



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 003 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 18 mars 2010

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 18 mars 2010

• (0900)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Mesdames et messieurs, bonjour. Bienvenue une fois de plus au Comité de la santé. Je suis contente de voir que tout le monde est là ce matin.

Conformément à l'article 81(5) du Règlement, nous sommes ici pour examiner le Budget supplémentaire des dépenses (C) 2009-2010, crédits 1c, 5c, 10c, 25c, 40c, 45c et 50c sous la rubrique Santé, renvoyé au comité le mercredi 3 mars 2010 et conformément à l'article 81(4), du Règlement, le Budget principal des dépenses 2010-2011, crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45 et 50 sous la rubrique Santé, renvoyé au comité le mercredi 3 mars 2010. Nous allons examiner encore une fois les budgets ce matin.

J'aimerais dire un mot de bienvenue aux témoins que nous allons entendre ce matin.

Il y a Morris Rosenberg, sous-ministre du ministère de la Santé. Bienvenue encore une fois, monsieur le sous-ministre.

Nous allons entendre Glenda Yeates, sous-ministre déléguée. Bienvenue.

Nous avons Alfred Tsang, contrôleur ministériel. Bienvenue encore une fois, M. Tsang.

De l'Agence de la santé publique du Canada, nous allons entendre le Dr Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique. Encore une fois, bienvenue, Dr Butler-Jones.

Nous avons James Libbey, dirigeant principal des finances, qui se trouve à notre table encore une fois, ainsi que Mary Chaput, sous-ministre déléguée. Bienvenue à notre comité.

Nous n'allons pas entendre ce matin de déclarations d'ouverture. Nous les avons entendues hier. Nous allons passer directement à la période de questions et réponses, de façon à vous donner amplement le temps de poser toutes les questions que vous souhaitez.

Nous allons commencer un tour de sept minutes avec la Dre Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Bonjour, madame la présidente.

Bonjour à tous les témoins. Merci beaucoup d'être venus.

Avant de commencer, j'aimerais mentionner une fois de plus le taux de tuberculose constaté chez nos Inuits, qui est tout à fait inacceptable puisqu'il est 186 fois plus élevé que celui que l'on retrouve chez les Canadiens non autochtones, ainsi que celui des premières nations qui est 31,4 fois plus élevé que celui de la population non autochtone.

Ce taux est semblable à celui que l'on retrouve dans certains pays du monde en développement. C'est inacceptable.

Je me demande si nous pourrions envisager de convoquer à nouveau le Dr Gully pour revenir sur cette question.

M. Morris Rosenberg (sous-ministre, ministère de la Santé): Si vous le permettez, madame la présidente, j'aimerais commencer.

Je serais heureux de demander au Dr Gully de revenir. Le Dr Gully ne s'occupe pas seulement du virus H1N1, mais il fournit des conseils en matière de santé publique à la direction de la santé des premières nations et des Inuits. Nous serions, bien évidemment, heureux de trouver un moment approprié pour explorer cette question.

Si vous le souhaitez, nous pourrions peut-être aborder cette question un peu plus tard. Je vais demander à ma sous-ministre déléguée, Glenda Yeates, de vous dire quelques mots à ce sujet.

Mme Kirsty Duncan: Je crois que je vais en rester là. Merci.

M. Morris Rosenberg: Très bien.

Mme Kirsty Duncan: Le fait de savoir qu'il va venir nous démontre que cette question sera effectivement abordée.

Je vais revenir sur l'ICVV. Quelle était la raison initiale du lancement de l'ICVV?

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Le Canada souhaitait participer aux efforts déployés à l'échelle mondiale pour mettre au point un vaccin. À l'époque de sa création, une des lacunes ou un des défis était l'absence d'unités de fabrication à petite échelle de vaccins destinés à des essais cliniques. C'est la raison pour laquelle cet aspect faisait partie de la mission stratégique de l'ICVV du Canada. Cet aspect a été réglé par la suite et les ressources qui y étaient consacrées ont été affectées ailleurs.

Mme Kirsty Duncan: Est-ce que la raison d'être de cette initiative était le fait qu'un certain nombre d'essais cliniques avaient échoué pour la raison que les lots de vaccins destinés à ces essais avaient été fabriqués dans des conditions inadéquates et que ce n'était pas, en fait, la conception du vaccin qui était en cause.

• (0905)

Dr David Butler-Jones: Non. Comme vous pouvez le comprendre, l'élaboration d'un vaccin contre un rétrovirus pose d'énormes défis. Un des principaux défis est qu'il ne faut pas en fait stimuler... Étant donné que l'action d'un rétrovirus a pour effet de solliciter le système immunitaire, il ne faudrait pas déclencher l'intervention du système immunitaire chez des personnes autrement en bonne santé.

Comme nous l'avons constaté à la suite de tous les essais cliniques effectués, la complexité du vaccin a soulevé de nombreux défis et même celui qui paraît le plus prometteur n'avait des effets très marginaux. Le problème actuel consiste à définir des modèles de vaccin qui offrent de bonnes perspectives d'efficacité. Nous avons fait de nombreux essais qui n'ont pas donné de bons résultats et cela ne venait pas de la fabrication; cela venait en fait de la conception du vaccin.

Mme Kirsty Duncan: J'essaie toujours de comprendre pourquoi le gouvernement a demandé, en 2009, une étude sur la diligence raisonnable, lorsqu'il a annoncé son partenariat avec Gates en 2006.

Nous avons que le comité scientifique s'est réuni en mai 2009 et vous avez très gentiment offert de nous communiquer les dates auxquelles avaient eu lieu les autres réunions. Il semble que le comité international ait été invité au mois de mai et qu'au même moment, ce processus parallèle se poursuivait. Je crois que vous avez axé cette étude sur les capacités à l'échelle mondiale. N'aurions-nous pas dû nous pencher plutôt sur la question de la qualité des processus de fabrication?

Dr David Butler-Jones: Nous poursuivions le processus. Finalement, aucun des intéressés n'a répondu aux critères exigés. Parallèlement, compte tenu du temps écoulé et du fait que le monde avait changé, Gates a commandé cette étude sur la capacité pour être certain que nous allions dans la bonne direction. Cette étude a finalement montré qu'en réalité, la capacité dans ce domaine avait augmenté et que les besoins et la situation avaient changé; étant donné que nous n'avions pas pu retenir d'offre et que la question de la capacité était maintenant réglée, il a semblé préférable d'affecter ces fonds ailleurs.

Chaque fois que ce genre de chose arrive, on dit toujours qu'on aurait dû faire les choses différemment à propos du H1N1, parce que le H1N1 est apparu au mois d'avril et que nous aurions dû savoir un an auparavant que ce H1N1 allait apparaître. On ne connaît les choses qu'au moment où on les apprend et il y a eu effectivement des études qui ont démontré, lorsque nous avons démarré ce processus, que ce besoin existait. Lorsque nous avons terminé cette étude l'année dernière, le besoin avait disparu. La situation évolue que nous le voulions ou non.

Mme Kirsty Duncan: Pensez-vous que le rapport Oliver Wyman soulève certains problèmes?

Dr David Butler-Jones: Le rapport lui-même faisait état d'un certain nombre de limitations, mais il existe de nombreux éléments qui indiquent très clairement que la situation a changé et cela a amené les responsables à décider d'affecter ces ressources à d'autres domaines de la recherche d'un vaccin contre le VIH.

Mme Kirsty Duncan: Ce document contient effectivement au tout début un avertissement. Vous paraît-il acceptable que ce document soit fondé en partie sur des renseignements secondaires qui n'ont pas fait l'objet d'une vérification indépendante?

Dr David Butler-Jones: Dans ce cas-ci oui, parce qu'on ne peut pas tout faire et on ne peut pas tout suivre, mais dans ce cas-ci, oui.

Mme Kirsty Duncan: Les objectifs du projet étaient les suivants: le principal objectif était d'évaluer la capacité physique et non la qualité de la capacité, et lorsque cela était possible, d'obtenir des données sur les expériences antérieures en matière de BPF. L'étude devait évaluer la capacité physique et non pas la qualité de la capacité, pour la fabrication de vaccins destinés à des essais cliniques sur le VIH.

Je crois savoir que c'est le manque d'installations de fabrication respectant les conditions réglementaires très strictes applicables à la fabrication des vaccins qui était à l'origine de l'ICVV. Ces vaccins sont testés sur des personnes vivantes et nous devons assurer l'innocuité de tous les vaccins. Pensez-vous que l'étude aurait dû également porter sur les aspects qualitatifs de la fabrication — oui ou non?

Dr David Butler-Jones: Ces installations de production doivent respecter, là où elles existent, les dispositions réglementaires habituelles, comme le ferait un laboratoire, si nous devions le construire ici. Si nous le construisions ici, rien ne garantit qu'il serait meilleur qu'un autre qui serait construit ailleurs. C'est une réalité concrète.

Le fait est que pour ce qui est des essais cliniques, des examens éthiques, pour tous ces aspects, ces installations doivent respecter des normes. Cela fait partie du monde scientifique; il est impossible d'examiner 99,9999 p. 100 de toutes les questions. Le fait est que la capacité existe, qu'elle s'appuie sur des organismes de bonne réputation et le sentiment général est que cette capacité est suffisante pour nos besoins futurs.

● (0910)

La présidente: Merci, Dr Butler-Jones.

Allez-y, monsieur Malo.

[Français]

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

Malheureusement, ce matin, je vais devoir revenir sur les propos de mardi dernier de la part de Mme Michelle Boudreau, la directrice générale de la Direction des produits de santé naturelle. Comme j'en ai fait état mardi dernier, les chiffres qu'elle avançait ne semblaient pas correspondre aux chiffres que nous avaient soumis le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement. Je vais citer Mme Boudreau, qui disait: « Il reste seulement 193 demandes d'homologation à compléter dans l'arrière ».

Cela veut dire que lorsqu'on regarde l'arrière, soit la pile de ce qui reste à compléter on constate que tout le reste a été complété. Dans la pile, il reste à compléter 193 demandes. Le reste a été complété avec un oui ou un non. C'est ce que « complété » veut dire.

Voici une autre citation des propos de Mme Boudreau: « Alors, on est très confiants qu'on va atteindre l'échéancier qu'on s'est donné pour la fin du mois de mars ainsi que de compléter tout ce qui reste, environ 3 000 demandes d'homologation d'ici la fin de décembre 2010. »

En regardant les deux piles, soit la pile de ce qui est en retard et celle des demandes après avril 2008, c'est tout ce qui reste. Pour ce qui reste, Mme Boudreau nous dit que c'est 3 000, alors que, selon le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, ce qui reste, c'est 10 705 demandes. Je demande à M. Rosenberg de me dire quel est le véritable chiffre Est-ce 3 000 ou 10 705?

M. Morris Rosenberg: Merci de la question.

Je vais le demander à Mme Boudreau. Je vais lui demander si elle peut éclaircir la différence entre les chiffres des chercheurs de la Bibliothèque du Parlement et les siens.

Mme Michelle Boudreau (directrice générale, Direction des produits de santé naturels, ministère de la Santé): Merci.

Je vais certainement tenter d'éclaircir les chiffres et je reconnais qu'ils peuvent souvent porter à confusion.

En partie, c'est parce qu'on utilise deux termes. Je vais utiliser un terme anglais puisque je trouve qu'il se dit mieux. En français, on dirait que c'est le même terme. En anglais, on dit « addressed », alors qu'en français, on dit « traité ». Quand on parle du terme « addressed » en anglais, on veut dire qu'on a soit émis la licence pour le produit, qu'on a refusé la licence pour le produit ou qu'on est en train de traiter la demande, c'est-à-dire qu'on a consulté la demande, qu'on est en train d'en faire l'évaluation et qu'on a au moins émis une demande pour plus d'informations en vue de compléter la demande. On parle de ces trois choses lorsqu'on utilise le terme « addressed », qui ne se dit pas très bien en français. Dans cette langue, on dit « traité ». C'est donc ce nombre de 193 demandes qu'il nous reste à traiter, comme je l'ai mentionné l'autre jour.

M. Luc Malo: Vous n'utilisez donc plus le mot « compléter » ?

Mme Michelle Boudreau: Non, parce que pour ce qui du terme « compléter », je vais y revenir.

M. Luc Malo: C'est le mot « compléter » que vous aviez utilisé mardi.

Mme Michelle Boudreau: D'accord, je m'excuse si j'ai dit cela, mais la distinction à faire est que 193 demandes doivent toujours être traitées et que, dans le chiffre total exact qui est de 3 098, le reste, c'est-à-dire les 3 098 moins les 193, toutes les demandes pourront être complétées avec une décision finale d'ici la fin du mois de décembre. Toutefois, d'ici là, je ne peux pas vous dire qu'on aura complété les 9 764 demandes restantes. Ce n'est donc pas seulement l'arriéré, mais c'est la charge de travail normale. C'est la distinction à faire car je sais que les deux différents termes peuvent porter à confusion.

