars. Elle concerne en partie les diplômés de médecine étrangers. Elle consiste en partie à porter son attention sur les secteurs où l'on devrait davantage mettre l'accent sur le recrutement et le maintien en poste. Nous poursuivons nos efforts à ce chapitre. Je veux qu'on obtienne des résultats. Je ne veux pas que ce soit un investissement à fonds perdus. C'est donc une des choses sur lesquelles je travaille.

La question de la capacité est un gros problème dans le réseau hospitalier. Plusieurs provinces se mettent à accroître la capacité en transférant une partie des fonctions hospitalières à des services de soins communautaires, par exemple. C'est ce que l'Ontario est en train de faire. La Colombie-Britannique a mis en place une stratégie dans ce domaine. Je pense que l'Alberta suivra également cette voie un peu plus également. Nous encourageons ce type d'initiative. Étant donné que le gouvernement fédéral verse 25 p. 100 des fonds nécessaires au nom des contribuables canadiens, c'est le type d'initiative qui nous intéresse beaucoup et que nous appuyons vigoureusement.

Le rapport de la Dre Kellie Leitch porte sur toute une série de questions, notamment sur la prévention des blessures chez les enfants et sur quelques autres politiques axées spécifiquement sur les enfants et sur les jeunes — l'obésité, par exemple. Cette question a déjà été abordée au comité. Nous l'examinons, naturellement, de très près. Nous pensons pouvoir mettre de nombreuses initiatives en oeuvre.

Le palier de gouvernement fédéral n'a jamais adopté de stratégie globale pour la santé et le bien-être des enfants et des jeunes. Nous nous appliquerons à regrouper plusieurs ministères et plusieurs services de mon ministère pour atteindre cet objectif.

M. Patrick Brown: Dans les conversations que j'ai eues avec des médecins de ma localité, quand ils faisaient des commentaires sur la pénurie de médecins, ils faisaient référence au début des années 1990, période au cours de laquelle le premier ministre néo-démocrate, qui est maintenant un député libéral, a réduit le nombre de places dans les facultés de médecine, ce qui a été terrible pour la population de médecins au Canada. Un événement dont on se rappelle avec plaisir c'est que, depuis que vous êtes ministre de la Santé, vous avez inauguré une nouvelle école de médecine dans le nord de l'Ontario, ce que je considère comme un grand pas en avant.

Un des faits que l'on reconnaît, c'est que, bien qu'il y ait pénurie et que l'on puisse recruter des médecins dans d'autres pays, tant qu'on n'aura pas ouvert un plus grand nombre de facultés de médecine dans les provinces, ça posera un défi. Savez-vous si d'autres ministres de la Santé canadiens prendront des mesures courageuses, comme vous l'avez fait en votre qualité de ministre de la Santé, et s'ils créeront des places supplémentaires dans des écoles de médecine?

● (1230)

L'hon. Tony Clement: Certainement. À l'échelle du Canada, plus de 800 postes d'étudiants du premier cycle de première année ont été ajoutés au cours des neuf ou dix dernières années. L'orthodoxie du début des années 1990, et vous avez mentionné M. Rae et d'autres premiers ministres de l'époque... Bob Rae a reconnu dans ses mémoires qu'une des pires choses qu'il ait jamais faites a été de réduire le nombre d'inscriptions aux écoles de médecine, ce qui est significatif, car il a pris beaucoup de mauvaises initiatives. Quoi qu'il en soit, nous inversons la tendance, et nous constatons déjà certaines améliorations.

L'École de médecine du nord de l'Ontario est une grande réussite. Je pense que d'autres provinces envisagent d'ouvrir de nouvelles écoles de médecine également. Nous les y encourageons, cela va de soi.

C'est une réussite lorsque les deux parties concernées se disputent pour savoir à qui devrait revenir le mérite pour l'École de médecine du nord de l'Ontario. Vous avez toutefois raison, c'est moi qui ai annoncé la création de cette école. J'en suis très fier. Les premiers diplômés depuis sa création sortiront cette année.

S'il y a parmi les auditeurs des diplômés en médecine, je leur demande de rester au Canada et d'envisager de s'établir dans la circonscription de Parry Sound—Muskoka.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

Nous donnons maintenant la parole à Mme Wasylcyia-Leis.

Heureux que vous soyez de retour. Vous aurez vos dix minutes.

Mme Judy Wasylcyia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci beaucoup. Je m'excuse, mais je vous remercie d'avoir remanié le programme pour que je puisse poser mes questions au ministre. Pardonnez-moi si je pose une question qui a déjà été posée.

