



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des finances

FINA • NUMÉRO 091 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 6 octobre 2005

Président

M. Massimo Pacetti

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

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

Comité permanent des finances

Le jeudi 6 octobre 2005

•(1535)

[Traduction]

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

J'espère que tout le monde va bien. La journée a été longue pour certains d'entre nous.

Je remercie les témoins d'avoir pris le temps de venir comparaître devant le comité.

Conformément à l'article 83.1 du Règlement, nous tenons les consultations prébudgétaires pour 2005.

Au cas où vous ne connaissiez pas bien notre fonctionnement, je vais vous accorder entre sept et dix minutes pour présenter votre mémoire ou vos recommandations au comité. Je préfère ne pas vous interrompre; si vous pouvez vous en tenir aux sept à dix minutes, je vous en serai reconnaissant.

Nous avons quelques questions d'ordre administratif à régler.

[Français]

Le comité de direction s'est réuni et veut soumettre deux ou trois propositions.

Je propose donc que, conformément à l'alinéa 97.1(3) a) du Règlement, le Comité requiert de la Chambre une extension de 30 jours pour le projet de loi C-285.

(La motion est adoptée.)

[Traduction]

Le président: Il est également proposé que, conformément à l'alinéa 97.1(3)a), le comité requière de la Chambre une prolongation de 30 jours pour l'étude du projet de loi C-265.

(La motion est adoptée.)

[Français]

Le président: Le comité propose qu'on adopte le budget opérationnel de 48 900 \$ pour les consultations prébudgétaires de 2005.

(La motion est adoptée.)

[Traduction]

Le président: J'ai une liste de témoins; je pense que vous avez la même et je vais m'en tenir à l'ordre de cette liste. Le premier témoin est M. Glenn Brimacombe; il représente l'Association canadienne des institutions de santé universitaires.

M. Glenn Brimacombe (directeur général, Association canadienne des institutions de santé universitaires): Bonjour.

Je m'appelle Glenn Brimacombe; je suis le directeur général de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires.

Je suis accompagné par le Dr Bernie Bressler, qui est le coprésident du comité de l'ACISU des vice-présidents de la

recherche en santé. Le Dr Bressler est aussi le directeur général du Vancouver Coastal Health Research Institute.

L'Association canadienne des institutions de santé universitaires se réjouit de comparaître devant ce comité pour discuter d'une série de recommandations visant à renforcer les liens qui existent entre la santé et la productivité des Canadiens, l'efficacité du système de santé, la compétitivité économique et la prospérité des Canadiens, ainsi que le rôle vital que nos membres jouent en appuyant ces objectifs stratégiques nationaux et en travaillant à les atteindre.

Notre association, l'ACISU, est le porte-parole national des hôpitaux universitaires et des autorités sanitaires régionales, qui sont responsables des activités intégrées suivantes. Nous offrons aux Canadiens l'accès à un éventail de services de santé spécialisés et à certains soins primaires. Nous représentons tous les grands centres d'enseignement qui forment la prochaine génération de spécialistes de la santé du Canada, et nous fournissons la plus grande partie de l'infrastructure qui sert, aux quatre coins du pays, à soutenir et à mener la recherche en santé, à faire des percées en médecine, et à innover.

Aucun autre organisme du système de santé n'offre la combinaison de services que nos membres proposent. Nous considérons nos établissements comme des noyaux du système, en plus d'être des ressources nationales.

Nous voyons un lien crucial entre le gouvernement fédéral et nos membres pour ce qui est des rapports étroits qui existent entre l'investissement dans la santé des Canadiens et notre capacité collective de continuer de bâtir une société dynamique, capable de maintenir sa prospérité et sa compétitivité économiques. Bref, nous voulons renforcer les liens qui existent entre la santé et la richesse.

L'accord conclu par les premiers ministres en septembre 2004 définissait des mesures destinées à atteindre les objectifs nationaux fixés pour notre système de santé, en accordant aux provinces et aux territoires suffisamment de souplesse pour s'attaquer à leurs priorités stratégiques. Bien qu'il reste des interrogations sur la mise en oeuvre et le suivi de l'accord, l'ACISU estime que le comité permanent devrait examiner attentivement certaines recommandations d'ordre stratégique qui seraient considérées comme appuyant l'action du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé.

Pour que le système de santé prospère au lieu de survivre, nous devons continuer d'investir dans notre bien le plus précieux: les professionnels de la santé. Afin d'augmenter le nombre de stagiaires dans ce secteur, il faudra investir pour élargir l'infrastructure physique des centres d'enseignement. C'est pourquoi l'ACISU recommande la création d'un fonds national de ressources humaines de la santé doté d'un milliard de dollars sur cinq ans, afin d'augmenter la capacité de former des professionnels de la santé au Canada. Pour que le système soit vraiment souple et adaptable aux nouveaux besoins des Canadiens en matière de santé et, surtout, pour qu'il offre un accès à une gamme de services de qualité supérieure, nous devons veiller à avoir assez de professionnels de la santé. Autrement dit, il s'agit d'un enjeu national qui exige du gouvernement fédéral qu'il prenne des mesures immédiates, sinon, les crises qui sévissent aux quatre coins du pays vireront à la catastrophe.

Il est également important de veiller à ce que le système de santé dispose des installations physiques permettant d'offrir un service de qualité aux Canadiens. Les membres de l'ACISU constatent que beaucoup de professionnels travaillent dans des installations qui ont été construites au tournant du siècle. Bien que de temps à autre, les gouvernements provinciaux consacrent de modestes ressources à la rénovation ou à l'agrandissement de ces installations, il est évident que les besoins opérationnels sont financés en priorité.

Il faut garder en tête les données comparatives de l'OCDE — l'Organisation de coopération et de développement économiques — selon lesquelles le Canada présente le taux d'occupation le plus élevé parmi les pays du G-7 au chapitre des soins de courte durée, c'est-à-dire 87 p. 100, et qu'il se classe au second rang parmi les 21 membres de l'OCDE déclarants. Le Canada possède 25 p. 100 moins de lits de soins de courte durée pour 1000 habitants que la moyenne des pays de l'OCDE, et il se classe 13^e parmi les 25 pays déclarants. En outre, le Canada a 25 p. 100 moins de médecins pour 1000 habitants que la moyenne de l'OCDE, et il se classe 23^e sur 29 pays membres. Prises ensemble, ces données témoignent de la capacité limitée de notre système.