M. Luc Malo: J'ai posé la question à la ministre mardi et que je lui ai demandé si, comme elle nous l'avait dit le 10 février 2009, elle allait éliminer l'arriéré. Quand je dis « éliminer » lorsqu'on parle d'un déficit, cela veut dire qu'il n'y en a plus, que c'est zéro. C'est le terme qu'elle avait employé ici, au comité, en février 2009. Elle parlait d'éliminer l'arriéré avant le 31 mars et on m'avait dit oui. Alors, confirmez-vous toujours que l'arriéré sera éliminé d'ici le 31 mars ?

• (0915)

Mme Michelle Boudreau: Non, je vais simplement revenir à ce que j'ai dit précédemment. L'arriéré sera traité ou « addressed », en anglais, car je crois que cela se dit mieux, avant la fin du mois de mars et l'arriéré sera éliminé, si vous voulez utiliser le terme « éliminé », avant la fin du mois de décembre de cette année.

M. Luc Malo: Quel est l'échéancier complet? Car là, on reporte les échéanciers. On avait parlé de décembre 2009. C'est ce que le règlement nous dit. Vous vous êtes donnés un certain nombre de règles internes. Vous parliez de mars, mais en fin de compte, c'est décembre et finalement un peu plus tard. Toutefois, je pense que les gens sont en droit de savoir quel sont le véritable échéancier et le véritable budget que vous vous êtes donnés. Ce sont des questions légitimes et on est devant des contradictions et aussi de l'information floue. Êtes-vous en mesure de nous le dire? Il y a des emplois et des revenus qui sont en jeu .

[Traduction]

La présidente: Monsieur Malo, votre temps de parole est presque écoulé, et il faut qu'elle réponde à la question.

M. Luc Malo: Merci.

La présidente: Merci. Calmez-vous.

[Français]

Mme Michelle Boudreau: Depuis un an et demi que je suis directrice générale, on parle toujours des mêmes échéanciers. Le premier échéancier que vous avez mentionné, soit celui de 2009, est le seul qu'on retrouve dans le règlement actuel et il ne s'applique seulement qu'aux produits qui avaient des DIN, ou *Drug Identification Number*. Ce sont des produits qui étaient bel et bien réglementés en vertu de l'ancien règlement qui est maintenant transféré au nouveau règlement. C'est le seul échéancier qu'on retrouve dans le règlement. Vous n'en trouverez aucun autre. Alors, comme ministre, on s'est donné un échéancier qu'on a annoncé à plusieurs reprises à l'industrie et aux consommateurs pour leur dire: « Voici l'échéancier qu'on se donne, c'est un échéancier interne ».

Comme je l'ai mentionné tantôt, on est bel et bien sur la bonne piste pour traiter l'arriéré avant la fin du mois de mars. C'est l'échéancier qu'on annonce dans plusieurs de nos documents depuis au moins un an. Quant à l'échéancier du mois de décembre annoncé aux gens depuis plusieurs mois, on est bel et bien sur la bonne piste pour compléter l'arriéré, donc 3 098 demandes avant la fin de décembre 2010.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Boudreau.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Wasylycia-Leis.

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

Merci à tous d'être revenus aujourd'hui.

J'aimerais m'adresser au Dr Butler-Jones — comme il s'y attend, je pense — pour parler de l'initiative canadienne de vaccin contre le VIH, et plus particulièrement, du processus utilisé pour les quatre offres concernant l'installation de production du vaccin.

Le 21 février, au cours d'une très longue conversation que j'ai eue avec le Dr Rainer Engelhardt et M. Steven Sternthal, qui est le directeur de l'ICVV, il m'a été précisé que les quatre groupes qui avaient présenté des offres avaient obtenu, dans un souci de transparence intégrale, des explications détaillées au sujet du refus de leurs offres.

D'après ce que je sais, ces explications n'ont pas été fournies. Pouvez-vous nous présenter aujourd'hui les explications détaillées qui ont été remises à chacun de ces quatre groupes, ou tout au moins nous dire si vous avez répondu à cette demande ou si cette promesse a été respectée?

Dr David Butler-Jones: Comme pour n'importe quelle offre ou pour les offres en matière de recherche, il ne serait pas approprié de déposer au comité ce genre de document. Si ces entreprises souhaitent vous les laisser consulter, cela les regarde, mais nous traitons ces offres comme des documents confidentiels. Nous ne les communiquons pas aux... Nous les communiquons à la personne qui a formulé une offre.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Très bien.

Dr David Butler-Jones: Il y a eu des discussions et il y en aura d'autres.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Il leur est, bien sûr, très difficile de nous fournir quoi que ce soit s'ils n'ont rien reçu. Il semble que la promesse de leur fournir des explications détaillées et complètes n'ait pas été respectée. Quand le sera-t-elle? Quand les quatre auteurs d'offres connaîtront-ils les raisons pour lesquelles leurs offres ne répondaient pas aux conditions exigées?

Dr David Butler-Jones: Ils ont tous participé à des discussions détaillées. Est-ce qu'ils qualifieraient eux-mêmes de cette façon ces discussions... c'est une autre question. Mais nous avons eu des discussions avec toutes ces personnes et elles se poursuivent.

• (0920)

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Vous n'avez donc pas remis d'explications détaillées écrites à ces quatre groupes, qui ont investi plus de deux millions de dollars au total pour participer à ce processus, tel que cela a été mentionné en 2007.

Dr David Butler-Jones: Notre responsabilité consiste à leur faire comprendre en quoi leurs offres étaient lacunaires et nous avons eu ces conversations avec eux. Je ne sais pas très bien ce qui leur a été transmis par écrit, mais ces discussions ont eu lieu. Comme je l'ai dit, elles se poursuivront, s'ils le souhaitent.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Vous ne trouvez pas étrange qu'ils n'aient pas reçu d'explications écrites détaillées, après un processus aussi long et aussi coûteux, qui leur disent pourquoi ils n'ont pas répondu aux conditions exigées? Vous ne trouvez pas cela étrange?

Dr David Butler-Jones: Nous leur avons dit en quoi leurs offres étaient déficientes.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Très bien. Nous allons donc en rester là.

Dr David Butler-Jones: Il n'y a pas de raison de... parce qu'aucune offre n'a été retenue et nous n'allons pas poursuivre le processus. Ce n'est pas comme si une nouvelle offre pouvait changer quoi que ce soit. Si un groupe devait présenter une nouvelle offre, les détails seraient plus précis, mais des discussions détaillées se poursuivent. Nous avons eu des discussions de très haut niveau et nous avons communiqué à ces groupes différents types de données.

Nous leur avons transmis des renseignements...

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Nous allons en rester là parce qu'en fait...

Dr David Butler-Jones: ... et nous allons continuer à le faire. Et cela concerne uniquement les auteurs de ces offres et nous-mêmes.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: ... cela ne reflète pas un souci de transparence ou d'ouverture comme on pourrait s'y attendre dans ce domaine, parce que ce qui avait été promis était que le directeur du programme fournirait ces explications aux principaux scientifiques du laboratoire de Winnipeg.

J'aimerais poursuivre le sujet abordé par Kirsty Duncan, à savoir l'étude qui a constitué l'une des excuses pour mettre fin à ces offres. Savez-vous qu'il existe une étude qui avait pour but d'évaluer l'étude Gates? Je fais directement référence à l'étude de Don Gerson, un expert éminent de ce domaine. Il a obtenu un doctorat de McGill, il est professeur de biophysique et de génie biochimique à l'Université de Western Ontario; il est président et directeur général de PnuVax Inc. et il a effectué, le 8 mars, une analyse complète de l'étude de Gates; il a déclaré qu'en fait, « cette étude est totalement viciée parce qu'elle n'a pas accordé de priorité aux aspects qualitatifs de la fabrication des produits cliniques ».

Êtes-vous conscient de l'importance des bonnes pratiques de fabrication et de ce que cela veut dire dans un tel contexte?

Dr David Butler-Jones: J'en suis conscient et c'est évidemment un critère. La Gates Foundation et nous-mêmes sommes très sensibles à la nécessité de se baser sur des données scientifiques de qualité et nous avons conclu que nous disposions de renseignements suffisants. La question de la qualité se pose inévitablement lorsqu'on parle de processus de fabrication, de

processus de fabrication de qualité. C'est un aspect incontournable. Rien ne peut se faire si la qualité n'est pas là. Les lacunes que contenaient les propositions canadiennes concernaient cet aspect.

C'est en fait quelque chose... pour la Gates Foundation et pour nous, ces renseignements nous suffisaient, compte tenu des normes que tous les laboratoires doivent respecter, notamment sur le plan des bonnes pratiques de fabrication, ce n'était pas un problème. Il y aura toujours des opinions divergentes, mais l'opinion générale était que ces éléments étaient suffisants.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: Compte tenu des questions scientifiques, des questions fondées sur de bons arguments scientifiques qui ont été soulevées au sujet de l'étude Gates, compte tenu du fait que le volet Gates de cette proposition représentait seulement 22 millions de dollars sur un total de 139 millions — dont une partie de cette somme par rapport aux 88 millions destinés à un laboratoire — nous parlons ici d'une contribution assez modeste par rapport à la promesse qu'avait faite le gouvernement canadien, il y a trois ans, de mettre sur pied un laboratoire de production de pointe.

Compte tenu de votre rôle d'administrateur en chef de la santé publique du Canada, ne vous êtes-vous jamais posé de questions sur la façon dont cette étude avait subitement apparu sous les auspices de la Gates Foundation en juillet 2009, et ne vous posez-vous pas, après avoir entendu des exposés convaincants présentés par des chercheurs comme le Dr Gerson qui soulevait des questions au sujet du processus et de l'étude, et en fait, remettaient en cause l'ensemble du processus? N'est-ce pas là votre obligation...

La présidente: Votre temps de parole est pratiquement écoulé, Mme Wasylcyia-Leis.

Mme Judy Wasylcyia-Leis: ... en qualité d'administrateur en chef de la santé publique?

Dr David Butler-Jones: Mon rôle est de fournir les meilleurs conseils possibles, tant sur le plan scientifique que sur celui de la santé publique, et en tant que sous-ministre responsable de l'Agence de la santé publique, de gérer ses affaires, tant sur le plan des politiques que celui des finances. Voilà quelles sont mes responsabilités.

J'ai examiné cet aspect. J'ai vu ces données et j'ai participé aux discussions avec la Gates Foundation et avec les scientifiques. J'ai estimé, tout comme la Gates Foundation, qu'il serait préférable d'affecter ces ressources à autre chose, compte tenu de la capacité qui est apparue à l'échelle mondiale.

Je suis bien obligé de tenir compte des données à mesure qu'elles apparaissent. Par exemple, pendant toute l'affaire du H1N1, nous avons vu des éléments qui sont apparus à une certaine date. Ils ne sont pas apparus trois semaines auparavant ni trois semaines plus tard. Vous réagissez lorsque vous prenez connaissance de certains éléments. Cela faisait partie de l'étude de diligence raisonnable supplémentaire qui allait au-delà de l'étude initiale. Compte tenu du facteur temps, il était approprié d'évaluer la capacité existante dans le monde et la façon dont elle l'avait éventuellement changé. Nous avons conclu que cette capacité avait évolué. Par conséquent, un nouvel examen, étant donné qu'aucune des offres ne répondait aux critères exigés — elles contenaient toutes des lacunes et devaient être profondément modifiées pour répondre à ces conditions, qu'il s'agisse d'un nouveau processus ou d'un processus modifié — et compte tenu de la capacité actuelle, il m'a paru clair tout comme à ceux qui me conseillaient ainsi qu'à la Gates Foundation, que dans ce cas-ci, il était temps de passer à autre chose et d'utiliser ces ressources pour autre chose pour faire avancer les travaux sur le vaccin du VIH.

• (0925)

La présidente: Merci, Dr Butler-Jones.

Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Caribou, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais commencer par revenir sur le commentaire qu'a fait mon collègue au sujet de la tuberculose. Il y a non seulement le problème de la tuberculose mais nous savons aussi qu'il existe des écarts importants sur le plan de la santé au sein de nos collectivités autochtones et inuites. Nous savons que, bien sûr, la solution passe par une amélioration des conditions de logement, la lutte contre la pauvreté, l'accès à de l'eau potable, mais il est évident que la direction de la santé des premières nations et des Inuits doit jouer un rôle essentiel dans ce domaine.

J'ai constaté certains changements pour ce qui est de vos activités. Vous parlez d'un montant d'environ 237,3 millions de dollars pour stabiliser les services de santé primaires et les prestations en soins de santé non assurés, et j'aimerais en savoir davantage à ce sujet. Quelle est la partie qui correspond aux soins de santé primaire et celle qui concerne les médicaments, les lunettes et les soins dentaires? C'est mon premier sujet.

La présidente: Qui veut répondre à cette question?

Madame Yeates.

Mme Glenda Yeates (sous-ministre déléguée, ministère de la Santé): Je vous remercie de me donner la parole et merci d'avoir posé cette question.