Je voudrais m'intéresser surtout à l'état de notre système de soins de santé, sur lequel nous avons entendu de très nombreux commentaires dans le cadre de l'examen décennal de l'Accord sur la santé. Je présume que ce qui me vexe un peu, c'est que, dans votre exposé, vous n'avez même pas utilisé les termes « système national de soins de santé » ou « assurance-maladie » ou la Loi canadienne sur la santé. Je ne vois aucune tentative de votre part, que ce soit dans le budget des dépenses, dans votre discours ou encore par vos actes, d'indiquer, à moi et aux Canadiens, que vous êtes préoccupé au sujet de l'érosion de notre système de soins de santé et des témoignages de plus en plus nombreux de personnes qui doivent payer pour les services dont elles ont besoin, de l'augmentation du nombre de cliniques privées, de l'augmentation du nombre de P3 et de la dégradation insensée de notre système, dont vous rejetez le blâme sur les gouvernements provinciaux, ni d'essayer d'édifier un système qui ressemble à un régime d'assurance-maladie et s'appuie sur nos principes.

Pouvez-vous citer des principes dans lesquels vous croyez en ce qui concerne les soins de santé? Quand je vous ai posé des questions à la Chambre, vous avez répondu que vous étiez un grand partisan du système à payeur unique et des cinq principes du régime d'assurance-maladie, mais il me semble que vous restez passif et laissez faire la privatisation, la commercialisation et l'érosion, par osmose et de façon furtive. Je ne vois aucun leadership de votre part et aucune volonté de régler le problème. En fait, c'est plutôt l'inverse. On entend, naturellement, des commentaires sur les questions financières et le budget pour les P3 qui engendreront, aux dires de tout le monde, des problèmes supplémentaires pour les soins de santé publics. On entend des commentaires concernant l'envoi dans les Caraïbes d'une mission commerciale, parrainée par le gouvernement fédéral, ayant pour but de soutenir des cliniques privées qui commercialisent des interventions chirurgicales. On entend les témoignages des provinces et on ne voit aucune initiative de la part du gouvernement fédéral. Je pense que les Canadiens ont le droit de connaître le plan que vous avez pour sauver le régime d'assurance-maladie.

L'hon. Tony Clement: Merci pour la question.

Vous n'étiez pas ici, ça se voit. Vous avez en fait été battue à plates coutures par M. Fletcher...

Mme Judy Wasylycia-Leis: Oh, je suis surprise.

L'hon. Tony Clement: ... notre député de Winnipeg.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je ne pensais pas que cette question serait posée, surtout pas par un membre de votre parti.

L'hon. Tony Clement: Il m'a posé une question sur la Loi canadienne sur la santé et m'a demandé comment notre parti et notre gouvernement l'appuyaient. Nous avons des interactions avec les provinces et les territoires alors qu'ils innovent leur système pour veiller à ce que leurs projets soient conformes aux dispositions de cette loi. Je continuerai de remplir cette fonction. Je l'assume de façon vigoureuse, je tiens à le signaler officiellement.

Cependant, je pense qu'il serait juste de dire que nous avons été préoccupés au sujet de la durabilité du système des soins de santé. C'est précisément la raison pour laquelle une de nos cinq principales promesses électorales était la garantie du délai d'attente et pour laquelle nous étions aussi fiers d'avoir au moins amorcé le processus et d'avoir convaincu dix provinces et trois territoires d'offrir au moins une garantie en ce qui concerne les délais d'attente. Certaines provinces, comme la province de Québec, ont annoncé trois garanties en ce qui concerne les délais d'attente, et nous annonçons des garanties supplémentaires par le biais de nos projets pilotes.

Ces garanties ont pour objet de réduire les délais d'attente et d'accroître l'accessibilité du système, tout cela dans le contexte du système public — et j'insiste sur ce point — en ayant recours à des techniques de gestion et à des techniques administratives novatrices pour faire des progrès. Je pense que nous sommes en fait sur la même longueur d'onde à ce chapitre.

• (1235)

Mme Judy Wasylycia-Leis: J'en suis très consciente. Bien que nous ayons entendu un bon témoignage de la part des porte-parole de l'Alliance sur les temps d'attente, la plupart des personnes estiment que l'amélioration des délais d'attente est tellement insignifiante qu'elle se remarque à peine dans la plupart des cas. Elle n'a pas eu un gros impact sur le besoin d'accéder au système dans de très courts délais.