L'ACISU estime que le gouvernement fédéral a un rôle tout indiqué à jouer pour aider les provinces et nos membres à renouveler la capacité physique d'offrir des soins de santé de qualité supérieure aux Canadiens, par la création d'un fonds d'infrastructure de prestations de services de santé. Ce genre de fonds cadre avec d'autres fonds ponctuels et ciblés que le gouvernement fédéral a créés pour aider à augmenter la capacité de prestation.

Surtout, ce que nous demandons au gouvernement fédéral de faire a été entrepris en 1948, avec la création du programme de subventions à la construction d'hôpitaux. Cinquante-sept ans ont passé et le système de santé a grandement besoin d'être modernisé.

• (1540)

Dr. Bernie Bressler (coprésident, Comité de la recherche en santé, vice-président de la recherche, vice-doyen, Association canadienne des institutions de santé universitaires): L'ACISU est d'avis que la recherche est l'oxygène de tout système de santé factuel. C'est le fondement de nombreuses décisions stratégiques judicieuses. C'est la pierre d'angle du système de santé, sur laquelle reposent des décisions cliniques rentables et la prestation de soins de bonne qualité.

La recherche est le facteur fondamental qui facilite l'innovation à au moins trois égards. Elle contribue à améliorer l'état de santé individuel et collectif des Canadiens; elle a une incidence sur l'architecture du système de santé et sur la manière dont nous

dispensons des services de santé de qualité supérieure et rentables; elle mène à des découvertes de pointe de calibre mondial qui peuvent produire d'importantes retombées économiques ainsi que des bienfaits sur le plan de la santé.

Le processus de recherche, d'innovation et de commercialisation est un élément essentiel et distinctif de la mission et du mandat de nos membres. Ces membres jouent un rôle fondamental dans l'avancement de la recherche en santé, des découvertes médicales, de la création du savoir et de l'innovation au Canada. En fait, les hôpitaux et les centres universitaires ainsi que leurs instituts de recherche représentent une large part de l'infrastructure physique qui appuie le secteur de la recherche en santé au Canada.

Étant donné la portée des investissements du gouvernement fédéral dans la santé et la recherche, nous pourrions être tentés de croire qu'il est temps de s'attaquer à d'autres priorités nationales. L'ACISU affirme que même si la situation s'est améliorée grâce à la hausse des investissements dans la recherche sur la santé au Canada, nous devons maintenir notre élan pour continuer de profiter des retombées de la recherche d'envergure mondiale à venir.

L'ACISU sait qu'il existe des facteurs stratégiques qui doivent s'agencer efficacement pour que nous puissions maximiser notre investissement dans la recherche sur la santé au Canada et la chaîne de valeur de l'innovation. Par conséquent, elle aimerait attirer l'attention du comité permanent sur la nécessité de financer les différents éléments de l'équation que représente la recherche — l'infrastructure, la recherche fondamentale et appliquée, et les coûts indirects — et de maximiser les retombées économiques de la recherche de pointe de calibre mondial en santé.

La réduction du financement de la recherche sur la santé aurait de lourdes conséquences sur notre capacité d'attirer et de retenir des chercheurs de calibre mondial, et de progresser au chapitre des découvertes et de l'innovation. À l'heure actuelle, le Canada investit plus d'argent dans la recherche sur la santé que jamais auparavant. De fait, nos universités et leurs centres de recherche scientifique sur la santé affiliés ont donné naissance à une vaste industrie de la biotechnologie. Ne faisons pas marche arrière. Voulons-nous perdre du terrain par rapport aux pays qui accordent une grande valeur aux liens qui existent entre la production du savoir et ses retombées, surtout dans le contexte d'une économie mondiale qui repose sur l'avancement et l'exploitation des connaissances?

Je souligne que les recommandations dans ce domaine reposent sur une infrastructure de système de santé financée et gérée par les pouvoirs publics. Cette caractéristique offre à elle seule au Canada une occasion rêvée de continuer de tirer profit des multiples bienfaits de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la santé.

M. Glenn Brimacombe: Enfin, notre mémoire vise à bâtir une société meilleure, à investir dans un système de santé moderne, dynamique et souple. Il s'agit d'être compétitif et bon premier dans une économie mondiale dont les agents sont de plus en plus interdépendants. Il s'agit de bâtir une nation. En somme, il s'agit d'investir dans la santé et de générer de la richesse — d'avoir une population en santé et productive, et de produire des outils adéquats et des connaissances qui nous permettent de tirer notre épingle du jeu.

L'ACISU souhaite ardemment demeurer un intervenant actif et constructif dans le dialogue national à propos des liens symbiotiques qui existent entre l'investissement dans la santé des Canadiens et les nombreuses retombées pour la société.

Merci.

[Français]

Le président: Le prochain groupe est la Société canadienne du SIDA.

Monsieur Lapierre.

M. Paul Lapierre (directeur général, Société canadienne du SIDA): Merci, monsieur le président.

Mon nom est Paul Lapierre. Je suis le directeur général de la Société canadienne du SIDA. M'accompagne aujourd'hui Mark Creighan, qui est responsable des relations médiatiques et de certaines analyses politiques.

[Traduction]

Je n'ai pas l'intention de parler pendant huit minutes. Je crois que vous avez déjà reçu le mémoire. J'aimerais en souligner deux ou trois éléments importants.

Le VIH et le sida sont encore une réalité importante dans notre pays. Chaque année, plus de 5 500 Canadiens sont infectés, ce qui représente une nouvelle infection à toutes les deux heures. D'ici à ce que nous quittions le Parlement aujourd'hui, je suis certain qu'un autre Canadien aura été infecté; c'est un problème.

En 2004, le gouvernement fédéral a admis qu'il fallait allouer plus de ressources à la lutte contre le VIH et le sida, et il a porté son financement à 84 millions de dollars par année. Malheureusement, ces fonds ne se manifesteront qu'en 2009. Compte tenu de la situation financière du pays, nous prions instamment le comité de recommander que ces 84 millions de dollars deviennent disponibles non en 2009, mais dans le budget de l'an prochain, si la chose est raisonnable.

Par ailleurs, quelle est la réalité des organismes de lutte contre le sida au pays? C'est le bénévolat. Beaucoup de ces organismes sont gérés par des bénévoles. Le gouvernement fédéral a créé l'accord sur le secteur bénévole. Malheureusement, cet accord est en voie de devenir lettre morte, parce que les ressources et l'engagement font défaut pour sa mise en oeuvre. Nous prions donc le Parlement d'en tenir compte dans la préparation du prochain budget.