Il est exact que l'amélioration des services de santé et de la santé en général dans les réserves des premières nations soulève de graves problèmes. J'estime que la réduction des inégalités que nous constatons est une des grandes priorités de la direction de la santé des premières nations et des Inuits. C'est pourquoi nous avons mis sur pied un certain nombre de programmes. Vous avez parlé du programme des services en soins de santé non assurés, grâce auxquels nous fournissons toute une gamme de médicaments, de services dentaires et autres aux personnes qui vivent dans les réserves et en dehors. Vous avez parlé du budget des dépenses; il y figure un montant supplémentaire de 305 millions de dollars qui a été prévu au budget 2009, sur deux ans, dans le but d'aider à stabiliser ce programme.

En outre, le montant des fonds de stabilisation de 440 millions de dollars pour deux ans annoncé dans le cadre du plan d'action économique comprend un montant de 135 millions de dollars pour l'infrastructure. Il existe un grand nombre de collectivités, environ 200, qui sont très isolées, où nous avons des postes de soins infirmiers ainsi que des résidences pour infirmières pour loger le personnel médical. Grâce à ces fonds, nous disposons d'une grande latitude pour accélérer notre programme d'immobilisations pour construire, rénover et moderniser aussi un certain nombre de ces installations.

Le budget de 2010 comprend également un montant de 285 millions de dollars, sur deux ans, pour les programmes de santé autochtone dans les domaines de la prévention et du traitement, comme le diabète, la prévention du suicide, la santé maternelle et infantile.

Ce sont là des investissements qui nous permettront de réduire les inégalités sur le plan de la santé que nous constatons.

Mme Cathy McLeod: Les fonds supplémentaires sont destinés à une infrastructure supplémentaire en immobilisations, mais est-ce

que cela va changer ce qui est offert dans chaque collectivité, par exemple, pour ce qui est des prestations en soins de santé non assurés ou des services de soins primaires? Ces fonds sont-ils plutôt destinés à fournir des logements appropriés?

Mme Glenda Yeates: Le coût du programme des services en soins de santé non assurés augmente chaque année. Habituellement, c'est parce que nous ajoutons de nouveaux types de médicaments, de façon à, par exemple, élargir la gamme des médicaments offerts. Mais cela ne reflète pas une extension majeure de notre politique. Cela vient simplement du fait que de nouveaux médicaments apparaissent sur le marché, que ces médicaments sont évalués et que bien souvent ils sont ajoutés au formulaire.

De plus, il y a l'augmentation de la population. Nos services sont offerts à un nombre croissant de bénéficiaires parce que cette population augmente, ce qui a également pour effet d'augmenter les coûts.

Lorsque nous avons pu mettre sur pied de nouveaux programmes ces dernières années — et nous allons pouvoir continuer à le faire avec le montant de 285 millions de dollars qui figure dans le prochain budget — nous l'avons fait dans le domaine de la prévention du suicide chez les jeunes et de la santé maternelle et infantile. Ce sont là des programmes qui ont démarré il y a quelques années et ces fonds vont nous permettre de les poursuivre, de les ajuster et de veiller à ce qu'en plus des services de traitement très importants que nous offrons, nous puissions aussi offrir des services dans le domaine de la prévention.

• (0930)

Mme Cathy McLeod: Merci.

J'aimerais changer de sujet. J'aime bien revenir souvent sur l'Inforoute Santé du Canada, parce que beaucoup de gens pensent que cela représente un élément absolument essentiel si nous voulons avoir des dossiers de santé électroniques dans l'ensemble du Canada. La technologie sert à nos collectivités, à nos médecins, à nos hôpitaux, et surtout, bien entendu, à nos malades et à la façon dont nous les soignons.

Je pense que la vérification fédérale a été très positive. La perception qu'a la population de ce qui est arrivé dans ce domaine s'explique par des événements regrettables qui sont survenus dans certaines provinces, dans lesquelles la population n'est peut-être pas très au courant de l'excellent travail qui se fait. J'aimerais que vous me parliez davantage d'Inforoute, de nos orientations et de l'évolution de cette question.

M. Morris Rosenberg: Merci.

Comme cela a été mentionné, le Vérificateur général fédéral a vérifié Inforoute. Il n'y a pas de vérification parfaite, mais je crois que le Vérificateur général a conclu que dans l'ensemble, Inforoute allait dans la bonne direction. Il a formulé un certain nombre de recommandations au sujet de certaines pratiques de gestion. La direction d'Inforoute a préparé un plan d'action et de réponse dans le but de mettre en oeuvre ces recommandations. C'est dans ce contexte que le gouvernement a libéré le montant de 500 millions de dollars qui faisait partie de son plan d'action économique pour Inforoute, dans son budget de 2010.

Nous avons fait beaucoup de choses. Je peux vous donner une idée des initiatives qui ont été lancées pour l'utilisation des dossiers de santé électroniques. Les trois quarts des films utilisés pour la radiographie — et cela s'applique à tous les patients qui ont dû aller à l'hôpital et attendre pour obtenir des radiographies, même si ces radiographies ont peut-être déjà été prises — ont été remplacés par des images numérisées dans le système de santé publique. L'accès à ces radiographies, la réduction des reproductions inutiles, me paraît un élément très important dans cet ensemble.

Les systèmes d'information sur les médicaments, qui constituent une composante clé des dossiers de santé électroniques, sont en place en Colombie-Britannique, en Alberta, dans l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan. Voilà qui est très important. Je pense qu'un des principaux avantages des dossiers de santé électroniques est d'avoir accès à l'information de façon à éviter les erreurs. Si vous pouvez vous faire une idée des médicaments qui ont été prescrits, des contre-indications, et éviter les notes écrites qui sont parfois mal interprétées par les pharmaciens, je dirais que c'est là un des grands avantages des dossiers de santé électroniques.

Toutes les collectivités situées au nord du 60° parallèle bénéficient de la télésanté ou sont à la veille de pouvoir en profiter. Encore une fois, compte tenu de la géographie du Canada et de l'isolement d'un bon nombre de nos collectivités, l'accès à la télésanté est un progrès très important.

En Alberta, 20 000 fournisseurs de soins de santé autorisés utilisent activement les dossiers de santé électroniques et cela a permis à l'Alberta de démarrer la mise en oeuvre d'un système de gestion des maladies chroniques.

Ce sont là quelques exemples. Inforoute continue de travailler avec les provinces et les territoires. Le Vérificateur général a constaté que le mécanisme de financement reposait sur de bonnes bases prudentielles. Inforoute exige la production de plans de mise en oeuvre efficaces avant de verser des fonds aux provinces et aux territoires.

La présidente: Merci, M. Rosenberg.

Nous allons maintenant passer à notre deuxième tour. Vous avez cinq minutes pour la question et la réponse.

Nous allons commencer par la Dr Bennett.

● (0935)

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Je vous remercie.

J'aimerais parler un peu de la santé maternelle et infantile et des engagements pris par le premier ministre. Est-ce bien là une priorité pour le G8?

J'aimerais que vous expliquiez comment il se fait qu'avec cet engagement, on ait supprimé une somme de 900 000 \$, (voir le Budget principal des dépenses à la page 24-9) du montant accordé pour soutenir les projets ou les programmes de santé des organismes internationaux sans but lucratif. Pouvez-vous nous dire quels étaient ces projets, ou déposer des documents les concernant, ou nous affirmer qu'aucun de ces projets ne concerne la santé maternelle et infantile?

M. Morris Rosenberg: Je ne peux pas vous donner la liste aujourd'hui. Je pense que vous faites référence à certaines réaffectations de crédit qui ont découlé de la revue stratégique effectuée l'an dernier. Est-ce bien...?

L'hon. Carolyn Bennett: C'est à la page 24-9 du budget des dépenses.

M. Morris Rosenberg: Si vous nous donnez un moment, nous allons retrouver cela.

L'hon. Carolyn Bennett: Cela figure dans les subventions et c'est pour l'année prochaine.

M. Morris Rosenberg: Merci.

On m'informe — et nous allons vous fournir d'autres détails — qu'aucune de ces coupures ne concerne les questions de santé maternelle.

L'hon. Carolyn Bennett: Très bien.

D'après les documents dont nous disposons à ce sujet, pour ce qui est des priorités, il est évident que le fait d'avoir supprimé les centres d'excellence pour le bien-être des enfants nous préoccupe, tout comme le fait que les centres d'excellence pour la santé des femmes ont vu leur budget réduit de façon informelle et que leur mission a été définie plus étroitement.

Ce sont principalement les chiffres qui figurent dans nos documents internes sur la mortalité maternelle et infantile chez les premières nations et les Inuits qui m'inquiètent. Nous constatons que 70 millions de dollars des programmes de soins communautaires pour les premières nations ont été transférés et qu'un montant de 50 millions de dollars affectés aux soins primaires destinés aux Inuits a également été transféré. J'aimerais savoir comment vous justifiez cela.

Nous avons encore du mal à obtenir des données sur la mortalité infantile chez les premières nations et les Inuits. Nous savons que, les chiffres réels sont supérieurs. Nous savons que lorsque nous établissons une moyenne, le Canada se trouve derrière Cuba pour ce qui est des taux de mortalité infantile. J'aimerais savoir quand vous prévoyez obtenir ces données. J'aimerais connaître votre stratégie pour ce qui est des mesures qui vont être prises pour réduire le taux de mortalité infantile chez nos premières nations et les Inuits ainsi que pour tous les Canadiens qui vivent dans des régions rurales isolées.

Mme Glenda Yeates: Merci d'avoir posé cette question. Elle comporte deux parties. Je vais d'abord répondre à la partie qui concerne les données et je parlerai ensuite des programmes.

Nous voulons tous, je crois, obtenir de meilleures données, parce qu'elles permettent à notre pays, que ce soit au palier local, régional, provincial ou national, de bien comprendre les aspects essentiels, les points sur lesquels il faut intervenir, la nature des problèmes et les cibles à choisir pour nos interventions.

Comme vous l'avez mentionné, à la différence de certains pays, nous n'avons pas choisi l'identificateur pour les premières nations ou l'origine ethnique. Les États-Unis ont adopté, pour la collecte de données, une approche très différente de celle que nous avons au Canada. Aujourd'hui, la stratégie consiste à travailler à l'échelon national avec les organisations nationales des Autochtones et des premières nations et de travailler localement avec les bandes et les régions pour savoir si elles sont disposées à ce que nous obtenions des données et que nous travaillions avec elles, de façon à faire comprendre l'importance de disposer de données qui vont nous fournir de meilleures indications pour chaque première nation.

Cela dit, lorsqu'on travaille avec des organismes comme Statistique Canada ou avec l'Institut canadien d'information sur la santé, il existe des façons, un peu approximatives sans doute, de cerner les lacunes, par exemple, en matière de mortalité infantile. Nous savons que certains taux sont effectivement plus élevés. Nous travaillons avec ces organisations et avec les organisations autochtones nationales pour essayer d'améliorer les données.

Nous savons qu'il s'agit là d'une question prioritaire et urgente et nous avons un programme de santé maternelle et infantile. Le budget fait état des réductions que vous avez mentionnées, parce qu'il ne mentionne pas le montant de 285 millions de dollars sur deux ans qui a été annoncé dans le budget de 2010 pour cinq programmes, dont l'un est le programme de santé maternelle et infantile. En fait, le financement de ce programme ne sera aucunement réduit. Même si, comme vous le dites, cela paraît dans le budget, cela ne se retrouve pas dans le budget des dépenses que vous avez devant vous.

Avec ces fonds, nous avons... Vous avez posé une question sur la stratégie. Il y a une stratégie pluridimensionnelle. Nous connaissons fort bien les difficultés que l'on rencontre lorsqu'on travaille avec des collectivités et des individus pour la santé maternelle et infantile. Le programme comporte certains éléments comme les visites à domicile, la présence de travailleurs communautaires qui s'efforcent de repérer, par exemple, les mères à haut risque, et nous essayons d'appuyer, tant avant qu'après la naissance, ces familles et personnes particulières. Nous avons tenté d'intégrer la culture aux soins, et il a donc fallu adapter, grâce aux anciens et à la traduction dans les langues locales, par exemple, certains documents, fiches de conseil et guides.

Il y a la gestion des cas qui vise à aider les familles à risque élevé, qui ont des besoins spéciaux, et nous essayons de donner à ces familles ciblées un accès aux services dont elles ont besoin.

● (0940)

La présidente: Merci, Mme Yeates. Le temps de parole est écoulé.

Nous allons maintenant passer à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais poursuivre sur les questions qu'a posées Mme McLeod. Je m'intéresse également à l'Inforoute Santé du Canada.

Je comprends les avantages qu'elle offre. J'aimerais en savoir davantage sur la façon dont ces fonds sont utilisés dans nos partenariats avec les provinces, parce que nous voyons, tous les ans, ces crédits et qu'au cours des années précédentes, les fonds attribués à Inforoute Santé du Canada étaient plus élevés.