Voici les crises qui touchent le Canada de façon générale et vous n'en avez mentionné aucune dans votre allocution. Il y a d'abord une

crise concernant les ressources humaines en santé, qu'il s'agisse de médecins, de personnel infirmier, de techniciens-spécialistes ou d'autres travailleurs ou professionnels en soins de santé; une sévère pénurie et une crise sérieuse touchent tous les domaines. Nous avons une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques dans le contexte de laquelle je ne vois aucune action de la part de vos homologues; elle reste sur les tablettes, où la poussière s'accumule. Il n'y a pas de stratégie nationale en ce qui concerne les salles d'urgence. Il n'existe pas de stratégie nationale en matière de naissance. Il n'existe pas de stratégie nationale... Je pourrais continuer indéfiniment.

De très nombreux groupes ont déploré l'absence totale d'une stratégie pancanadienne visant à remédier aux sévères lacunes du système et à nous aider à maintenir le régime d'assurance-maladie et à l'améliorer. La Stratégie en matière de ressources humaines n'a même pas été prolongée; elle est maintenant venue à échéance. On n'a pas mis de nouveau programme en place. On a plutôt fait des réductions budgétaires ça et là et aucun programme de soutien n'a été mis en place. On a réduit le montant des fonds affectés à la santé des premières nations et des Inuits. On a réduit les crédits destinés à l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée. Le budget du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a également été réduit. C'est également le cas en ce qui concerne les étudiants de premier cycle et de deuxième cycle en santé publique. Les fonds destinés à la lutte contre le VIH-sida ont également été réduits, ainsi que le budget de l'Agence de la santé publique du Canada.

Vous faites un repli dans tous les secteurs où l'on devrait s'attendre à une certaine détermination, une certaine vigueur et une certaine énergie. Où est la stratégie pancanadienne dont on a désespérément besoin dans un si grand nombre de secteurs?

L'hon. Tony Clement: Ça n'étonnera personne que je signale que nous ne sommes pas d'accord au niveau de l'interprétation en ce qui concerne ces questions.

Nous sommes le premier gouvernement de l'histoire du Canada à avoir annoncé une Stratégie nationale de lutte contre le cancer. Je remarque que vous ne l'avez pas mentionné. Nous avons fait de grands progrès en ce qui concerne la mise en place d'une stratégie nationale pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Ces deux types de maladies sont responsables de la grande majorité des décès dans le contexte du système des soins de santé et dans la société.

Nous avons réorganisé la Stratégie nationale sur le diabète et nous travaillons sur plusieurs stratégies axées sur des maladies précises, et continuerons de le faire. Nous avons également une stratégie en ce qui concerne l'obésité. Nous en avons une aussi en ce qui concerne la santé des enfants. Toutes ces initiatives n'ont pas été abandonnées et nous continuerons ainsi.

Vous n'étiez pas là pendant les discussions que nous avons eues sur les ressources en santé humaine, mais j'ai signalé que, dans le contexte de l'Accord sur la santé, nous avons mis en place un fonds de 38 millions de dollars par an, que nous utilisons pour aider les provinces à mettre en oeuvre certaines de leurs stratégies, qu'il s'agisse de celles concernant les diplômés étrangers ou de celles que nous venions de terminer, sur les écoles de médecine et sur les places supplémentaires pour les ressources en santé humaine dans le système éducatif. J'ai également signalé que, ces trois dernières années, le nombre de médecins qui viennent des États-Unis pour s'établir au Canada a été en fait plus élevé que celui des médecins qui s'en sont allés aux États-Unis et que, par conséquent, au niveau des cerveaux, nous réalisons un gain.

Je ne prétends pas que la crise soit derrière nous. Je signale toutefois que nous réalisons des progrès constants et que le gouvernement fédéral participe à la solution.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Pensez-vous que nous ayons en fait besoin d'une Stratégie nationale en matière de ressources humaines en santé qui ait des objectifs précis, qui sache exactement dans quels secteurs il y a des lacunes et qui soit fondée sur des principes solides qui donnent un certain espoir à la population?

L'hon. Tony Clement: Je vous ferai remarquer que ce sont les provinces qui ont tous les leviers qui font la plus grande différence, qu'il s'agisse des collèges réglementaires, des questions de titres de compétences, et autres questions semblables, de l'accès à des places de résidents en médecine. Nous octroyons de plus en plus de fonds chaque année aux provinces, mais je ne pense pas qu'il soit utile...

Mme Bennett a fait un commentaire intéressant sur la bonne entente avec les provinces, et c'est ce que nous faisons dans le domaine des soins de santé; je les respecte pour le rôle et les responsabilités qu'elles ont, et elles me respectent pour mon rôle et mes responsabilités.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je pense que les provinces aimeraient beaucoup un certain leadership concerté de votre part, le type de leadership qu'on a connu il y a des années, lorsque le gouvernement fédéral s'est mis à établir des écoles de médecine. Je pense que nous sommes dans le type de situation où une initiative sérieuse de la part du gouvernement fédéral s'impose.