Beaucoup de personnes vivant avec le VIH et le sida souffrent d'autres infections, comme l'hépatite C. Au lieu d'avoir un programme de lutte contre cette maladie échelonné sur un an, comme c'est le cas depuis cinq ans, nous recommandons un engagement pluriannuel de lutte contre l'infection à l'hépatite C. N'oublions pas que dans le cas de l'hépatite C et du VIH, la prévention est le seul remède. Pour les personnes infectées, le traitement est onéreux. Cela nous ramène au rapport Romanow, dans lequel on réclame la création d'un programme de remboursement des médicaments onéreux. Nous ne demandons pas de ressources supplémentaires; ce que nous voulons, c'est coordonner l'emploi des ressources avec les provinces, pour permettre l'achat de grandes quantités de médicaments et réduire ainsi les coûts.

En terminant, je vous exhorte tous à réfléchir à la prévention dans le contexte de la santé publique. Comme on l'a indiqué dans un discours du Trône, la prévention est souvent le seul remède. Pour ce qui est du VIH et du sida, nous devons investir dans la prévention, c'est-à-dire tenir compte des déterminants de la santé: nous devons parler de pauvreté, examiner la question du logement, améliorer la qualité de vie de tous les Canadiens y compris ceux qui sont vulnérables à l'infection. Souvent, quand il est question des utilisateurs de drogues injectables, des détenus, des Autochtones, des membres de groupes ethniques, nous constatons qu'il y a de la discrimination et des préjugés. Par conséquent, beaucoup de gens

vivent dans la clandestinité et agissent d'une manière qui peut être néfaste pour eux-mêmes et d'autres personnes.

Nous supplions donc le gouvernement de donner suite au cadre de réduction des méfaits, de tenir compte des déterminants de la santé et d'investir dans la prévention, de manière à ce qu'un jour, le Canada soit entièrement exempt du VIH et du sida.

Merci.

• (1545)

[Français]

Le président: Merci, monsieur Lapierre.

C'est un gain de temps,

[Traduction]

qui est très précieux. Merci.

Le témoin suivant est M. Cottrell, représentant de l'Association dentaire canadienne.

Dr Jack Cottrell (président, Association dentaire canadienne): Bonjour, et merci de m'avoir invité à venir témoigner au nom des dentistes canadiens.

Je m'appelle Jack Cottrell. Je suis le président de l'Association dentaire canadienne. Je pratique la dentisterie générale et je vis dans la petite collectivité de Port Perry, en Ontario.

Je suis accompagné de M. Andrew Jones, directeur des relations gouvernementales au bureau d'Ottawa de l'Association dentaire canadienne.

J'aimerais commencer mon exposé en vous donnant de bonnes nouvelles. Les deux présidents de l'ADC qui m'ont précédé devant ce comité ont parlé de la nécessité de créer une fonction de dentisterie au palier fédéral. Cette année, nous avons eu le plaisir de saluer la création du poste de dentiste en chef du Canada, qui a été comblé par le Dr Peter Cooney. Nous avons déjà des entretiens réguliers avec le Dr Cooney, et nous sommes heureux à la perspective d'avoir avec lui des rapports professionnels suivis. Ensemble, nous avons d'importants défis à relever.

Pendant trop longtemps, l'investissement public en dentisterie et dans la santé buccale a diminué au point où, à l'heure actuelle, moins de 5 p. 100 des neuf milliards de dollars dépensés chaque année en soins dentaires viennent du secteur public. Selon un rapport publié récemment par l'Institut canadien d'information sur la santé, le Canada se situe parmi les pays de l'OCDE qui investissent le moins de deniers publics en santé dentaire.

Même si la majorité des Canadiens continuent de recevoir des soins dentaires grâce à des régimes privés, la portion de ceux qui n'y ont pas accès demeure importante. Jusqu'à maintenant, nous n'avions aucun moyen de savoir ce que cela représentait en termes de besoins non satisfaits, mais maintenant, grâce au leadership du dentiste en chef, nous commencerons à recueillir des données afin de cerner les secteurs où les besoins sont les plus importants. Nous avons donc en main la première pièce du casse-tête.

L'étape suivante consiste à décider comment corriger la situation. Déjà, les dentistes ont commencé à se mobiliser, à s'attaquer à la question de l'accès aux soins. Beaucoup d'échanges sur le sujet ont eu lieu aux échelons provincial et fédéral, et beaucoup de professionnels consacrent énergie et réflexion à trouver des solutions novatrices. En outre, au pays, des dentistes font discrètement leur part chaque jour en soignant tout simplement des personnes dans le besoin. Mais nous ne pouvons pas agir seuls.

À mesure que nous comprenons mieux les liens qui existent entre la santé buccale et générale, il devient plus urgent de répondre aux besoins insatisfaits. Si la bouche est malade, le reste du corps s'en ressent et les effets peuvent être graves.

Nous n'avons pas encore toutes les réponses, mais il semble que la parodontopathie — une maladie des gencives — soit un facteur aggravant ou de causalité dans les maladies du cœur, les naissances avant terme et l'insuffisance de poids à la naissance, et il existe un lien clair et prouvé avec le diabète. Ce sont là de graves répercussions sur la santé, que ce soit du point de vue de la qualité de vie ou du coût pour le système de santé. Si les dentistes peuvent aider à réduire la gravité de certaines de ces maladies, ce sera certainement une bonne nouvelle.

Bien sûr, il n'y a pas que les maladies qui influent sur le bien-être des gens. Une mauvaise santé buccale compromet aussi la qualité de vie. Les enfants qui ont de multiples caries dentaires ont plus de difficulté à se concentrer à l'école, à bien dormir et à manger des aliments sains. La plupart des provinces ont un système quelconque pour garantir l'accès des enfants, malgré des réductions importantes, mais pour les aînés, c'est une toute autre histoire. Dans la plupart des régions, les soins aux aînés ne sont pas couverts par un régime public. De plus, ceux qui ont eu pendant toutes leurs années d'emploi un régime privé de soins dentaires sont nombreux à en avoir perdu le bénéfice à la retraite. Par ailleurs, beaucoup de maisons de retraite n'ont pas d'installations pour dispenser des soins dentaires. Nous finirons par avoir un grave problème.

Nous sommes à l'heure des solutions novatrices. Bien sûr, les écoles de médecine dentaire font partie de la solution. Depuis longtemps, les cliniques de ces écoles offrent des soins à faible coût et donnent des services à la collectivité, mais elles doivent composer avec un financement public modeste, et le choix des programmes à conserver impose de dures décisions. Dans notre mémoire, nous vous demandons donc de rétablir le financement des écoles de médecine dentaire.