Je me posais des questions, c'est pourquoi j'ai demandé à la directrice de notre hôpital de Barrie, Janice Skot, quels étaient les fonds d'investissement que lui avait versés la province pour la cybersanté. Elle m'a dit qu'elle n'avait pas vu de fonds destinés à la cybersanté dans notre hôpital local.

Une fois revenu dans nos collectivités, quelles sont les traces des investissements fédéraux dans Inforoute Santé du Canada que nous allons pouvoir constater? Vous avez parlé à Mme McLeod des copies numérisées des radiographies. Y a-t-il d'autres exemples de ce genre que je pourrais voir dans mon hôpital régional? Est-ce que cela découlerait des investissements que le gouvernement fédéral a consacrés à Inforoute Santé du Canada?

M. Morris Rosenberg: Merci d'avoir posé cette question.

Je pense qu'une des réalités d'Inforoute, et cela découle en fait du modèle de financement adopté, est que le financement n'est pas réparti également dans l'ensemble du pays. Cela vient du fait qu'Inforoute, par souci de prudence dans l'administration de ses fonds, n'accorde des fonds à une province que lorsqu'il estime que celle-ci est vraiment prête à mettre en oeuvre ses projets. Il y a des provinces — je crois que l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard en sont des exemples — qui sont plus avancées que d'autres. Par ailleurs — l'Ontario serait un exemple à l'heure actuelle — d'autres, pour diverses raisons, sont beaucoup moins avancées. Les avantages dont

j'ai parlé ne profiteront donc pas de la même façon aux provinces et aux territoires.

Il est toutefois prévu que, d'ici la fin de l'année, près de 50 p. 100 du Canada aura mis en oeuvre des systèmes de dossiers de santé électroniques grâce à Inforoute. Là encore, ce ne sera pas 50 p. 100 partout, mais cela représentera 50 p. 100 si l'on examine les provinces et les territoires

Bien entendu, l'objectif est de mettre en place des dossiers de santé électroniques dans l'ensemble du pays, de façon à établir des normes qui permettent aux personnes qui se déplacent d'une province à l'autre de transférer leur dossier même si les systèmes vont être conçus sur une base provinciale. Cela ressemble en fait beaucoup, je le signale en passant, à la façon dont les systèmes électroniques ont évolué dans d'autres industries.

M. Patrick Brown: L'objectif me plaît beaucoup, mais j'aimerais savoir où nous en sommes. Vous avez dit que l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta avaient pris de l'avance. Où nous situons-nous en Ontario? En tant que député qui réside en Ontario, quelles sont les réalisations que je pourrais constater en Ontario qui montrent que les investissements fédéraux sont une réussite?

M. Morris Rosenberg: L'Ontario a connu davantage de problèmes que d'autres provinces, comme vous le savez, à cause des difficultés qui sont survenues au départ avec Smart Systems for Health et, plus récemment, avec Cybersanté Ontario.

Je vais mentionner une chose qui est un excellent exemple de ce qui a été fait; il s'agit du Réseau télémédecine Ontario, dans lequel plus de 2 000 professionnels de la santé fournissent aujourd'hui des soins dans plus de 660 régions rurales ou isolées réparties dans l'ensemble de la province. Pour ce qui est du progrès dont j'ai parlé, d'une façon générale, en matière de cybersanté, je dirais que l'Ontario fait, sur ce point, partie des chefs de file.

J'ajouterais également que l'Ontario, à la suite des inquiétudes dont on fait état les médias et du rapport du Vérificateur général provincial au sujet de Cybersanté Ontario, a embauché une nouvelle équipe de direction. Je sais qu'un ancien député fédéral et ancien directeur du conseil d'administration de l'Hôpital d'Ottawa, Ray Hession, qui a une excellente réputation pour ce qui est de mettre en place des systèmes informatiques complexes, travaille pour Cybersanté Ontario et j'espère que d'ici très peu de temps vous constaterez que l'Ontario progresse rapidement.

● (0945)

M. Patrick Brown: Vous avez parlé d'un taux de mise en oeuvre de 50 p. 100. Serait-ce irréaliste d'espérer atteindre ce chiffre à la fin de l'année pour l'Ontario?

M. Morris Rosenberg: Je crois que c'est peut-être le cas. C'est un taux national. Il faudrait que je me renseigne sur ce que serait ce taux en Ontario. Je ne pense pas que l'Ontario se situe à 50 p. 100. Je pense que nous sommes en fait très près de 50 p. 100, même si le rapport du Vérificateur général a fait des calculs qui montrent que ce taux était légèrement inférieur à 20 p. 100. Cela s'explique par la façon dont on calcule ce taux de 50 p. 100. Il faut que tous les éléments d'un système de dossiers de santé électroniques soient en place. Même si vous avez neuf éléments sur 10, et qu'il n'en manque donc qu'un seul, vous n'avez pas un système fonctionnel. Mais en fait, d'après nos discussions avec Inforoute, ses représentants étaient convaincus que nous nous approcherions rapidement de ce taux de 50 p. 100.

M. Patrick Brown: Et...

La présidente: Je suis désolée, M. Brown, votre temps de parole est écoulé.

Merci, M. Rosenberg.

Nous allons passer à M. Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Merci, madame la présidente.

L'engagement de la ministre Aglukkaq concernant le règlement de l'arriéré en date du 10 février 2009 est le suivant, et je vous le lis en anglais puisqu'elle l'a fait dans cette langue:

[Traduction]

« Notre gouvernement s'engage à éliminer l'arriéré d'ici mars 2010. »

[Français]

La ministre nous dit donc que son objectif, son engagement politique, est d'éliminer l'arriéré d'ici le mois de mars 2010. Suivant ce que Mme Boudreau disait, l'objectif de sa direction au ministère de la Santé était plus particulièrement de commencer à traiter tous les dossiers de l'arriéré d'ici mars 2010, donc de donner un numéro de dossier. Monsieur Rosenberg, comment se fait-il que l'engagement politique de la ministre n'était pas le message véhiculé ou compris par la direction? Est-ce pratique courante qu'il y ait une dissonance entre l'objectif d'une direction et l'engagement politique d'une ministre?

M. Morris Rosenberg: Je commencerai en disant, comme Mme Boudreau l'a expliqué hier, qu'en partie, c'est le sens des mots qui est ici en cause. Il n'y a aucune intention de vous donner des renseignements erronés. C'est une question complexe. Je dois dire que le ministère et la Direction des produits de santé naturels sont clairs et transparents. Sur notre site Web, il y a des renseignements qui sont là depuis un certain temps et qui avisent les fournisseurs de produits naturels ainsi que les consommateurs des échéanciers. Si le comité le veut, on peut présenter ces renseignements qui sont quand même publics. On essaie de traiter une situation comportant des défis avec le plus de transparence possible. Je ne peux donner aucune autre réponse à cela.

M. Luc Malo: Vous dites que l'échéancier est sur le site Web. Mme Boudreau, dans sa réponse un peu plus tôt, nous a parlé de l'échéancier pour l'arriéré. Dans son esprit, tout sera éliminé d'ici décembre 2010, mais pour le reste, — 6 666, si mon calcul est bon —, quels sont l'échéancier et les moyens financiers que vous vous êtes donnés pour répondre à la charge de travail normale?

• (0950)

Mme Michelle Boudreau: Pour revenir à la question à laquelle M. Rosenberg a répondu, oui, on a certainement des détails sur notre site Web. Il y a des fiches d'information qu'on a créées pour les consommateurs, les pharmaciens et l'industrie qui sont affichées depuis quelques mois indiquant quelles sont les trois dates, c'est-à-dire 2009, mars 2010 et décembre 2010.

En ce qui a trait aux échéanciers, pour ce qui reste, soit à peu près 6 000 demandes, on n'a pas d'échéancier comme tel, mais nous sommes en train de traiter les demandes qui passent par une monographie. J'avais mentionné, l'autre jour, qu'on avait des monographies. Ces demandes, on les complète, c'est-à-dire avec une décision finale à l'intérieur d'un délai de 60 jours. C'est une norme de performance assez respectable. Pour ce qui est des autres, c'est-à-dire des demandes un peu complexes, — des produits qui ont plusieurs ingrédients, par exemple, ou des réclames de santé qui sont plus sophistiquées —, nous sommes en train de développer, avec

notre comité consultatif auquel j'ai fait référence l'autre jour, des normes de performance. On est en train de développer quelque chose qui serait encore respectable et raisonnable, soit une norme de performance se situant entre 90 et 180 jours, ce qui est encore, comme je l'ai dit, très respectable. En fait, la norme de 180 jours est un chiffre qui nous a été suggéré par l'industrie pour ce type de demandes plus complexes. J'avoue que, en ce moment, on n'est pas rendus là. Comme M. Rosenberg l'a mentionné, c'est un champ très complexe. On avait plusieurs demandes à traiter, comme vous le savez sans doute. Il y avait à peu près 47 000 demandes reçues depuis la mise en vigueur du règlement et on en a complété à peu près 37 000. On a quand même beaucoup avancé en complétant 78 à 80 p. 100 des demandes. Comme je vous l'ai dit, à propos des normes de performance, on y arrive et on pense qu'on pourra mettre ces normes en place dans quelques mois avec l'aide du comité consultatif.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Boudreau.

Nous allons donner la parole à Mme Davidson.

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

Je remercie nos témoins d'être venus encore une fois ce matin.

Je vais changer un peu de sujet et poser quelques questions sur les personnes âgées. Nous savons que le pourcentage des personnes âgées va augmenter sensiblement à l'avenir et il existe des données qui montrent que les chutes sont les blessures que subissent le plus fréquemment les personnes âgées. Nous savons également qu'un bon nombre de ces chutes entraînent un placement en institution et une perte d'autonomie, et toutes ces choses compromettent gravement la qualité de vie de nos aînés.

Les prévisions indiquent que le nombre de personnes âgées va augmenter fortement entre 2005 et 2036, puisqu'il passera de 4,2 à 9,8 millions, et il est également prévu que le nombre des personnes âgées qui vont faire au moins une chute en 2036 passera à 3,3 millions. Ces chiffres sont renversants.

Il existe également des éléments qui montrent qu'il est possible de prévenir les chutes en ayant recours à une combinaison d'interventions, notamment de l'information sur les risques de chute, la façon de les éviter, les exercices et ce genre de choses.

Pouvez-vous me dire quelles sont les mesures qu'a prises l'Agence de la santé publique du Canada pour réduire les chutes chez les personnes âgées?

Dr David Butler-Jones: Je vous remercie d'avoir posé cette question.

Nous vieillissons tous. C'est une bonne chose. Nous ne préférons pas l'autre solution.

Lorsque nous vieillissons, nous avons de plus en plus de difficulté à faire certaines choses. Pour ce qui est des chutes et du vieillissement, il est possible de faire un certain nombre de choses. D'une certaine façon, c'est en fait très simple. Une bonne partie des chutes s'expliquent par une perte de vision, l'utilisation de carpettes, le fait de trébucher chez soi, etc. Elles peuvent venir du fait que les trottoirs n'ont pas été nettoyés, ou par l'absence de bonnes transitions dans les escaliers; tout à coup, la personne ne voit pas le début de la marche. Le seul fait d'appliquer des bandes collantes sur les marches peut indiquer où se trouve le bord de celles-ci.

Il y a beaucoup de choses relativement simples que l'on peut faire, de sorte que l'éducation représente une partie de la réponse. C'est également en partie aux municipalités et à d'autres organismes qu'il incombe d'aménager les collectivités pour les personnes âgées, pas seulement pour les personnes âgées, mais pour tous les âges — de façon à favoriser l'accès, le mouvement et l'exercice et toutes les choses qui nous gardent en bonne santé.

À Vancouver, nous allons tenir les 22 et 23 mars la première conférence qui ait jamais été tenue au sujet de la prévention des chutes chez les personnes âgées. C'est nous qui la commanditons. De plus, nous avons participé à l'élaboration de la Canadian Falls Prevention Curriculum Initiative (Cours sur la prévention des chutes) qui a gagné un prix. Il y a également des questions reliées au téléapprentissage. Nous avons publié en 2005 notre rapport sur les chutes des personnes âgées et nous avons prévu de le mettre à jour l'année prochaine.

Il y a également le rapport de cette année sur l'état de la santé publique. Nous choisissons un thème chaque année et celui de cette année sera les personnes âgées. Manifestement, la prévention des chutes en est un aspect très important et nous avons montré qu'il était possible de réduire le nombre de chutes. Cela prend un peu de réflexion et d'effort. Cela ne coûte pas cher, mais cela peut améliorer grandement la qualité de vie.

● (0955)

Mme Patricia Davidson: Merci. C'est une excellente chose que nous ayons décidé de nous occuper de ces questions. Il existe effectivement un grand besoin dans ce domaine pour améliorer la santé et le bien-être de nos personnes âgées.