Il ne s'agit pas seulement d'un problème provincial, local ou territorial. Nous avons affaire à une question qui doit être réglée à l'échelle nationale sinon, nous nous exposons à de graves incursions et à des problèmes sévères entre les différents paliers de compétence.

L'hon. Tony Clement: Nous ne nions certainement pas qu'un problème se pose. Ce que je veux dire, c'est que nous collaborons avec les provinces et avec les territoires.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Compte tenu du vieillissement de la population, on ressent beaucoup l'absence d'une stratégie nationale de quelque type que ce soit, pourtant bien nécessaire, et on ne constate aucune tentative de votre part pour mettre en place un programme national en ce qui concerne les soins à domicile ou les soins communautaires. Nous remarquons plutôt des réductions budgétaires. Vous et les libéraux, tous les deux, vous avez supprimé le Secrétariat sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie, un pilier essentiel du programme nécessaire en ce qui concerne une population vieillissante. Où est le programme pour les soins à domicile, les soins prolongés et les soins palliatifs dans votre direction générale? Où est la stratégie nationale?

• (1240)

L'hon. Tony Clement: En ma qualité de député, j'ai l'impression que vous voulez vous présenter à la direction de votre parti au niveau provincial. Je ne vois pas pourquoi...

Mme Judy Wasylycia-Leis: J'ai été députée provinciale. Je suis maintenant députée fédérale parce que j'estime que le gouvernement fédéral a un rôle très important à jouer.

L'hon. Tony Clement: S'il y a une personne qui devrait savoir que, pour que le gouvernement fédéral s'engage dans les domaines des soins à domicile et des soins communautaires... c'est bien vous. Nous octroyons des fonds aux provinces à cette fin. Elles sont, naturellement, en charge de ces dossiers. Nous n'interviendrons pas dans ces domaines.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Par conséquent, vous n'approuvez pas du tout l'accord décennal dans lequel il était question d'un programme national de soins à domicile.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci. Nous passons...

Mme Judy Wasylycia-Leis: Puis-je prendre mon autre période de cinq minutes maintenant?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Nous vous laisserons faire une pause, puis vous pourrez continuer plus tard.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, monsieur le président.

Bonjour, monsieur le ministre. Je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui. J'ai quelques questions simples à vous poser.

La liste des produits qui doivent être évalués avant d'être mis sur le marché s'allonge. Peu d'inspecteurs font ces évaluations à l'heure actuelle. Par conséquent, un certain nombre de produits, notamment des produits naturels, n'ont toujours pas fait l'objet d'une homologation leur permettant d'être vendus de façon sécuritaire au public.

Je vois dans le budget de 2008 que vous avez prévu 113 millions de dollars sur 2 ans pour un plan d'action visant à assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation.

De quelle façon avez-vous déterminé ce montant? Comment cet argent va-t-il être dépensé? Combien va-t-il y avoir de nouveaux inspecteurs? Est-il clair que ces 113 millions de dollars sur 2 ans vont permettre de raccourcir la liste des produits de façon notable?

L'hon. Tony Clement: Ce montant d'argent servira à couvrir tous les changements prévus au système pour améliorer la situation actuelle. Il y aura davantage d'employés pour relever ce défi. Nous pouvons doubler le nombre d'inspecteurs de ce programme. Le budget est adopté et appuyé, mais ce projet de loi vise à améliorer la situation au Canada.

M. Luc Malo: Il y en aura combien d'autres, monsieur le ministre? Va-t-on doubler les effectifs?

L'hon. Tony Clement: Nous allons doubler le nombre d'inspecteurs.

M. Luc Malo: Ça pourra aller jusqu'à combien?

L'hon. Tony Clement: Il y en a maintenant 40.

M. Luc Malo: Il y en aura donc 80?

L'hon. Tony Clement: Oui. Il y en aura au moins 80.

M. Luc Malo: Ces 80 personnes seront-elles affectées à l'inspection? Et au ministère, pensez-vous...

L'hon. Tony Clement: Oui. Ces inspecteurs n'inspectent que les produits de consommation. Il y a aussi des inspecteurs pour les médicaments et d'autres pour les aliments. Il y aura davantage d'inspecteurs dans chacun de ces secteurs.

M. Luc Malo: Dans quelle mesure l'homologation va-t-elle se faire plus rapidement? Combien de produits supplémentaires pourront être inspectés?