Nous vous demandons aussi d'investir davantage dans la recherche sur la santé buccale afin d'affaiblir le lien qui existe entre les maladies buccales et systémiques, de manière à ce que nous puissions commencer à intervenir efficacement. De plus, nous recommandons que ce comité envisage un nouveau type de régime d'épargne médicale ou, comme nous l'appelons, un fonds individuel d'investissement dans le bien-être. Cette idée est encore au stade embryonnaire, mais nous pensons qu'elle présente un potentiel énorme.

● (1550)

Essentiellement, lorsqu'une personne à la retraite convertirait son régime d'épargne-retraite en un fonds de revenu de retraite, une partie de cet argent serait placée dans un compte spécial non imposable qui servirait à couvrir les dépenses médicales, y compris les soins dentaires, qui ne sont pas visées par la Loi canadienne sur la santé. D'autres idées et d'autres solutions sont aussi possibles.

Notre mémoire contient d'autres recommandations visant à améliorer la santé bucco-dentaire des Canadiens. Nous reconnais-

sons également l'excellent travail que le gouvernement actuel a fait pour améliorer le programme dentaire destiné aux Premières nations et aux Inuits. Nous reconnaissons aussi que les limites liées aux régimes enregistrés d'épargne-retraite ont été augmentées. Nous vous demandons d'examiner d'autres enjeux, comme le congé familial pour les professionnels indépendants. Je sais que vous prendrez le temps de lire notre mémoire attentivement, et je vous en remercie.

Avec l'aide de mon collègue, Andrew Jones, je serais heureux de répondre aux questions que vous pourriez avoir aujourd'hui; nous vous invitons aussi à communiquer avec l'Association dentaire canadienne en tout temps.

Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Cottrell.

Accueillons maintenant madame Sholzberg-Gray, de l'Association canadienne des soins de santé.

[Français]

Mme Sharon Sholzberg-Gray (présidente et directrice générale, Association canadienne des soins de santé): Au nom de l'Association canadienne des soins de santé, je suis très heureuse d'être ici cet après-midi.

[Traduction]

Au nom du conseil d'administration de l'Association canadienne des soins de santé et de nos membres provinciaux et territoriaux, j'aimerais vous remercier de me permettre de participer aux consultations prébudgétaires.

J'aimerais préciser que l'ACS est la fédération des hôpitaux et des organismes de santé provinciaux et territoriaux du Canada. Nos membres représentent un vaste continuum de soins, y compris des soins actifs, des soins à domicile et en milieu communautaire, des soins palliatifs et de longue durée ainsi que des services de santé publique, de santé mentale et autres.

Je dois vous dire que les hôpitaux d'enseignement, si bien représentés par Glenn Brimacombe et l'ACISU, font aussi partie de notre réseau et que nous appuyons les points de vue exprimés par l'association.

Les membres du conseil de l'ACS, qui sont les administrateurs et les gestionnaires de notre système de santé partout au Canada, soumettent à la table de notre organisme les réalités de la ligne de front. Dans notre mémoire, vous remarquerez que l'ACS et ses membres continuent d'abord et avant tout de soutenir un système de santé financé par l'État et répondant aux besoins. Nous croyons que pareil système est dans le meilleur intérêt des Canadiens, parce qu'il permet de rehausser la compétitivité et la croissance économique tout en donnant accès aux services de santé en fonction des besoins plutôt qu'en fonction des capacités de payer; c'est là une valeur canadienne fondamentale.

Par ailleurs, nous continuons de préconiser un financement fédéral continu, prévisible et suffisant pour la réalisation des objectifs pancanadiens. À cette fin, nous appuyons les investissements fixés dans le plan décennal en 2004 pour renforcer les soins de santé et nous reconnaissons que des progrès ont été réalisés partout au pays de diverses façons. Toutefois, l'ACS est d'avis qu'il reste des choses à accomplir et des besoins qui ne sont pas satisfaits dans divers domaines: temps d'attente, soins à domicile et soins communautaires, ressources humaines en santé, réforme des soins primaires, accès aux médicaments et dossiers de santé électroniques, promotion de la santé publique, santé des Autochtones, pour ne nommer que ces enjeux. Il faut faire davantage.

Les Canadiens méritent un accès à des services comparables à tous les niveaux. Tous les volets du continuum de soins doivent être financés adéquatement. S'il est vrai que les hôpitaux ont besoin de budgets suffisants pour résoudre les problèmes d'attente et répondre aux besoins des patients en soins actifs, il faut avancer aussi sur d'autres fronts, dans les soins communautaires, dans les soins primaires.

J'aimerais aujourd'hui me concentrer sur certaines questions particulièrement importantes pour les Canadiens et les membres de l'ACS.

Parlons d'abord du lien important entre le secteur de santé et l'économie canadienne. Notre système de santé public est respecté à l'échelle internationale, car il permet d'avoir des travailleurs en santé et donne aux entreprises installées au Canada un avantage concurrentiel appréciable. Bon nombre d'usines ne seraient pas implantées au Canada aujourd'hui si notre système de santé n'existait pas. Le secteur de la santé est également une source potentielle de création de richesse, d'exportations et d'emplois du 21^e siècle pour les Canadiens. Notre système à payeur unique permet de réaliser des économies d'échelle qui pourraient stimuler la mise en place d'une industrie nationale de l'exportation, en tirant parti de l'excellente qualité de nos programmes de formation professionnelle en santé— qui ont besoin d'un appui supplémentaire, mais qui sont quand même d'excellente qualité—, des travaux de nos chercheurs, de nos systèmes de prestation de services et du développement des technologies de l'information.

Selon nous, il ne faudrait pas considérer les investissements dans l'innovation et la réforme du secteur de la santé comme un fardeau, mais y voir plutôt un incitatif au développement de produits; il faudrait aussi reconnaître que le secteur de la santé a le potentiel de créer non seulement des emplois au Canada, mais aussi des exportations.

La deuxième question est celle du financement public-privé et la prestation des services de soins de santé dans un système privé. J'aimerais faire quelques commentaires à ce sujet parce que cette question est très pertinente à notre économie. Au lendemain de la décision de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, concernant l'assurance-santé privée, le débat sur l'efficacité de notre système de soins de santé s'est accentué. Certains soutiennent que les pays où l'on trouve un financement public et privé et diverses options pour la prestation des services de soins actifs ont un meilleur rendement que le système à payeur unique du Canada. Toutefois, notre analyse de récentes données dément cette hypothèse et montre que le système public des soins de santé du Canada est moins coûteux que celui des pays auxquels il est comparé, tant en pourcentage du PIB que par habitant. Nous aimerions faire remarquer — et ceci est important — que ceux qui prétendent que les dépenses en santé du Canada sont élevées s'appuient sur des dépenses globales, c'est-à-dire publiques et privées confondues, ce qui est trompeur. Les services publics doivent être comparés à d'autres services publics.