J'aimerais poser une autre question. Elle concerne le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Lorsque j'ai lu le Budget principal des dépenses, à la page 24-17 je crois, j'ai vu que vous demandiez près de 7,75 millions de dollars pour la conformité et l'application de prix non excessifs pour les médicaments brevetés. Cela représente une augmentation de près de 704 000 \$ pour cette activité particulière par rapport au budget de l'année dernière.

Quel est le nombre des audiences publiques que le CEPMB va tenir en 2010-2011 dans le cadre de sa mission et comment ce chiffre se compare-t-il avec le nombre des audiences tenues l'année dernière? Y a-t-il eu une forte augmentation? S'agit-il de faire disparaître l'arriéré et ce genre de chose?

M. Morris Rosenberg: Merci d'avoir posé cette question.

Une précision, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés est un organisme de réglementation qui doit veiller à ce que les prix demandés par les titulaires de brevet pour leurs médicaments brevetés vendus au Canada ne soient pas excessifs. Le conseil et son personnel ont pour rôle de faire enquête sur les prix des médicaments brevetés qui semblent être excessifs. Ces enquêtes peuvent déboucher sur un rapport au président en vue de tenir éventuellement une audience, lorsque le personnel du conseil et le titulaire du brevet ont constaté que la question ne pouvait être résolue par un engagement volontaire de conformité pris par le titulaire du brevet.

Il y a, à l'heure actuelle, plusieurs médicaments brevetés qui semblent être vendus à un prix excessif. Le personnel du conseil va remettre un rapport au président pour qu'il publie un avis d'audience au sujet d'un ou de plusieurs de ces médicaments, s'il n'est pas possible de résoudre à l'amiable la situation.

Comme je l'ai mentionné l'autre jour en réponse à une question de M. Malo, la façon dont le conseil exerce ses activités a été modifiée récemment. Traditionnellement, si l'on remonte jusqu'au milieu des

années 1980, à l'époque de sa création, la plupart des questions étaient résolues sur une base volontaire. La tendance récente est que ces dossiers donnent plus fréquemment lieu à des audiences contestées.

En 2009-2010, le conseil a tenu quatre audiences et a transmis jusqu'ici deux avis d'audience. À l'heure actuelle, neuf audiences sont en cours, dont trois en sont à l'étape de la décision.

Mme Patricia Davidson: Merci.

La présidente: Merci, Mme Davidson.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Bagnell.

L'hon. Larry Bagnell (Yukon, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci à tous d'être ici.

Je voudrais poser quelques questions au sujet des services que vous avez fournis aux survivants des pensionnats. Le budget 2010 affecte 199 millions de dollars au financement de la convention de règlement qui coûte plus cher que prévu. Je sais qu'une partie de ces fonds sont destinés aux personnes à qui nous devons de l'argent, mais le ministre a déclaré qu'une autre partie allait être utilisée pour offrir des services en santé mentale.

Je me demande ce que pourrait être la répartition de ces fonds. Sur ce montant de 199 millions de dollars, quelle est la partie qui va aux survivants et quelle est celle qui est destinée à votre ministère pour fournir des services de counselling, etc.?

● (1000)

Mme Glenda Yeates: Merci d'avoir posé la question.

Le montant de 199 millions de dollars qui est mentionné dans le budget de 2010 comprend un montant de 65,9 millions de dollars qui représente la partie destinée à Santé Canada. Il est destiné au programme de soutien en santé de Santé Canada pour permettre au ministère de répondre à l'accroissement de la demande qui va, nous le pensons, résulter du processus des pensionnats indiens.

L'hon. Larry Bagnell: Est-ce pour une seule année?

Mme Glenda Yeates: Non, c'est pour deux ans. Le montant de 199 millions de dollars sera étalé sur deux ans et une partie, 65,9 millions de dollars, ira à Santé Canada.

L'hon. Larry Bagnell: Cela sera réparti sur deux ans? Très bien.

Combien ces services ont-ils coûté cette année, l'année qui a précédé l'octroi de ce montant de 65 millions de dollars?

Mme Glenda Yeates: Je n'ai pas les chiffres exacts. Les services à offrir dépendent en partie de la demande et il faut dire que le processus de vérité et de réconciliation s'est déroulé un peu plus lentement que nous l'avions prévu au départ. C'est en fait la demande qui détermine les services offerts, parce que ce sont les gens qui décident de demander des services.

J'ai une note ici, qui me dit que ce montant était d'environ 39 millions de dollars l'année dernière.

L'hon. Larry Bagnell: Pour les deux prochaines années, le montant sera pratiquement identique, et même légèrement inférieur.

Mme Glenda Yeates: Oui, et étant donné qu'il s'agit de montant établi par les tribunaux, si le nombre des demandes augmente, nous serons obligés d'y répondre par un budget de dépenses supplémentaires. Mais il s'agit icidu Budget principal des dépenses, qui est basé sur nos prévisions relatives aux demandes qui seront présentées au cours des deux prochaines années.

L'hon. Larry Bagnell: Ces fonds sont uniquement destinés au counselling, aux services de santé, et à des choses destinées à ces personnes, est-ce bien cela?

Mme Glenda Yeates: Oui. Nous offrons un certain nombre de services en santé mentale et en soutien de la santé, y compris le counselling. Il y a également certains mécanismes traditionnels... auxquels participent les anciens et d'autres. Nous offrons toute une gamme de services.

L'hon. Larry Bagnell: Très bien.

D'un point de vue comparable, mais dans un domaine différent, le budget 2010 contient un crédit de 285 millions de dollars sur deux ans affecté au renouvellement du financement d'un certain nombre de programmes. Vous avez déjà mentionné à quelques reprises ces cinq programmes: diabète, suicide, santé maternelle... Cela représente 140 millions de dollars pour l'année en cours. Quel était ce montant l'année dernière? Il s'agit simplement de programmes qui ont été renouvelés. J'aimerais savoir combien nous avons dépensé ou affecté à ce programme cette année-ci.

Mme Glenda Yeates: Pour ce qui est du montant de 142 millions de dollars, il a légèrement augmenté cette année. Il est réparti entre un certain nombre de programmes. Le financement des programmes communautaires — nous avons parlé de santé maternelle et infantile ou de prévention du suicide chez les jeunes — est demeuré au même niveau que celui de l'année dernière. Il y a deux programmes dont le financement a diminué au cours de cette période, en particulier dans le domaine des ressources humaines de santé pour les Autochtones et certains fonds de transition. Les dépenses de l'année courante seront, je crois, légèrement supérieures à ce montant de 142 millions de dollars. Mais les programmes communautaires, tous les programmes de traitement, resteront au même niveau. Nous avons fait, j'estime, de l'excellent travail, parce que nous avons réussi à augmenter le nombre des étudiants autochtones qui participent à divers programmes. Ce sont là les secteurs qui ont besoin de fonds.

L'hon. Larry Bagnell: Je suis désolé; en 2010, il y aura 140 millions de dollars. Vous dites que cette année-ci, en 2009-2010, le montant sera légèrement supérieur à 140 millions de dollars.

Mme Glenda Yeates: Oui, c'est exact.

L'hon. Larry Bagnell: Ce montant était donc légèrement supérieur — ou à peu près le même?

Mme Glenda Yeates: Non, il était supérieur. Les programmes communautaires — santé maternelle et infantile, suicide chez les jeunes, certains programmes de santé mentale — vont tous recevoir des fonds identiques à ceux qu'ils ont reçus cette année. Nous sommes en train de mettre au point les derniers détails, mais cela —

L'hon. Larry Bagnell: Mais il y en a certains qui ont reçu davantage cette année? N'est-ce pas?

Mme Glenda Yeates: Oui, c'est exact.

L'hon. Larry Bagnell: Cela veut donc dire que le financement de ces programmes a été réduit.

Mme Glenda Yeates: Le financement devait s'étaler sur cinq ans et dans certains cas, nous avons estimé, compte tenu des programmes de transition, que la situation avait changé et que les priorités devaient également changer. Nous avons donc transféré des fonds vers d'autres secteurs.

L'hon. Larry Bagnell: Pourriez-vous nous communiquer le chiffre exact plus tard, le chiffre de ce qui a été dépensé cette année?

Mme Glenda Yeates: Oui. Nous sommes encore en train de le calculer, mais lorsque nous l'aurons, nous pourrions certainement vous le communiquer.

L'hon. Larry Bagnell: Merci.

La présidente: Nous allons maintenant passer au Dr Carrie.

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

Je tiens à remercier les témoins d'être venus aujourd'hui. J'apprends toujours beaucoup de choses avec vous.

J'aimerais revenir sur les questions qu'a posées mon collègue au sujet d'Inforoute. Je tiens à féliciter le gouvernement d'avoir assumé un rôle de leader pour les dossiers électroniques. Je pense que tout le monde connaît l'objectif et que celui-ci se rapproche constamment.

Je sais que le système disparate qui est le nôtre au Canada pose de nombreux défis. J'ai lu un article qui parlait d'un logiciel qui était élaboré à l'Université McGill; il fonctionnerait même dans les deux sens, le logiciel rappelait aux patients, par exemple, le moment auquel ils doivent prendre leur insuline.

Mais cela soulève des questions de respect de la vie privée. Je viens d'Oshawa, et nous avons connu une situation où des dossiers électroniques ont été égarés. Quel est le rôle du gouvernement fédéral à l'égard des questions de respect de la vie privée pour ce qui est de ce système de dossiers? Est-ce un domaine qui relève de nos compétences ou est-ce que ce sont les provinces qui s'en occupent, ou est-ce une combinaison des deux?

Et que fait-on dans ce domaine? Lorsque cela est arrivé à Oshawa, c'est-à-dire quand ces dossiers... Avec l'électronique, on peut maintenant entreposer tellement de renseignements sur une petite barrette — c'est portable et cela peut être affiché sur Internet — cela soulève donc certaines préoccupations. Avons-nous progressé dans ce domaine?

• (1005)

M. Morris Rosenberg: Merci d'avoir posé la question. Je vais commencer la réponse, mais je demanderai peut-être à Glenda de poursuivre, étant donné que, dans son poste précédent, elle était présidente de l'Institut canadien de l'information sur la santé et elle a participé de près aux travaux en cours que je vais mentionner.

Le respect de la vie privée est bien évidemment une question à régler, lorsqu'il s'agit d'un système électronique, en particulier d'un système qui traite les renseignements personnels que l'on trouve dans un dossier de santé électronique. Il est important que ce système évolue tout en respectant et en conciliant un certain nombre d'objectifs. Bien évidemment, nous voulons avoir un système de dossiers de santé électroniques le plus efficace possible. Nous voulons également qu'il respecte la vie privée des patients. Nous voulons également un système — et c'est dans ce domaine que ce travail est vraiment important — qui nous donne accès à des données globales. Il est extrêmement utile d'avoir ces données globales pour que les responsables du système de santé puissent comprendre les résultats obtenus par région ou par catégorie démographique.

Je vais vous donner un exemple de la façon dont les données globales auraient été utiles si nous avions eu à l'époque un système de dossiers de santé électroniques. Vous vous rappelez ce qui est arrivé il y a quelques années avec les inhibiteurs COX-2 et le Vioxx. Nous avons entendu dire qu'aux États-Unis... le Vioxx avait tué des milliers et des milliers de personnes. Ce médicament avait tué un grand nombre d'hommes dans la cinquantaine qui avaient subi des attaques et des crises cardiaques. Il a fallu effectuer une enquête détaillée pour établir un lien entre ces éléments, parce qu'il est évident que les personnes âgées ou dans la cinquantaine se retrouvent souvent à l'hôpital avec ce genre de problèmes. S'il avait été possible d'établir un lien entre l'effet du médicament — autrement dit les substances qu'ils prenaient — et le fait qu'ils présentaient ces symptômes et si l'on avait effectué une étude pour découvrir s'il existait une tendance, les autorités de réglementation dans le monde entier auraient pu intervenir beaucoup plus rapidement pour mettre fin à cette situation. Pour pouvoir faire ce genre de choses, il faut disposer des renseignements individuels concernant les patients. Vous n'avez peut-être pas besoin de connaître les identificateurs précis comme le nom de la personne, par exemple, mais il faut avoir accès à suffisamment de renseignements pour pouvoir tirer ce genre de conclusions.

Voilà qui illustre un des problèmes auxquels nous faisons face. D'un côté, nous ne voulons pas adopter des règles qui permettraient de diffuser les renseignements de tous les patients; bien évidemment, c'est un aspect qui a de graves répercussions sur le plan de l'assurabilité et il est exact que cet aspect soulève des problèmes. D'un autre côté, nous ne voulons pas d'un système qui nous empêche de mieux intervenir grâce aux connaissances qu'offrent les données globales.

Ce travail est en cours actuellement. Il y a un groupe de travail auquel participent les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral, l'Institut canadien de l'information sur la santé, parce que cette organisation est la principale organisation nationale en matière de renseignements de santé, le ICIS, tient à s'assurer que notre système de dossiers de santé électroniques n'a pas pour effet pervers de réduire la quantité d'informations qui lui sont transmises. Inforoute est bien sûr concerné par cette initiative et dans l'ensemble du pays, il y a également les commissaires au respect de la vie privée qui tiennent des discussions à ce sujet.