• (1245)

L'hon. Tony Clement: L'approche sera différente. En anglais, cela s'appelle

[Traduction]

a risk-based approach pour ces produits, si bien que si les risques sont relativement limités, ce sera moins lourd et la surveillance sera moins complexe, du fait même. Si les risques sont plus grands, ça représentera, naturellement, une plus lourde charge, et la surveillance sera plus complexe.

[Français]

Le sous-ministre peut peut-être ajouter quelques mots.

M. Morris Rosenberg (sous-ministre, ministère de la Santé): Merci, monsieur le président.

Il y a trois volets à notre action: la prévention, la surveillance ciblée et la réponse rapide, et ce, pour chacun des domaines de ce plan, c'est-à-dire les produits de consommation, les aliments et les drogues. Il est évidemment important d'avoir les effectifs nécessaires sur-le-champ pour faire le travail, et on a eu des ressources pour la mise en vigueur de ce plan. Je ne peux pas vous donner le chiffre exact aujourd'hui, mais nous avons l'intention d'augmenter le nombre d'inspecteurs sur-le-champ dans chacun de ces domaines.

M. Luc Malo: Il faut aussi donner aux inspecteurs d'autres outils pour faire le travail.

M. Morris Rosenberg: Ce qui est très important dans la nouvelle loi, c'est la modernisation de notre cadre législatif. En comparaison avec celle d'autres pays, la législation canadienne actuelle présente des lacunes importantes quant au pouvoir de rappeler des produits, par exemple, quant aux autres pouvoirs des inspecteurs et quant aux amendes qui sont très basses en ce moment.

M. Luc Malo: On va étudier ça ici un peu plus tard...

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci.

Merci, monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Déjà?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Vous aviez cinq minutes.

M. Luc Malo: Vous m'en voulez personnellement, monsieur le président.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Madame Davidson.

Non, c'est au tour de M. Tilson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): C'est d'abord M. Tilson.

M. David Tilson (Dufferin—Caledon, PCC): Je poserai une toute petite question, puis je laisserai la parole à Mme Davidson.

Ma question concerne l'investissement dans les personnes âgées. Le recensement de 2006 a indiqué que le nombre de personnes âgées

de plus de 65 ans a dépassé les 4 millions. Un Canadien sur sept est une personne âgée.

Votre circonscription est, bien entendu, une région de chalets. Un nombre croissant de personnes déménagent vers des régions comme la vôtre pour s'y établir définitivement et y prendre leur retraite. La question est de savoir si ces régions sont équipées des installations nécessaires pour offrir des services aux personnes âgées et si elles se sont dotées d'installations spécialement conçues pour les personnes âgées. Une chose est sûre, c'est que le gouvernement du Canada est déterminé à veiller à ce que les politiques, les programmes et les services répondent aux besoins des personnes âgées.

Ma question, monsieur le ministre, est la suivante: quel est le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada en ce qui concerne le vieillissement en santé des personnes âgées?

L'hon. Tony Clement: Certainement; je suis sûr que M. Butler-Jones fera également quelques commentaires avec plaisir.

Je voudrais signaler d'emblée qu'un grand nombre de nos politiques auront, naturellement, une incidence très positive sur la santé et le bien-être des personnes âgées. La Stratégie nationale de lutte contre le cancer, par exemple, notre stratégie de prévention des maladies cardiovasculaires et les initiatives que nous prenons en ce qui concerne la santé mentale des personnes âgées, dans le cadre de notre Stratégie sur la santé mentale, auront toutes un impact. La sécurité des médicaments, la sécurité des produits alimentaires et la sécurité des produits auront aussi un impact très positif sur la santé et la sécurité des personnes âgées.

M. Butler-Jones pourrait peut-être faire quelques commentaires également.

Dr David Butler-Jones: Certainement, monsieur le ministre.

Je donnerai deux ou trois exemples. Nous avons travaillé avec l'OMS et nous lui avons versé des fonds pour mener une vaste étude multinationale concernant les collectivités, les villes et les régions rurales amies des aînées. L'étude portait également sur les éléments qui sont en fait favorables à un vieillissement en santé. Ce ne sont pas des lieux destinés uniquement aux personnes âgées, mais aux personnes de tout âge — l'étude portait sur la prévention des chutes comme sur les types de caractéristiques des collectivités qui soutiennent les personnes âgées; il s'agissait également de collaborer avec d'autres ministères et d'autres secteurs en ce qui concerne la violence et la négligence envers les aînés, la prévention des chutes et la capacité d'intervention en cas d'urgence. En d'autres termes, on s'est demandé comment les collectivités réagissent et on voulait éviter une nouvelle tragédie comme celle de Paris, pendant laquelle de nombreuses personnes âgées sont décédées dans la solitude de leur appartement.