● (1555)

L'ACS réaffirme sa position, à savoir que la combinaison appropriée de financement et de prestation des soins de santé par le secteur public et le secteur privé est liée au principe de l'accès aux services en fonction des besoins. J'ajouterais toutefois que nous ne considérons pas l'engagement du secteur privé comme intrinsèquement mauvais, ni comme une panacée aux problèmes de notre système de santé.

Nous sommes en faveur d'une approche fondée sur les preuves pour déterminer quand et comment le secteur privé peut intervenir

dans le financement et la prestation des services, et nous invitons à la prudence tous ceux qui préconisent une plus grande privatisation, puisque les solutions qui transfèrent le fardeau des coûts de la santé aux employeurs du pays pourraient avoir une incidence négative sur la concurrence économique dont je viens de parler. Avec un dollar canadien plus fort, nous devrions nous méfier de ce type de solutions magiques.

Troisièmement, j'aimerais parler des temps d'attente, qui restent une des principales préoccupations des Canadiens. Le gouvernement fédéral a déclaré que réduire les temps d'attente est devenu le test ultime de l'engagement du gouvernement à favoriser des soins de santé universels, de grande qualité et financés publiquement. Ces préoccupations grandissantes au sujet des temps d'attente font en sorte que bon nombre de citoyens tournent le dos au système public — et il s'agit, en fait, du système public qui nous donne tous les avantages que je viens d'énoncer.

L'ACS et ses membres partagent cette préoccupation. Nous savons tous que pour réduire les temps d'attente, le gouvernement fédéral investira 4,5 milliards de dollars sur six ans, 5,5 milliards de dollars sur dix ans, par l'entremise du fonds de réduction des temps d'attente. Nous savons également qu'on s'est engagé à réduire sensiblement les temps d'attente dans les domaines de l'oncologie, de la cardiologie, de l'imagerie diagnostique, du remplacement d'articulations et de la restauration de la vue, d'ici le 31 mars 2007. Notre organisme suppose que la diminution des temps d'attente dans ces domaines prioritaires n'est que le début de la démarche et n'en est pas l'aboutissement.

Nous voyons la question des temps d'attente dans le contexte plus global d'un système de santé complexe aux prises avec de multiples problèmes. Il importe de mettre l'accent sur la quantité des soins, et les Canadiens méritent d'obtenir les soins dont ils ont besoin en temps opportun, mais il faut également se questionner sur la qualité et la pertinence des soins. Il faut donc se pencher aussi sur la question cruciale de la pertinence des soins et faire la distinction entre le besoin et la demande.

Les Canadiens s'attendent à des résultats tangibles, à des rapports publics sur les rendements et les coûts des services de santé, à un cadre de responsabilisation clair. Par dessus tout, ils s'attendent à accéder à des soins de santé de qualité au moment où ils en ont besoin.

L'ACS et ses membres s'efforceront d'aider les gouvernements à atteindre ces résultats, tout en les pressant de respecter les échéances qu'ils se sont fixées dans le plan décennal. Je vous rappelle que la première échéance — pour l'établissement de cibles et d'indicateurs pancanadiens concernant les temps d'attente — arrivera à la fin de la présente année.

J'aimerais également aborder quatre enjeux qui me paraissent importants et pour lesquels nous demandons un financement supplémentaire. Nous comprenons bien sûr que le plan décennal a créé une enveloppe financière nouvelle et beaucoup plus importante pour l'avenir.

Nous devons agir rapidement en ce qui a trait au dossier de santé électronique. L'argent est insuffisant pour établir un système pancanadien opérationnel dans un court délai, et l'argent est insuffisant pour élargir sa portée.

Les soins à domicile et les soins communautaires, qui remplacent les soins actifs, ne sont pas suffisants, même en tenant compte des services de santé mentale et des services de soins palliatifs prévus dans l'accord décennal. Le véritable problème, c'est que nous n'avons pas réglé à l'échelle pancanadienne les problèmes liés aux soins prolongés et chroniques pour une population vieillissante dans la communauté. Il faut s'y attaquer.

J'ai déjà parlé de la recherche. Nous avons besoin d'investissements accrus dans la recherche, et vous remarquerez dans notre mémoire que nous demandons de réduire ou d'éliminer l'exigence voulant que certains programmes de recherche soient co-financés, ce qui signifie que le gouvernement fédéral doit investir davantage dans la recherche.

J'aimerais parler du Transfert canadien en matière de programmes sociaux. Il importe de noter — et un témoin précédent l'a fait — que les facteurs de santé, comme le revenu, le niveau d'éducation, le logement, les services sociaux et le mode de vie, sont tous très importants. Puisque ces facteurs jouent un rôle important pour garantir une société en santé, l'ACS plaide en faveur d'une indexation du Transfert canadien en matière de programmes sociaux semblable à celle du Transfert canadien en matière de santé. Nous dirions même que si vous aviez à investir davantage — et c'est très difficile de dire cela — soit dans le système de santé, qui en a bien besoin, soit dans les programmes sociaux, nous vous inciterions à ne pas négliger ces derniers.

• (1600)

Pour conclure, il est primordial que notre système de santé soit efficace, efficient et justifiable, compte tenu de ses liens avec l'économie canadienne et de son incidence sur notre économie. L'ACS et ses membres se réjouissent des progrès réalisés partout au pays, mais il faut s'attaquer le plus tôt possible aux problèmes qui n'ont pas encore été réglés. Notre économie en dépend; les Canadiens en dépendent.

Merci de nous avoir écoutés. Vous trouverez des précisions dans notre mémoire et nous serions heureux de répondre à vos questions. Merci.

[Français]

Le président: Madame Marrett, de l'Association canadienne pour la santé mentale, c'est à vous.

[Traduction]

Mme Penelope Marrett (chef de la direction, Association canadienne pour la santé mentale): Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité.

Je m'appelle Penny Marrett et je suis chef de la direction de l'Association canadienne pour la santé mentale.

L'ACSM est ravie de pouvoir aborder le thème de la prospérité et de la productivité que le comité a choisi pour cette ronde de consultations prébudgétaires.

Nous sommes ici aujourd'hui pour mettre le comité au défi de regarder à l'extérieur du modèle économique traditionnel des petites, moyennes et grandes entreprises et de se demander si le Canada exploite tout le potentiel de ses citoyens. Si le Canada souhaite rester à la tête des pays qui préconisent l'inclusion et l'égalité des chances, le gouvernement du Canada doit faire en sorte que les personnes atteintes de maladie mentale ou d'autres troubles de santé mentale ou d'autres incapacités épisodiques ne sont pas marginalisées. Si le Canada tient à ce que personne ne soit mis à l'écart, alors le prochain budget fédéral doit être fondé sur les principes énoncés aujourd'hui et prévoir des fonds pour le logement et des programmes de soutien

aux entreprises à but non lucratif qui emploient des personnes aux capacités particulières.