• (1010)

La présidente: Y a-t-il d'autres commentaires?

Merci, M. Rosenberg.

Nous allons maintenant passer à Mme Wasylycia-Leis.

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

J'aimerais revenir au Dr Butler-Jones, parce que plus je pose des questions au sujet des laboratoires de production du vaccin contre le VIH, plus j'ai envie de poser des questions au sujet des réponses que fournit le Dr Butler-Jones.

En mai dernier, vous avez réuni un nombre d'experts considérable, venus de différents pays, et vous leur avez demandé d'examiner les quatre offres qui faisaient partie du projet que votre gouvernement avait annoncé en 2007.

Donc, à la fin du mois de mai, vous réunissez un grand nombre d'experts de différents pays — décision assez coûteuse — pour mettre sur pied un comité d'examen chargé d'évaluer les quatre offres. Pourquoi effectuer ensuite une étude de diligence raisonnable, après que le processus ait été mis en place? Voilà qui ne me paraît pas logique. Il faut nous expliquer tout cela.

Vous convoquez un comité d'examen. Vous dites que vous demandez une étude de diligence raisonnable à la fin du processus. Il faut soit que le processus ait été mal conçu au départ, soit que l'on veuille cacher quelque chose. Cela ne tient pas debout. Je pense que vous devez nous expliquer pourquoi vous avez réuni ces experts pour examiner quatre offres, tout en sachant qu'une fois le processus terminé, on procéderait à une étude de diligence raisonnable.

Dr David Butler-Jones: Vous avez formulé deux hypothèses qui sont toutes deux erronées.

Pour ce qui est du processus lui-même, dès le début du processus, comme je l'ai dit, en cherchant, pas uniquement avec la Gates Foundation... Encore une fois, la Gates Foundation est peut-être l'organisme qui finance le plus ce genre d'activités dans le monde entier pour ce qui est de lutter contre le VIH et contre toute une gamme de maladies ainsi que pour la recherche — les Grand Challenges, dont nous avons en fait une composante, dans un laboratoire de Winnipeg — et le reste. Cette fondation possède une expertise considérable et a accès à l'expertise.

Au début de ce processus, il existait une lacune pour ce qui est d'un laboratoire capable de produire des lots de vaccins destinés à des essais. C'était un aspect auquel s'intéressaient à la fois le gouvernement du Canada et la Gates Foundation. Nous avons donc suivi ce processus. C'était un processus transparent et tout le monde avait le droit d'y participer. Quatre groupes ont présenté une demande... et ils ont été invités à le faire en raison des solutions qu'ils étaient en mesure d'offrir. Nous avons donc poursuivi le processus.

En mai, nous avons réuni des comités qui ont constaté que toutes ces offres contenaient des défauts. Aucune d'entre elles ne répondait aux critères. Elles offraient un certain potentiel, mais elles contenaient tout de même de nombreux défauts.

Au même moment, Gates avait constaté — encore une fois, cette fondation fait beaucoup plus de choses que nous sur le plan international — que la situation avait considérablement évolué. Le monde avait changé. La fondation a donc commandé le rapport que nous avons vu en juillet — cela a donc été fait après cette étape du processus — qui indiquait que la capacité de différents pays dans ce domaine avait changé et qu'il n'y aurait pas de valeur ajoutée et que nous risquions de dépenser beaucoup d'argent pour un laboratoire qui ne serait pas utilisé à pleine capacité; je ne suis pas convaincu que c'était la meilleure façon d'utiliser nos ressources, compte tenu de toutes les autres choses que nous devons faire.

Ce n'est pas plus compliqué que cela. De nouveaux éléments sont apparus. Nous en avons tenu compte à mesure qu'ils sont apparus. Au début du processus, il y a deux ans, ce besoin était réel. Au cours de cette période, le monde a évolué. Il est ressorti de nouvelles évaluations de la situation qu'effectivement, le monde avait changée. C'est la raison pour laquelle, compte tenu de la situation actuelle, nous devons réviser ce projet.

C'est aussi simple que cela. En tant qu'administrateur en chef de la santé publique, je ne souhaite pas dépenser de l'argent sur une infrastructure qui ne sera pas bien utilisée, compte tenu de tous les autres besoins.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Mais de nouveaux éléments sont apparus et il est maintenant important de vous demander si vous êtes désormais disposés à réexaminer les données et à ensuite reconsidérer le processus.

J'aimerais dire tout d'abord que l'étude d'Oliver Wyman mentionne, dès le départ, comme Kirsty l'a mentionné plus tôt, que cette étude n'est pas complète, qu'en fait — et je cite — en raison de la portée des choix effectués au début du projet, l'étude comporte des « limites » qui appelleraient d'autres recherches.

C'est une déclaration très importante sur cette question, en particulier compte tenu du fait que nous avons obtenu des preuves scientifiques, des résultats de recherche probants de la part du Dr Gerson. C'est un expert de ce domaine auquel votre gouvernement a déjà demandé des conseils. Le Dr Gerson est considéré comme une sommité dans ce domaine, et il a aujourd'hui confirmé ce que l'étude Wyman déclarait au départ, qu'elle n'était pas complète et qu'elle soulevait de graves problèmes...

•(1015)

La présidente: Mme Wasylcia-Leis, votre temps de parole est écoulé.

Dr Butler-Jones, voulez-vous...

Mme Judy Wasylcia-Leis: Je vous demande donc si vous êtes disposé à reprendre le processus du début et à veiller à ce que les quatre offres soient examinées de façon détaillée?

Dr David Butler-Jones: Il y a toujours des gens qui entretiennent des opinions particulières, quelle que soit la question. Nous l'avons constaté avec le SRAS. Il y avait des experts qui entretenaient des opinions tout à fait contraires à la mienne pour ce qui est du SRAS et du H1. Je ne choisis pas l'opinion de la personne qui est confrontée à neuf opinions contraires, j'adopte plutôt celle des neuf personnes qui ont la même opinion.

Nous avons examiné cette question et il faut toujours prendre une décision. Si vous attendez d'être sûr à 100 p. 100 d'avoir la bonne réponse, vous pouvez attendre longtemps. Il faut toujours se demander si l'on dispose de suffisamment de renseignements pour prendre une décision à partir des renseignements obtenus. Nous avons estimé que nous possédions suffisamment d'information.

La Gates Foundation n'estime pas qu'il convient de revenir sur cette question. Nous ne pensons pas qu'il faille le faire.

Mme Judy Wasylcia-Leis: [Note de la rédaction: inaudible]

Dr David Butler-Jones: C'est une opinion particulière. Sur le comité...

Mme Judy Wasylcia-Leis: Un sur 10 ou un demi de 1 sur 10.

La présidente: Mme Wasylcia-Leis, je vous demande de vous arrêter.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Vous choisissez l'unique opinion qui va dans votre sens sur les 10 que vous avez obtenues.

La présidente: Silence, Mme Wasylcia-Leis.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Toutes les autres études indiquent qu'il y a...

Dr David Butler-Jones: Non, madame.

Madame, ce n'est pas exact. D'autres ont examiné cette question. Nous avons...

La présidente: Excusez-moi. Silence.

Voilà qui est terminé.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Êtes-vous prêt à déposer les autres études alors? Acceptez-vous de déposer ces études?

La présidente: Très bien, Mme Wasylcia-Leis.

M. Brown, allez-y.

M. Patrick Brown: Merci, madame la présidente.

Je voudrais poser d'autres questions au sujet de l'Inforoute Santé du Canada. J'ai un certain nombre de questions à poser.

Pour ce qui est des radiographies, vous avez mentionné qu'elles étaient numérisées; cela concernait-il uniquement l'Alberta ou l'Île-du-Prince-Édouard, ou est-ce que nous avons déjà numérisé des radiographies en Ontario?

Deuxièmement, nous avons parlé de prescriptions numérisées pour des produits pharmaceutiques ou des médicaments. Cela se fait-il déjà en Ontario? Si ce n'est pas le cas, à quel moment pouvons-nous espérer voir ce progrès?

Quel est le montant des sommes investies en Ontario pour l'Inforoute Santé du Canada?

Enfin, compte tenu des questions qu'a soulevées ces dernières années la façon dont le gouvernement de l'Ontario a géré les fonds d'Inforoute, disposons-nous de mécanismes de contrôle qui nous permettront de veiller à ce que les fonds fédéraux soient utilisés de la façon la plus efficace possible?

M. Morris Rosenberg: Merci.

Permettez-moi de dire dès le départ que je ne pense pas avoir avec moi tous les renseignements précis que vous demandez, mais nous allons nous efforcer de les obtenir et de vous les transmettre.

Je peux vous donner d'autres informations. Pour vous donner un exemple des choses qui ont été faites, les systèmes d'information relative aux médicaments sont déjà en place dans les provinces suivantes: Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan et Île-du-Prince-Édouard. Ce système n'existe pas en Ontario. Cela je peux vous le dire.

Je sais que la numérisation des films radiographiques est en cours, comme je l'ai dit, dans les différentes régions du pays, mais je ne peux pas dire que cette opération soit terminée partout. Encore une fois, nous vous transmettrons des renseignements précis concernant l'Ontario.

Excusez-moi, quelle était la dernière partie de votre question?

M. Patrick Brown: Quel est le montant des investissements effectués en partenariat en Ontario?

M. Morris Rosenberg: Nous avons fourni des fonds à Inforoute. Inforoute fournit ensuite ces fonds aux provinces. Le pourcentage de partage des coûts est, je crois, 75 p. 100 pour Inforoute et 25 p. 100 aux provinces. Cela ne se fait pas, comme je l'ai mentionné plus tôt, de façon égale partout. Inforoute ne distribue pas ses fonds à tout le monde; Inforoute exige — et c'est une des forces de ce projet — qu'il existe un partenaire capable de démontrer qu'il est en mesure de mettre en place un système provincial de dossiers de santé électroniques avant qu'Inforoute ne verse des fonds. C'est un mécanisme de financement très strict.

M. Patrick Brown: Avons-nous des chiffres approximatifs sur les montants consacrés aux projets ontariens?

M. Morris Rosenberg: Je ne dispose pas de cette information. Cette information existe; je ne l'ai pas avec moi ici, mais je serai heureux de vous la fournir dès que je le pourrai.

M. Patrick Brown: La question la plus importante est la dernière. Quels sont les mécanismes de contrôle qui existe, compte tenu des difficultés que nous avons rencontrées en Ontario?

Mme Glenda Yeates: Il existe un certain nombre de mécanismes de contrôle. Le principal est celui que le sous-ministre a mentionné, à savoir que seuls les projets qui répondent exactement aux critères exigés reçoivent des fonds. Ce n'est pas un financement par habitant qui donne à chaque province une part correspondante; c'est en fait un financement axé sur les projets qui doivent respecter certains critères. Ce n'est qu'une fois que le système est en place, qu'il fonctionne et qu'il est réellement utilisé que le financement se poursuit. Inforoute retient une partie importante du financement. Nous utilisons l'expression « financement conditionnel ».

En outre, à la suite des rapports du Vérificateur général, et des questions qui ont été soulevées par les vérificateurs provinciaux, les fonds accordés tout récemment à l'Inforoute Santé du Canada ont été assortis de conditions supplémentaires. Par exemple, nous avons fixé des taux quotidiens maximums pour les consultants selon la province, et ce genre de choses. Il existe désormais un certain nombre de mécanismes de reddition de compte qu'Inforoute Santé du Canada doit respecter, et appliquer à chaque projet individuel. Par exemple, il y a la notion de normes nationales; nous voulons pouvoir obtenir des renseignements qui soient uniformes et comparables d'une province à l'autre.

• (1020)

M. Patrick Brown: Si nous voulions savoir quels sont les projets qui ont été approuvés dans les différentes provinces, pourrions-nous obtenir une liste des projets qui répondent aux critères dont vous parlez?

M. Morris Rosenberg: Oui. Inforoute possède ces renseignements et nous pourrions vous les fournir.

Je devrais vous dire également qu'il s'agit là d'un programme pluriannuel. Si vous examinez la façon dont le gouvernement libéral précédent et le gouvernement actuel ont accordé ce financement, vous constaterez qu'il a été accordé par tranches. Jusqu'ici, le gouvernement a accordé 2,1 milliards de dollars, mais pas en une seule fois. Cette somme a été versée par tranches de 400 ou 500 millions de dollars. Il existe en outre une entente de financement entre Inforoute et Santé Canada; Inforoute est tenu de démontrer qu'il enregistre des progrès réels.

Il faudra d'autres fonds pour mettre en oeuvre un système de dossiers de santé électroniques; cela est certain, compte tenu des prévisions qui ont été préparées. Je crois que l'on peut dire que nous voulons surtout voir des résultats. Nous avons obtenu des résultats jusqu'ici et il faut que nous continuions à constater qu'Inforoute et les provinces obtiennent des résultats pour que le financement se poursuive.