Ce sont là quelques exemples qui s'inscrivent dans un cadre plus général concernant les facteurs qui font des collectivités des lieux favorables à la santé et au bien-être des personnes de tout âge et en particulier, en l'occurrence, des personnes âgées.

• (1250)

Mme Patricia Davidson: Je voudrais poser également une toute petite question qui s'adresse peut-être aussi à M. Butler-Jones. Je pense que ça relève de l'Agence de la santé publique du Canada.

Pendant des années, vous avez eu plusieurs programmes et initiatives axés sur les femmes enceintes ou les femmes susceptibles de devenir enceintes, sur les femmes en âge de procréer, pour encourager la consommation d'aliments sains, l'activité physique régulière et d'autres habitudes semblables, et pour décourager le tabagisme ou la consommation d'alcool. Je pense que vous aviez lancé l'année dernière la première campagne publicitaire de promotion de ce style de vie sain et que la deuxième vague de cette campagne se déroule ce mois-ci.

Pourriez-vous expliquer quelles initiatives le gouvernement fédéral prend pour aider les jeunes femmes seules à diminuer les risques d'une grossesse dans des conditions malsaines?

Dr David Butler-Jones: Puis-je répondre à cette question, monsieur le ministre?

L'hon. Tony Clement: Allez-y.

Dr David Butler-Jones: Je pense que le problème, c'est que, pour faire la promotion de grossesses saines et du bien-être, il faut y penser bien avant le début de la grossesse. C'est pourquoi il est essentiel d'établir des partenariats entre les différents paliers de gouvernement, les différents secteurs, les organismes bénévoles, etc.

Nous recueillons notamment les meilleures données et menons par exemple la campagne sur une grossesse saine; nous informons les femmes de tous âges des facteurs qui interviennent et faisons savoir comment les collectivités peuvent soutenir et créer des environnements plus propices à des grossesses saines. Ça couvre tous les domaines, depuis les initiatives qu'on prend à titre individuel jusqu'à de bons soins médicaux tout au long de la grossesse, la mise en place de systèmes appropriés, etc.

La députée a mentionné que la façon dont ces pièces sont assemblées est importante; eh bien, nous apportons une de ces pièces. La plupart des initiatives sont, naturellement, prises à l'échelle locale, mais nous voulons apporter une contribution en rassemblant les pièces et en expliquant le genre de mesures que nous pouvons prendre pour améliorer les chances que la grossesse se passe bien et ce, de façon constante.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci.

Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci beaucoup.

Monsieur le ministre, je suis préoccupée d'apprendre aujourd'hui que le gouvernement fédéral a renoncé complètement à l'idée de jouer un rôle dans la fourniture de soins à domicile ou de soins communautaires. C'est un domaine que les Canadiens ont à coeur; c'est l'étape suivante du régime d'assurance-maladie, et vous avez exclu toute possibilité d'y participer sous prétexte que ce sont des initiatives strictement locales. À vrai dire, sans vouloir déprécier les provinces, j'estime que l'approche que vous avez adoptée aujourd'hui est très provinciale et très locale, mais pas nationale du tout.

Vous me suggérez, parce que je pose ces questions, de faire un retour dans la politique provinciale, au Manitoba. Monsieur le ministre, je vous signale que nous avons désespérément besoin d'une vision nationale en ce qui concerne les soins de santé et que vous n'avez pas une seule fois exposé votre vision ou que vous ne l'avez pas couchée sur papier ou encore que vous n'avez pas dit au comité ou à la Chambre ce que vous comptiez faire pour soutenir les soins de santé.

Vous utilisez l'argument de la compétence provinciale à votre convenance et, en ce qui concerne les soins à domicile, vous refusez donc de vous mêler des affaires des gouvernements provinciaux. Cependant, lorsque ça vous arrange d'être sévère, en ce qui concerne

les médicaments et les produits de consommation par exemple, vous ordonnez à tous les hôpitaux et aux provinces de recueillir de l'information sur les réactions indésirables.

Quand vous le voulez, vous intervenez; quand ça vous arrange, mais pas quand il s'agit de renforcer le système des soins de santé — alors que de nombreux experts ont toujours dit que ce serait souhaitable — en ce qui concerne les hôpitaux et les médecins, les médicaments, les soins à domicile et les soins communautaires. Je suis absolument stupéfaite par votre manque de vision et par votre prétexte que le gouvernement fédéral n'a aucune marge de manoeuvre pour s'engager dans ces domaines.

Avez-vous totalement renoncé à l'idée d'instaurer un système national de soins à domicile? Avez-vous totalement renoncé à une stratégie nationale en matière d'assurance-médicaments?