Comme vous le savez, la dépression et les autres troubles de santé mentale sont plus coûteux pour l'économie canadienne que la maladie cardiovasculaire. Selon Santé Canada, le fardeau économique pour les employeurs s'élève à près de 30 milliards de dollars par année. L'Organisation mondiale de la santé a déclaré qu'il y a une famille sur quatre dont un des membres souffre d'une maladie mentale. Regardez simplement autour de cette table: si un Canadien sur cinq est touché par la maladie mentale, combien de personnes dans cette pièce peuvent dire qu'elles n'ont jamais été touchées d'une façon quelconque?

L'ACSM demande au gouvernement de consacrer une partie des 41 milliards de dollars déjà engagés dans la réforme du système de santé pour faire en sorte que les Canadiens souffrant de maladie mentale ou d'autres troubles de santé mentale soient dûment diagnostiqués et traités. Ce financement devrait servir à élaborer et à mettre en oeuvre une stratégie en matière de maladie mentale et de santé mentale qui inclurait l'éradication des préjugés, l'inclusion de la maladie mentale dans la stratégie visant les maladies chroniques et un allègement fiscal pour les entreprises qui adoptent des programmes favorisant le bien-être mental.

L'ACSM remercie les parlementaires d'avoir appuyé, au printemps dernier, la motion sur le besoin d'une stratégie globale en matière de maladie mentale et de santé mentale au Canada.

• (1605)

[Français]

Comme le travail fait partie intégrante de la participation au sein de la société, la perte d'un emploi rémunéré peut entraîner de graves effets psychosociaux et économiques. En formulant cet énoncé de politique, l'Association canadienne pour la santé mentale reconnaît que l'accès à un emploi rémunéré et utile est un droit fondamental de la personne.

[Traduction]

L'embauche de Canadiens talentueux, peu importe leur incapacité, est une saine pratique d'entreprise et contribue à notre prospérité collective. Lorsque des employeurs investissent dans la santé de leurs employés, ils réalisent des économies en réduisant l'absentéisme et en augmentant la productivité.

L'ACSM demande au gouvernement fédéral de prendre des mesures fermes pour faire en sorte que le salaire minimum partout au pays permette aux Canadiens de gagner un revenu suffisant pour combler leurs besoins fondamentaux en nourriture et en logement; pour encourager les personnes atteintes de maladie mentale, d'autres troubles de santé mentale et d'autres incapacités épisodiques à participer activement au marché du travail, selon leur capacité de travailler; pour éviter que la prestation fiscale pour enfants ne soit récupérée par d'autres paliers de gouvernement; et pour faire en sorte que l'éducation ne soit pas hors de portée des Canadiens qui aimeraient poursuivre leurs études.

[Français]

Avoir un chez-soi, c'est le point de départ qui nous permet de vivre comme nous l'entendons en toute sécurité. Nous devons pouvoir choisir l'endroit où nous vivons, les gens avec lesquels nous entretenons des rapports et la façon de nous comporter.

À la maison, nous devrions pouvoir réfléchir et nous détendre en paix dans l'intimité de notre foyer. Nous devrions pouvoir le décorer et l'entretenir comme bon nous semble. L'endroit où nous vivons est le centre de notre vie sociale. On peut soutenir que ces énoncés constituent des conditions préalables à la santé mentale et au bien-être de toute personne. Les programmes de logement devraient nécessairement en tenir compte, et ces droits ne devraient pas être considérés comme des privilèges accordés à certaines personnes.

La sécurité, la liberté de choix, l'autonomie, l'autosuffisance financière, le droit à une vie privée et le pouvoir sont tous des éléments qui font partie intégrante du processus de rétablissement. Nul ne devrait être privé de ces droits.

[Traduction]

L'ACSM demande au gouvernement fédéral de remédier à la pénurie de logements abordables en prenant un engagement au delà du récent investissement non renouvelable. Le Canada a besoin d'une stratégie permanente, stable et efficace en matière de logement, non seulement pour la moitié des Canadiens les mieux nantis, mais pour permettre à tous les Canadiens, sans égard à leur revenu, d'avoir accès à un logement décent et permanent. Le logement détermine l'accès aux possibilités et à l'emploi et est aussi un facteur déterminant pour la santé. Le logement favorise la viabilité et l'employabilité. Le logement permet de réduire la perte de potentiel humain.

Le Canada est fier de se démarquer sur la scène internationale. Toutefois, il est le seul pays du G-8 à ne pas avoir de stratégie en matière de santé mentale et de maladie mentale. Il est temps que le Canada montre au reste du monde qu'il croit dans la santé mentale de ses citoyens, qu'il croit que les personnes aux prises avec une maladie mentale ou d'autres troubles de santé mentale ont les mêmes droits de citoyens que les autres et que tous les Canadiens ont une chance de contribuer à la prospérité et à la productivité du pays.

Merci.

• (1610)

Le président: Merci.

Nous accueillons M. Walker, de la Société canadienne de pédiatrie.

Dr C. Robin Walker (ancien président, Société canadienne de pédiatrie): Bonjour.

Je suis le docteur Robin Walker, président sortant de la Société canadienne de pédiatrie. À l'extérieur de ces murs, je suis médecin universitaire à l'un des centres universitaires des sciences de la santé du Canada — ici à Ottawa. Mon travail clinique porte sur les soins intensifs néonataux. Je suis également éducateur et chercheur.

La santé constitue la pierre angulaire des économies modernes et performantes et le secret de la croissance économique et du développement durable. Des données abondantes démontrent qu'investir dans la santé procure des avantages économiques substantiels. Dans une étude de l'Organisation mondiale de la santé, le docteur Jeffrey Sacks souligne qu'avec l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance de 10 p. 100, la croissance économique augmentera de 0,35 p. 100 par année. Par contre, une mauvaise santé et une espérance de vie réduite représente environ 50 p. 100 de l'écart de croissance entre les pays riches et les pays pauvres.

La santé ne peut être réalisée par une attitude de laissez-faire. Elle exige des mesures perspicaces, proactives et à long terme. Elle exige des politiques et des programmes qui non seulement assurent le traitement des personnes en mauvaise santé, mais qui font également

la promotion d'une bonne santé par des stratégies de prévention probantes. C'est un investissement pour l'avenir, garant de vies plus longues, plus heureuses et plus productives.