Pour ce qui est arrivé l'année dernière avec cette série de vérifications, je dirais que les vérifications ont pour but de déceler les mauvaises pratiques de gestion. Comme je l'ai dit, j'estime que la vérification fédérale dont a fait l'objet Inforoute est dans l'ensemble très positive. Certains aspects mineurs ont été corrigés; il y avait également un certain nombre de choses dans les vérifications provinciales et tout cela va nous aider à veiller à ce que le financement s'effectue sur une base prudentielle.

La présidente: Merci, monsieur Rosenberg.

Nous avons le temps de faire un autre tour et c'est ce que nous allons faire. Je vais suspendre la séance à 10 h 45 parce que nous devons voter le budget.

Nous allons maintenant passer au deuxième tour. C'est un tour de sept minutes.

Nous allons commencer par le Dre Duncan.

Mme Kirsty Duncan: Merci, madame la présidente.

Je ne comprends pas très bien ce qui se passe avec l'ICVV. Nous avons demandé aux quatre entreprises intéressées à faire une offre, de suivre un processus coûteux, et nous avons procédé à l'étude de la diligence raisonnable à la fin du processus et non pas au début. Cela me paraît tout à fait inhabituel.

Je vais revenir sur ce qu'a dit ma collègue, Mme Wasylycia-Leis, qui est que vous avez déjà eu recours aux services du Dr Gerson. Je me demande s'il a participé au processus.

Dr David Butler-Jones: Je ne le sais pas; nous avons toutefois eu recours à un grand nombre d'experts internationaux.

Là encore, il s'agit de la critique d'une étude. Ce n'est pas une autre étude, ce n'est pas une autre évaluation. Nous et la Gates Foundation estimons que nous possédons suffisamment de renseignements pour prendre une décision.

Pour ce qui est des propositions présentées, aucune d'entre elles ne répondait aux critères. Toutes étaient lacunaires. Il m'est, bien sûr, impossible d'entrer dans les détails pour des raisons de confidentialité, mais je dois dire que le processus était transparent. Nous avons eu recours à des experts de l'extérieur, nous avons utilisé les experts du gouvernement, et nous avons eu recours à la Gates Foundation et à d'autres.

Cela vient de la nature des demandes concernant un domaine scientifique. J'ai reçu des propositions sur lesquelles j'ai beaucoup travaillé, qui étaient très coûteuses et qui n'ont pourtant pas été financées. C'est dans la nature des choses.

Mme Kirsty Duncan: Je pense que nous savons tous les deux ce qu'est un processus scientifique et comment les propositions sont financées. J'ai demandé dans ma question — et si vous ne pouvez pas y répondre aujourd'hui, j'aimerais le savoir plus tard — si le Dr Gerson avait participé à ce processus.

Une des raisons pour lesquelles on voulait ce genre d'installation est qu'on voulait avoir une installation à laquelle les chercheurs auraient accès. L'Association canadienne de recherche sur le VIH a déclaré, très clairement, que le besoin existait toujours. Pourquoi avez-vous annulé cet appel d'offres?

• (1025)

Dr David Butler-Jones: Nous estimons que cette capacité existe actuellement. Ça ne veut pas dire qu'elle existe dans cette installation particulière, mais cette capacité existe. Comme vous l'avez remarqué, dans l'étude elle-même, les chercheurs ont eu tendance à privilégier certains fournisseurs ou laboratoires de production de vaccin. Il y en a d'autres, et une partie de notre travail va consister à répartir les chercheurs entre les différents laboratoires pour qu'ils puissent faire leur travail.

Mme Kirsty Duncan: Eh bien, il me paraît essentiel de savoir si le Dr Gerson a participé à cet examen. Je comprends qu'il s'agit d'une étude, mais j'estime qu'elle mérite vraiment d'être examinée en détail.

Pouvez-vous confirmer qu'il y a eu un examen confié à des experts scientifiques, un comité directeur et une décision ministérielle?

Dr David Butler-Jones: Je ne suis pas certain de bien comprendre la question.

Mme Kirsty Duncan: Ce projet a-t-il fait l'objet d'un examen scientifique, y avait-il un comité directeur et le ministère a-t-il pris une décision?

Dr David Butler-Jones: Il y avait un comité d'examen, comme l'a mentionné Mme Wasylcyia-Leis, qui a tout revu, et toutes les conclusions ont été examinées au mois de mai. Il y avait un comité directeur chargé de suivre le processus. Et finalement, des recommandations ont été présentées une fois le processus terminé; d'après ces recommandations, aucune des offres ne répondait aux critères et compte tenu des renseignements fournis par la Gates Foundation, il n'était pas nécessaire d'en faire davantage.

Mme Kirsty Duncan: Le comité scientifique a classé les offres. Est-ce que certaines d'entre elles ont été approuvées par le comité directeur?

Dr David Butler-Jones: Elles comportaient toutes des lacunes. Aucun d'entre eux n'a pu... Aucune des offres présentées — et nous pouvons uniquement travailler à partir de propositions — ne répondaient à tous les critères.

Mme Kirsty Duncan: Est-ce qu'une des offres a été approuvée par le comité directeur?

Dr David Butler-Jones: Le comité directeur est un comité chargé de faciliter le processus. Il s'occupe de l'ensemble du processus. L'examen externe et l'examen interne doivent être combinés. Toutes les offres comportaient des lacunes, ce qui les a empêchées d'être approuvées.

Mme Kirsty Duncan: Dr Butler-Jones, excusez-moi, mais je vous demande si une des offres a été approuvée par le comité directeur?

Dr David Butler-Jones: Ce n'est pas essentiel; je n'en suis pas certain... parce qu'aucune offre n'est acceptée tant que tous les examens n'ont pas été effectués et qu'une décision a été prise.

Une des offres semblait avoir du potentiel, mais elle comportait de graves lacunes. Elle n'a donc pu être acceptée.

Aucune des offres ne m'a paru suffisante et mériter un financement.

Mme Kirsty Duncan: Très bien.

Est-ce que l'ICID, qui a présenté une offre pour l'ICVV, a bénéficié d'un appui politique, le cas échéant?

Dr David Butler-Jones: Je ne sais pas très bien ce que vous voulez dire par là.

Mme Kirsty Duncan: Y a-t-il eu une intervention politique pour...

Dr David Butler-Jones: Pour ce qui est du rôle de l'Agence, du rôle des autres ministères et du processus d'examen, tout cela était non partisan. C'était un processus non partisan. C'était un processus indépendant. Les commentaires que peuvent faire les hommes politiques n'ont absolument rien à voir avec le processus.

Mme Kirsty Duncan: Merci.

Est-ce que le L5L bénéficie d'un appui politique, le cas échéant?

Dr David Butler-Jones: Le L5L est une façon différente — et je crois que le comité la connaît — d'assurer un confinement très sécuritaire pour les études cliniques, par exemple. Nous sommes en train d'explorer les différentes facettes de cette idée, son intérêt, notamment. Nous sommes encore à l'étape de l'élaboration de ce qui pourrait devenir une proposition.

Mme Kirsty Duncan: Avant de donner la parole à la Dre Bennett, je voudrais simplement signaler que la Semaine Cerveau en Tête vient de commencer. D'ici 20 ans, les problèmes touchant le cerveau constitueront une des principales causes de décès et d'invalidité, et

j'aimerais mentionner la nécessité d'élaborer une stratégie nationale à l'égard du cerveau.

Je vais maintenant donner la parole à la Dre Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: Je crois pouvoir dire que les déclarations qu'ont faites cette semaine les ministres ont suscité une certaine controverse, en particulier dans le milieu de la santé publique. Je me demande si, en qualité de médecin du Canada, vous pourriez dire officiellement si vous pensez que la contraception sauve des vies.

Dr David Butler-Jones: Il est évident qu'en matière de santé maternelle et infantile, tous les programmes appropriés, y compris ceux qui touchent la contraception, constituent des éléments importants de la santé publique. L'action des gouvernements qui décident de privilégier certains aspects et d'investir dans les secteurs qu'ils ont retenus ne peut être que bénéfique pour la santé publique. La planification en matière de santé publique est nécessairement globale et les gouvernements, les agences, les organisations et les particuliers en privilégient certains aspects. C'est une excellente chose.

• (1030)

La présidente: Merci.

Nous allons passer à M. Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Merci, madame la présidente.

L'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie conseille aux pharmaciens, depuis le 1^{er} janvier dernier, de cesser la vente de produits de santé naturels pour lesquels le processus d'homologation de Santé Canada n'a pas été achevé. Il est donc clair que si le processus d'homologation avait été terminé le 31 décembre 2009, ce conseil n'aurait pas émané de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie.

J'aimerais savoir, compte tenu que l'Ordre des pharmaciens ne conseille pas ses pharmaciens en se basant sur des éléments frivoles, quelle a été la réaction de Santé Canada à la suite de ce conseil. Ces gens ont certainement fondé leurs recommandations sur quelque chose de concret. Quelle a été la réaction de Santé Canada face à ce conseil donné aux pharmaciens? A-t-il exprimé l'intention de trouver le moyen d'éliminer les ambiguïtés relativement à ce que Mme Boudreau appelait plus tôt le passage du DIN au NPN comme seul élément de la réglementation? Santé Canada n'a-t-il pas évalué des mesures moyennes ou temporaires pour que d'ici à ce que l'ensemble du processus d'homologation soit terminé, on s'assure que les produits sur les tablettes sont sécuritaires — et je pense que c'est ce que tout le monde veut —, mais que des producteurs et des détaillants ne sont pas indûment pénalisés?

Mme Michelle Boudreau: Merci, monsieur Malo.

Oui, bien sûr, nous sommes tout à fait au courant de la décision de l'ANORP, qui est assez récente. En ce qui a trait aux produits qui portaient anciennement un DIN et qui portent maintenant un NPN, donc qui sont maintenant des produits de santé naturels, ils sont passés de façon très efficace chez nous. D'abord, on leur a accordé, selon le règlement, une période de six ans, ce qui est quand même long. Ensuite, les demandes qu'on devait nous faire parvenir pour le transfert de ces produits étaient plutôt simples. Elles étaient traitées dans un délai de 15 à 20 jours. Il n'y avait jamais d'arriérés dans cette catégorie de demandes. On a terminé toutes les demandes qu'on a reçues dans les délais prévus dans le règlement, en l'occurrence la fin du mois de décembre 2009.

En ce qui concerne la décision de l'ANORP, il est clair pour nous que l'ANORP et Santé Canada ont le même objectif. Comme vous l'avez mentionné, il faut s'assurer que les produits sont accessibles, mais aussi sécuritaires et efficaces. On continue donc de travailler de concert avec les gens de l'ANORP. Ils sont membres de notre comité externe, dont j'ai parlé il y a quelques minutes. On continue de travailler avec eux pour trouver des solutions éventuelles et des solutions administratives à l'interne. Il s'agit de permettre aux gens de prioriser leurs demandes et d'être en mesure de traiter ces demandes de façon plus efficace. Les améliorations que nous avons apportées au cours des derniers 12 à 18 mois ont beaucoup aidé. En effet, si vous regardez nos chiffres, vous constaterez que la plupart des demandes ont été traitées et finalisées au cours de cette période couvrant environ les deux dernières années. C'est le genre de travail que nous continuons à faire. En outre, nous travaillons d'assez près avec les consommateurs, qui sont eux aussi membres de notre comité externe.

M. Luc Malo: Est-ce que des mesures transitoires peuvent être envisagées?

Mme Michelle Boudreau: Pour le moment, on ne prévoit pas de mesures transitoires. Je présume que vous parlez de règlements transitoires.

M. Luc Malo: En effet.

Mme Michelle Boudreau: Non. En ce moment, on considère plutôt des solutions administratives. On a déjà mis en oeuvre les solutions concernant la façon de faire le travail à la direction. Cela étant dit, on va voir comment les choses se déroulent. Il est certain qu'on travaille de façon très rapprochée avec l'ANORP pour ce qui est de trouver une solution et reconnaître, comme vous le disiez plus tôt, qu'il peut quand même y avoir un impact sur l'industrie.

• (1035)

M. Luc Malo: Monsieur Rosenberg, la réponse que vous m'avez fournie plus tôt ne m'a pas satisfait. Je vais donc vous la poser de nouveau, simplement pour vous donner l'occasion de la préciser.

La ministre a dit, ici même au comité, que son objectif était d'éliminer l'arriéré d'ici le 31 mars. De son côté, la Direction des produits de santé naturels véhicule à l'interne l'objectif voulant simplement avoir dans le processus l'ensemble de l'arriéré. Il y a une très grande différence entre la volonté politique exprimée et ce qu'exprime la direction administrative. Est-ce que ce phénomène est fréquent?

M. Morris Rosenberg: Je vais faire de mon mieux pour répondre de façon plus satisfaisante, mais il est possible que ça ne vous satisfasse pas, malgré tout.