Vous faites mention d'une Stratégie nationale de lutte contre le cancer, ce qui est très bien. Tout le monde s'en réjouit. Elle ne s'applique toutefois pas à la recherche et à la prévention. Vous faites une distinction commode entre la recherche et le développement de médicaments et la prévention, et vous ne vous préoccupez pas des personnes qui décèdent des suites d'un cancer.

• (1255)

L'hon. Tony Clement: Je suis désolé, mais c'est ridicule.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je ne voulais pas exagérer. Je m'excuse. Je retire ce que je viens de dire.

L'hon. Tony Clement: Merci.

Mme Judy Wasylycia-Leis: En suggérant que les soins palliatifs n'ont pas leur place dans le régime fédéral, parce que vous avez réduit le budget et que le bureau des soins palliatifs a disparu...

Vous dites qu'il n'y a aucune place pour un programme national de soins à domicile visant à aider les personnes qui sont dans le besoin et celles qui luttent contre un cancer, contre une maladie cardiaque ou qui ont d'autres problèmes.

Pouvez-vous avoir une vue d'ensemble et tenter d'aborder la question d'un point de vue global et dans une perspective nationale, en ayant une vision?

L'hon. Tony Clement: Certainement. Je suis bien conscient de cela.

Je veux en tout cas m'assurer que le compte rendu relate les faits, car le gouvernement fédéral est impliqué dans les soins à domicile et dans les soins communautaires. Il l'est par le biais de paiements de transfert. Ces paiements de transfert ont augmenté de 6 p. 100 cette année, ce qui représente le versement d'une somme supplémentaire de 1,2 milliard de dollars aux provinces.

Je ne pense pas que vous et votre parti veuillez faire une campagne électorale sur la création d'un niveau de bureaucratie supplémentaire pour se charger des soins à domicile, plutôt que de transférer les fonds destinés aux soins à domicile aux provinces pour leur permettre d'offrir de meilleurs services dans ce domaine. Vous pouvez faire votre campagne électorale là-dessus; allez-y, mais en ce qui me concerne, je ne tiens pas à m'engager à établir un niveau de bureaucratie supplémentaire pour les soins à domicile et les soins communautaires.

Vous parlez d'une vision nationale. Dans le cadre de mes fonctions de ministre de la Santé, je mets l'accent sur les choses sur lesquelles le gouvernement fédéral doit le mettre, et nous laissons les provinces agir dans les secteurs qui relèvent de leur compétence. Si le Nouveau Parti démocratique veut faire une campagne électorale sur une autre base que cela, eh bien qu'il le fasse.

Notre vision en ce qui concerne les soins de santé est toutefois que, depuis 40 ans, le gouvernement n'avait pas fait de remaniement en ce qui concerne la sécurité des produits, la sécurité des médicaments et des produits alimentaires, car il était trop occupé à s'ingérer dans les affaires des provinces. Je laisse les provinces faire leur travail et je m'occuperai de ce que nous devons faire pour le Canada.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Monsieur Thibault, pour deux questions.

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Étant donné que nous sommes à court de temps, je ne poserai que deux questions et ferai un commentaire. Si vous avez le temps d'y répondre immédiatement, faites-le, mais sinon, j'aimerais que vous communiquiez la réponse au comité.

Je tiens avant tout à vous remercier d'être resté après les heures normales de séance de notre comité. Les votes ont malheureusement empiété largement sur le temps dont nous disposions.

Je voudrais revenir à la question de la capacité de surcharge. Vous étiez ministre de la Santé en Ontario pendant la crise du SRAS. Vous avez alors déclaré que vous estimiez personnellement qu'il fallait accroître la capacité de surcharge. Tous les administrateurs d'hôpitaux à travers le pays signalent que ça posera un gros problème en cas de pandémie, surtout lorsqu'on se trouve dans une position où les travailleurs de première ligne sont en danger et sont les premiers touchés. Nous avons donc besoin de cette capacité de surcharge.

Je reconnais que ça relève de l'administration provinciale, mais je pense que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer; j'aimerais par conséquent que vous examiniez la suggestion suivante. Je pense à ce qui se fait, dans tous les ministères, dans le contexte des relations fédérales-provinciales, notamment dans le domaine du logement social, et je pense au rôle que la SCHL pourrait jouer — un rôle qu'elle a déjà joué et qu'elle pourrait jouer à nouveau — en aidant à construire des maisons de soins infirmiers et autres installations semblables; on pourrait au moins optimiser les hôpitaux de première ligne et faire en sorte que leur capacité soit suffisante, car ce serait utile en médecine d'urgence. Ce serait bien d'avoir la capacité de surcharge nécessaire.