Je parlerai d'abord de la prévention nationale des blessures. Les blessures non intentionnelles sont celles qui tuent le plus d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes. En effet, plus d'enfants meurent de blessures que de toutes les autres maladies infantiles réunies. Les blessures sont la principale cause d'incapacité et de morbidité. Elles représentent un énorme fardeau financier pour le système de la santé. Elles ont des répercussions négatives considérables sur la productivité et l'économie.

Nous avons réalisé des progrès remarquables depuis 50 ans en mettant sur pied diverses mesures de sécurité, mais nous demeurons beaucoup trop complaisants quant au caractère inévitable des présumés accidents et blessures. Les recherches révèlent que des efforts bien organisés pour offrir des environnements physiques et sociaux plus sécuritaires peuvent donner lieu à des réductions marquées et souvent rapides de la mortalité et de la morbidité imputables aux blessures.

Le coût des blessures est atterrant — il était estimé à 9 milliards de dollars au Canada en 1995 —, mais les bénéfices potentiels d'investir dans la prévention des blessures sont tout aussi impressionnants. D'après les données de l'OMS, un euro dépensé pour un siège d'auto pour enfant résulte en une économie de 32 euros pour la société, un euro dépensé pour un casque de vélo permet d'économiser 29 euros et pour chaque euro dépensé pour des conseils de prévention des blessures donnés par des pédiatres, on économise 10 euros.

La structure proposée par l'OMS pour un pays qui désire remédier au problème des blessures inclut l'élaboration d'un plan national, la formation d'un comité intersectoriel de prévention des blessures pour garantir la bonne intégration de cet enjeu à diverses politiques gouvernementales, un système national de surveillance, le renforcement de la capacité nationale de réagir par la prévention et les soins de première ligne, des lois et des programmes gouvernementaux, la promotion de pratiques probantes et la recherche et le développement sur la prévention et les soins de première ligne.

Compte tenu de l'importance que revêt cet enjeu dans l'économie nationale, la Société canadienne de pédiatrie recommande que le gouvernement fédéral affecte 20 millions de dollars cette année à l'élaboration d'une stratégie fédérale, provinciale et territoriale de prévention des blessures et qu'il prenne un engagement financier pluriannuel pour faciliter la mise en oeuvre efficace de politiques et de programmes connexes. Ces chiffres n'ont pas été inventés de toute pièce. Nous avons les coûts réels de l'excellente stratégie nationale d'immunisation en guise de comparaison.

La santé de l'enfant détermine la santé tout au long de la vie et de la génération suivante. Les premières années sont critiques, et une mauvaise santé ou des modes de vie dommageables pendant l'enfance peuvent avoir des répercussions tout au long de la vie et, par conséquent, s'associer à un fardeau financier, social et sanitaire pour la société. Les études démontrent un lien solide entre des adolescents en santé et leur décision de rester à l'école. Des stratégies d'intervention précoce axées sur le maintien de la santé peuvent maximiser le taux de promotions à la fin du secondaire.

Il est de plus en plus admis que les écoles peuvent jouer un rôle vital en favorisant des modes de vie plus sains. Certains territoires envisagent d'implanter ou ont déjà implanté des activités physiques quotidiennes obligatoires, des campagnes de renoncement au tabac, l'interdiction de la malbouffe en milieu scolaire et des programmes d'éducation nutritionnelle. Il reste beaucoup à faire. Les écoles constituent le lieu idéal pour adopter des programmes d'intervention précoce en vue de promouvoir la santé mentale, d'éviter les comportements de dépendance ou risqués et de prévenir les blessures.

Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle clé en encourageant les provinces et les territoires à mettre en oeuvre des stratégies globales en milieu scolaire. Nous recommandons donc que le gouvernement fédéral affecte 40 millions de dollars pour faciliter la mise en oeuvre de stratégies globales en milieu scolaire.

Nous avons parlé au cours des deux dernières années de la stratégie nationale d'immunisation, et les 300 millions de dollars consacrés à l'achat de nouveaux vaccins destinés aux enfants ont donné d'excellents résultats. Presque tous les gouvernements offrent désormais ces nouveaux vaccins, qui sont subventionnés par l'État.

• (1615)

On observe une lacune. En effet, la multiplicité des calendriers d'immunisation signifie que même si tous les gouvernements fournissent la plupart des nouveaux vaccins, tous ne respectent pas les recommandations relatives à l'âge optimum, etc. Nous aimerions un calendrier uniforme. Néanmoins, la Stratégie nationale d'immunisation est un programme excellent dont l'impact est très positif sur les enfants, et il devrait être maintenu.

Nous recommandons que le financement actuel prévu pour les programmes provinciaux de vaccination des enfants devienne permanent et qu'il soit ré-examiné chaque année pour faire en sorte que tous les Canadiens, indépendamment de l'endroit où ils vivent, aient un accès égal aux nouveaux vaccins approuvés par le Comité consultatif national de l'immunisation.

Nous recommandons également que les fonds prévus pour les programmes d'immunisation des premières nations et des Inuits soient utilisés de manière que les enfants et les jeunes Autochtones du Canada aient un accès égal aux vaccinations.

Enfin, nous recommandons que l'affectation de 10 millions de dollars par année à l'Agence de santé publique soit maintenue afin d'atteindre les objectifs de cette stratégie.

Objectifs de développement du millénaire. Dans le monde entier, 11 millions d'enfants meurent avant d'atteindre l'âge de cinq ans, dont quatre millions au cours du premier mois de leur vie. On enregistre chaque année quatre millions de naissances de morts-nés. Le coût économique de tant de morts est vertigineux et pourtant, il serait facile d'en prévenir la plupart.

Le Canada fait partie intégrante de l'économie mondiale et la santé revêt une dimension globale. Nous devons contribuer à améliorer la santé au sein de la collectivité mondiale, et pas seulement en faisant de l'altruisme. Aider les pays en développement à mettre sur pied leur régime de santé et à lutter contre les maladies est à leur avantage, mais contribue également à notre propre santé et notre sécurité économique. Notre société a vivement recommandé au premier ministre de remplir l'engagement pris par son propre gouvernement d'augmenter l'aide internationale pour qu'elle atteigne 0,7 p. 100 du PNB d'ici 2015; nous demandons de nouveau au gouvernement d'augmenter son affectation annuelle au développement international de manière à respecter cette promesse pour 2015.