Comme l'a dit M. Butler-Jones, ce domaine — et je ne parle pas ici seulement des produits naturels, mais de la politique en matière de santé en général — est très compliqué. Les données changent fréquemment. Des objectifs sont énoncés, mais après un certain temps, on reconnaît qu'un changement fondamental a eu lieu et qu'il faut procéder autrement. Ça arrive. Ça ne veut pas dire qu'il y a un manque de communication entre le niveau politique et la fonction publique, mais que tout le monde doit être conscient qu'on travaille dans un contexte où l'évolution est très rapide et où les données changent chaque jour. C'est la seule explication que je puisse fournir. Celle-ci va probablement s'appliquer à plusieurs autres cas où il y a énoncé ainsi que des modifications dues à la nécessité de s'adapter à des situations changeantes.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Rosenberg.

Mme Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci.

J'aimerais poser une autre question sur le laboratoire de fabrication du vaccin VIH. Pourquoi le critère a-t-il changé? Lorsque les entreprises ont été invitées, au départ, à présenter des demandes, il s'agissait de production de... sur une base non lucrative. Comme le gouvernement l'a déclaré à l'époque, il fallait démontrer la capacité de produire le vaccin VIH et cette capacité devait exister principalement dans les pays à faibles ou moyens revenus et leur profiter.

Il est évident que quelque chose est survenu entre le processus relatif aux offres initiales et le mois de février de cette année, puisque tout à coup il est devenu acceptable que le vaccin soit produit par des entreprises du secteur privé, étant donné que c'est la seule capacité qui soit mentionnée dans l'étude Oliver Wyman.

Dr David Butler-Jones: Je vous remercie d'avoir posé cette question.

Je reconnais que ce sont là des questions vraiment importantes. Je suis tout à fait transparent. Je vous dis tout ce que je sais. Il n'y a aucun aspect de ce processus qui est caché. En fait, les critères exigés au départ étaient l'autosuffisance financière, la gouvernance et la gestion, le respect des critères techniques sur le plan de la fabrication et des ressources humaines et un accès mondial. Comme je l'ai déjà dit, toutes les offres comportaient des lacunes.

Au moment où le gouvernement du Canada a décidé, avec la Gates Foundation, il y a quelques années, d'aller de l'avant dans ce domaine qui constitue un des aspects de l'ICVV, il a été décidé que si l'on voulait financer cet aspect, cela se ferait sur une base non lucrative. Cela ne voulait pas dire que cet aspect pouvait uniquement être pris en charge par des organismes sans but lucratif.

Depuis cette époque, comme je l'ai dit — et il y avait un manque de capacité dans le monde dans ce domaine — nous avons constaté qu'aujourd'hui, cette capacité existait. La Gates Foundation, comme vous le savez, s'intéresse de près aux pays moins développés et à l'accès à ces produits pour les pays à revenus faibles et moyens. Les responsables de la fondation connaissent bien la question, ils possèdent de l'expertise à l'échelon international que nous ne possédons pas, et c'est la raison pour laquelle nous nous en remettons à eux pour, et non pas uniquement à nous-mêmes, pour décider ce qui est nécessaire.

• (1040)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci.

Je vais vous citer l'étude Oliver Wyman et le passage qui énonce: « Un processus ouvert et transparent permettant d'identifier une société sans but lucratif qui possède l'expertise pour construire et exploiter le laboratoire proposé a été mis sur pied en 2007 et se poursuit toujours. » Il est donc évident que cela représente un changement par rapport aux critères initiaux qui avaient été donnés aux entreprises sollicitées, entre ce moment et aujourd'hui, et cela me paraît être une nouvelle tout à fait regrettable. En effet, cela veut dire que ces gens-là ont déployé beaucoup d'efforts pour répondre à certains critères et qu'on leur a dit que tout était terminé même s'ils n'avaient rien à se reprocher. Je crois qu'ils n'ont jamais obtenu d'explications détaillées sur les raisons pour lesquelles leurs offres n'ont pas été acceptées.

Je tiens toutefois à vous demander comment vous allez pouvoir... Nous avons maintenant le rapport du Dr Gerson, qui affirme que la capacité actuelle est insuffisante et l'Association canadienne du VIH estime qu'il n'est pas possible de tester un vaccin sans avoir un laboratoire de production et que cette nouvelle orientation ne permettra pas d'en créer un.

Nous avons maintenant les commentaires de l'International AIDS Vaccine Initiative, qui annonce que nous avons fait des progrès tout à fait surprenants: un groupe de recherche a découvert, dans le cadre de l'International AIDS Vaccine Initiative, deux nouveaux anticorps ayant un effet neutralisant très large et nous avons également obtenu les résultats d'un essai clinique effectué en Thaïlande par le ministère de la santé de ce pays.

Il est donc évident que les choses progressent très vite dans le monde et que tous ces efforts devaient se conjuguer grâce à ce laboratoire sans but lucratif situé au Canada et cette possibilité a maintenant disparu. Le Canada a donc terni sa réputation et nous avons perdu un rôle important de leader dans ce domaine. En plus, le laboratoire de réputation mondiale de Winnipeg, à qui de nombreuses sources avaient déclaré qu'il avait remporté l'appel d'offres, doit maintenant essayer d'expliquer aux autres pays pourquoi, alors qu'il possède des chercheurs de pointe en matière de VIH et de sida, avec un laboratoire de niveau 4, avec une institution de niveau mondial, il n'a pas réussi à faire accepter son offre, pour des raisons qu'il ne connaît pas.

Au nom de la réputation des scientifiques et des personnes qui ont déployé autant d'efforts pour mettre sur pied une installation de niveau mondial, je pense qu'une explication s'impose.

Je pense en fait que vous connaissez aussi bien que moi, Dr Butler-Jones, que l'offre de Winnipeg avait été acceptée et que tout à coup on avait ajouté de nouveaux critères. Pour des raisons que personne ne connaît, quelque chose a changé. S'agissait-il de politique mondiale ou régionale ou encore locale à l'égard de ces médicaments, nul ne le sait. Quelque chose est arrivé et on vous a demandé de porter le chapeau. On vous a demandé d'expliquer quelque chose qu'il est impossible d'expliquer.

En fait, j'aimerais citer un passage d'un des articles qui a paru à ce sujet. Il est de Dan Lett, qui a, comme vous le savez, effectué une recherche vraiment très approfondie sur cette question. Voici ce qu'il a dit:

Nous savons également que le comité d'évaluation s'est réuni pendant trois jours en mai dernier pour présenter ses recommandations finales. À la suite de cette réunion, plusieurs sources ont indiqué que l'ICID avait été choisi pour abriter ce laboratoire.

L'ICID est l'International Centre for Infectious Diseases. Personne n'a été surpris que son offre ait été retenue, parce qu'en fait, l'ICID a déjà fait ce genre de travail et sa proposition s'appuyait sur le premier laboratoire au monde en matière de production de vaccins, Serum, et sur le plus grand producteur de biotechnologie dans ce pays, Cangene. Il avait l'appui de l'International AIDS Vaccine Initiative. Il avait l'appui de nombreuses universités, y compris celles du Manitoba, bien évidemment et de Montréal. Comme on leur a déclaré, leur proposition répondait à tous les critères et allait même au-delà.

Je pense que ces personnes méritent qu'on leur fournisse des explications. Je ne m'attends pas à ce qu'elles les obtiennent aujourd'hui, mais je vais vous poser cette question. Le gouvernement va-t-il continuer à accorder un financement annuel à l'International Vaccine ou à l'International Partnership for Microbicides? Ces deux organismes se posent de graves questions, parce qu'ils n'ont

reçu aucune nouvelle à ce sujet. Je veux donc simplement savoir ceci: ce financement va-t-il être maintenu?

La présidente: Dr Butler-Jones, avant que vous répondiez à cette même question, je voulais vous dire que ce sera la dernière question. Lorsque vous aurez fourni votre réponse, je n'accepterai plus de questions de la part des membres du comité.

Dr David Butler-Jones: Zut, c'est la dernière?

Je pense que cette conversation va se poursuivre. Il faudrait que... La dernière question — et je vais commencer par là — est nouvelle pour moi. Je ne possède aucune information à ce sujet, et nous allons donc devoir y revenir.

Mais je dois répéter que certaines de vos affirmations sont clairement erronées. Les critères n'ont pas changé. Si nous avions décidé de construire un laboratoire au Canada, nous aurions pensé que ce serait une société sans but lucratif qui s'en chargerait. Mais la raison à l'origine de cette mesure n'était pas l'aspect sans but lucratif. La raison à l'époque était un manque de capacité; c'était la véritable raison. Nous avons ensuite décrit les critères auxquels devaient répondre un laboratoire situé au Canada — je vous les ai lus il y a un moment — et les offres ne correspondaient pas à ces critères.

Je ne sais pas qui a déclaré ceci, où cela a été dit, ni à qui cela a été dit, mais cela est faux. Aucune offre n'a été retenue. J'ai examiné les examens; j'ai examiné les propositions originales. Il y en avait une qui offrait un potentiel — c'est la façon dont cela a été formulé, elle avait un « potentiel » — mais il aurait fallu la retravailler en profondeur, de sorte qu'elle n'a pas été acceptée. Elle ne répondait pas aux critères qui auraient permis de lui accorder un financement. Ce n'est pas que les critères aient changé, c'est que personne ne les a respectés.

Pour l'avenir, c'est encore une fois l'étude de Gates qui a constaté l'existence d'une capacité suffisante. La situation avait évolué. De sorte que pour ce qui est de la capacité actuelle... Il peut exister une capacité que les chercheurs ne connaissent pas. Un des aspects auxquels la Gates Foundation et nous-mêmes nous nous intéressons est de donner aux chercheurs accès à la capacité qui existe, et bien évidemment de régler ces aspects.

Enfin, si les groupes qui ont fait des offres souhaitent encore poser des questions — il y a eu des conversations, des discussions, et cela va se poursuivre — il est très important que, s'ils ne sont pas satisfaits des réponses obtenues, qu'ils continuent à poser des questions, parce que nous sommes tout à fait transparents pour ce qui est de leurs propositions et des problèmes soulevés. Il est regrettable qu'aucune des offres n'ait répondu aux critères. Il est heureux que le Canada ait un accès international à cette nouvelle capacité pour obtenir des lots de vaccin d'essai et que nous puissions désormais utiliser cette ressource pour une activité associée à une valeur ajoutée.

Merci.

● (1045)

La présidente: Merci, Dr Butler-Jones.

J'aimerais remercier nos invités qui sont venus aujourd'hui répondre à nos questions. Nous vous en sommes reconnaissants.

Je remercie également les membres du comité pour avoir posé des questions éclairantes.

Nous allons suspendre la séance quelques minutes et nous allons ensuite passer au vote du budget des dépenses.

Merci.

• _____ (Pause) _____

• **La présidente:** J'invite les membres du comité à prendre place.
J'aimerais passer au vote du Budget supplémentaire des dépenses.

SANTÉ
Ministère
Crédit 1c—Dépenses de fonctionnement32 133 772 \$
Crédit 5c—Dépenses en capital241 000 \$
Crédit 10c—Subventions inscrites au Budget des dépenses et contributions.....5 255 971 \$
Instituts de recherche en santé
Crédit 25c—Subventions inscrites au Budget des dépenses1 \$
Agence de la santé publique du Canada
Crédit 40c—Dépenses de fonctionnement.....52 863 518 \$
Crédit 45c—Dépenses en capital.....1 \$
Crédit 50c—Subventions inscrites au Budget des dépenses et contributions.....1 \$

(Les crédits 1c, 5c, 10c, 25c, 40c, 45c et 50c sont adoptés).

La présidente: Puis-je faire rapport du Budget supplémentaire des dépenses à la Chambre?

Des voix: D'accord.

La présidente: Nous allons maintenant voter le Budget principal des dépenses.

SANTÉ

Ministère

Crédit 1—Dépenses de fonctionnement.....1 876 073 \$

Crédit 5—Dépenses en capital.....37 718 \$

Crédit 10—Subventions et contributions.....1 382 680 \$

Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée

Crédit 15—Dépenses du Programme.....9 929 \$

Instituts de recherche en santé du Canada

Crédit 20—Dépenses de fonctionnement.....48 995 \$

Crédit 25—Subventions.....926 926 \$

Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses

Crédit 30—Dépenses du Programme.....4 980 \$

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Crédit 35—Dépenses du Programme11 163 \$

Agence de la santé publique du Canada

Crédit 40—Dépenses de fonctionnement.....406 216 \$

Crédit 45—Dépenses en capital36 774 \$

Crédit 50—Subventions et contributions.....203 200 \$

(Les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45 et 50 sont adoptés).

La présidente: Puis-je faire rapport du Budget supplémentaire des dépenses à la Chambre?

Des voix: D'accord

La présidente: Très bien, la séance est levée.

Je vous remercie.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>