J'aimerais aborder un autre sujet dont j'ai déjà discuté avec vous à la Chambre. Les projets de loi que vous présentez — et je sais que nous en discuterons de façon plus approfondie — accordent des pouvoirs qui étaient inexistantes. Il y a toujours un risque que ça devienne une responsabilité qu'il faille assumer en tout temps.

Actuellement, votre ministère signale aux Canadiens les risques pour la santé que représentent certains produits alimentaires et certains comportements; c'est bien et c'est nécessaire, mais ça dépasse parfois les limites. Ce fut notamment le cas cette semaine en ce qui concerne le tomali de homard, en lançant un avis sur les risques que sa consommation pouvait poser. Il s'agit d'un avis du ministère de la Santé, qui a très bonne réputation et dans lequel les Canadiens ont confiance. Dans le troisième paragraphe de cet avis, il est toutefois indiqué que si on mange le tomali de plus de deux homards par jour, ça pourrait poser un risque d'empoisonnement d'origine parasitaire — si cette population de homards est touchée. C'est un risque vraiment minime, mais ce faisant, il est possible que vous mettiez en danger une industrie de plusieurs millions de dollars dans les régions côtières du Canada Atlantique.

Ma question est donc la suivante: quelle procédure suivez-vous? Discutez-vous avec des représentants du ministère des Pêches et des

Océans, et avec toutes les personnes et les provinces concernées, avant de publier des avis?

Si vous avez le temps d'y répondre, j'aimerais également vous poser une autre question concernant la Loi sur la procréation humaine assistée. La loi est en place depuis plusieurs années déjà. Il y a deux ans, la première série de règlements sur la signature ou le consentement a été publiée. Où sont tous les autres? Où sont les sept autres séries de règlements? Pourquoi ces règlements n'ont-ils pas été publiés? Pour quand peut-on les attendre?

• (1300)

L'hon. Tony Clement: Pour cet automne.

L'hon. Robert Thibault: Les sept séries de règlements pour cet automne?

L'hon. Tony Clement: Plusieurs seront publiés cet automne.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci.

Monsieur le ministre, si vous pouviez répondre aux deux autres questions en communiquant votre réponse à la greffière, ce serait très apprécié.

L'hon. Tony Clement: Oui, je pense que c'est probablement la solution la plus sage. Merci.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

Avant de partir, madame Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: Je voudrais seulement signaler que le comité avait demandé au ministre et au ministère une analyse complète du plan décennal. Nous ne l'avons pas encore reçue; tout ce que nous avons reçu, c'est une série d'autres rapports.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Madame Bennett...

L'hon. Carolyn Bennett: Pouvons-nous demander au ministre de présenter un rapport adéquat sur ce plan décennal?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Je pense que nous devons passer aux votes.

L'hon. Carolyn Bennett: Non, monsieur le président. C'est très important. Le comité avait présenté une motion pour obtenir un rapport adéquat sur le plan décennal...

M. David Tilson: Le temps dont nous disposions est écoulé.

L'hon. Carolyn Bennett: Monsieur le ministre, votre ministère a envoyé au lieu de ça une liste des rapports du Conseil de la santé et toute une série de documents. Je voudrais que le rapport ministériel sur le plan décennal soit déposé.

M. Steven Fletcher: Il faut que nous votions, monsieur le président.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Madame Bennett, vous pourrez présenter une motion à cette fin à la prochaine séance, mais ce n'est pas admissible maintenant, à titre de rappel au Règlement.

Comme vous le savez, il faut que nous votions.

Je passe immédiatement à la mise aux voix des crédits.

SANTÉ

Ministère

Crédit 1 — Dépenses de fonctionnement 1 661 621 000 \$

Crédit 5 — Dépenses en capital 60 000 000 \$

Crédit 10 — Subventions et contributions 1 358 089 000 \$

Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée

Crédit 15 — Dépenses de programmes 11 783 000 \$

Instituts de recherche en santé du Canada
Crédit 20 — Dépenses de fonctionnement 42 891 000 \$
Crédit 25 — Subventions 881 250 000 \$
Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses
Crédit 30 — Dépenses de programmes 3 097 000 \$
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Crédit 35 — Dépenses de programmes 5 211 000 \$
Agence de la santé publique du Canada
Crédit 40 — Dépenses de fonctionnement 360 479 000 \$
Crédit 45 — Subventions et contributions 199 617 000 \$

(Les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40 et 45 sont adoptés avec dissidence.)

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Le président doit-il faire rapport des dix crédits sous la rubrique Santé à la Chambre?

Des voix: D'accord.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

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.