Enfin, en ce qui concerne les ressources humaines en matière de santé, toutes nos stratégies dans ce domaine risquent d'être compromises si l'on ne dispose pas du nombre et de la répartition appropriés de professionnels de la santé. Nous sommes tous conscients de la crise imminente en matière de ressources humaines. Alors que le gouvernement fédéral s'est lancé dans une initiative visant à diminuer les temps d'attente et à augmenter le nombre de professionnels de la santé, rien n'est prévu pour régler les questions de pédiatrie.

Les effets de ce manque d'attention commencent à se faire sentir: les enfants qui ont besoin de soins de santé mentale doivent attendre deux ans. Nous parlons ici d'Ottawa où cette période d'attente est beaucoup plus longue que celle que l'on retrouve dans les cinq endroits critiques dont il est question. Cela indique clairement qu'il faut prévoir une stratégie nationale en matière de santé mentale.

Par exemple, une mère ne peut pas trouver de pédiatre pour s'occuper des besoins spéciaux de son bébé de 11 mois — presque 20 p. 100 des enfants d'Ottawa sont dans cette situation. Des nouveaux-nés sont maintenant transportés par avion vers d'autres collectivités, car il n'y a pas de néonatalogiste ni de pédiatre chez eux.

Compte tenu des graves répercussions en matière de santé, la Société canadienne de pédiatrie demande instamment au gouvernement fédéral de travailler avec elle sur une initiative des temps d'attente en pédiatrie, et d'affecter 500 000 \$ à ce projet, ce qui n'est qu'une goutte d'eau dans le vase par rapport aux fonds dépensés sur les temps d'attente pour d'autres segments de la population.

En conclusion, vous conviendrez tous, même si c'est un cliché, que nos enfants représentent certainement notre ressource la plus précieuse. Dans un monde de plus en plus compétitif, conserver leur bonne santé est fondamental pour le progrès social et économique de notre pays. Cela n'a jamais été aussi vrai, compte tenu de la baisse des taux de natalité et du vieillissement de la population. Investir dans de telles mesures permettra de protéger et de promouvoir la santé des enfants et contribuera de façon incommensurable au développement durable et à la prospérité à long terme de notre pays.

Le président: Merci.

Tour de table de sept minutes chacun: nous avons M. Merrifield, M. Loubier, M. MacKay, puis, Mme Wasylcia-Leis.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Merci beaucoup.

Je suis très heureux de pouvoir être ici, car les soins de santé me tiennent véritablement à coeur et j'ai passé la plupart de mon temps au comité de la santé. Je me demande en fait pourquoi je me retrouve à parler de la santé au comité des finances, mais j'en suis heureux, car vous avez tous présenté d'excellents arguments pour expliquer pourquoi nous devrions investir dans la santé et les soins de santé. Je ne pense pas que quiconque pourrait prétendre l'emporter sur l'autre. Vous pourriez tous faire valoir de très bons arguments. Je pense toutefois qu'il est essentiel de comprendre le problème auquel va être confronté notre pays en matière de soins de santé, si nous voulons mener un débat sérieux au Canada à cet égard. Il ne s'agit pas de savoir s'il faut prévoir un peu plus de privé ou de public dans ce domaine. C'est un débat inutile qui ne mène nulle part et qui est ridicule. Le vrai débat consiste à savoir comment nous allons assurer la survie des soins de santé au cours des 40 prochaines années alors que nous voyons venir la génération du baby boom et l'obésité de nos jeunes qui vont s'appuyer sur ce régime en même temps. Nous ne pourrions pas préserver le régime des soins de santé à moins de ne régler ces problèmes.

C'est ce qui devient véritablement important dans le débat actuel où vous demandez des fonds, car si vous croyez que les pressions s'exercent sur vous, en tant que organismes différents, attendez de voir ce qui va se passer dans dix ans et l'agressivité avec laquelle vous essaieriez de demander des fonds publics pour votre propre cause. En tant que politiciens, nous devons savoir comment prévoir la reddition de comptes en ce qui concerne les fonds dépensés dans les soins de santé et comment utiliser ces fonds le plus efficacement possible.

Cela m'amène à la question... Il y a tant de questions que je voudrais poser alors que je ne dispose que de sept minutes, si bien que je vais essayer de me concentrer sur l'argent, puisque nous sommes au comité des finances.

Ma première question s'adresse à Mme Sholzberg-Gray. Vous avez parlé d'un élément précis dans votre exposé devant le comité, soit l'Inforoute. Vous avez dit qu'Inforoute a besoin d'un montant supplémentaire important. Je suis complètement d'accord avec ce que cet organisme essaie de faire, soit la création de dossiers électroniques pour chaque patient. Nous sommes conscients du problème, des décès qui surviennent dans nos hôpitaux à cause d'erreurs commises. Je crois donc que c'est l'une des solutions. Toutefois, Inforoute a reçu 1,4 milliard de dollars pendant cinq ans et n'a dépensé que... En fait, cet organisme a encore plus d'un milliard de dollars dans son compte, la dernière fois que je l'ai examiné, et il demande plus de fonds.

Je vois que les provinces sont bien en avance par rapport à Inforoute, d'où peu de choses semblent découler. J'aimerais donc vous demander comment vous pouvez justifier une demande de fonds supplémentaires pour Inforoute alors que cet organisme ne rend aucun compte des fonds actuellement dépensés.

●(1620)

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Tout d'abord, je tiens à dire que je crois comme vous que la viabilité à long terme dépend de la bonne santé de la population. Cela ne fait aucun doute et c'est pourquoi nous aimons envisager un ensemble complexe de solutions au lieu de ne traiter que des temps d'attente; il faut en premier lieu que les gens soient en bonne santé de manière qu'ils n'aient pas à se retrouver sur ces listes d'attente. C'est le défi que nous voulons relever.

En ce qui concerne Inforoute Santé du Canada, je crois qu'il faut faire la distinction, tout d'abord, entre le montant d'argent que vous avez pu voir dans son compte bancaire et le montant d'argent déjà affecté. Lorsque nous avons parlé aux représentants d'Inforoute Santé du Canada, nous nous sommes aperçus qu'ils se sont engagés à dépenser beaucoup d'argent, ce qui doit être fait d'ici la fin de l'exercice. C'est le premier point.

Deuxièmement, une des raisons pour lesquelles les divers programmes et provinces n'ont pas demandé une partie importante des fonds offerts par cet organisme — je ne cherche pas ici à défendre cet organisme, car je suis sûre qu'il peut le faire lui-même — le fait est qu'il demandait une contribution à parts égales; or il demande maintenant une contribution 75-25, afin que les provinces les plus pauvres puissent investir plus facilement leur 25 p. 100 et pour qu'il puisse lui-même investir 50 p. 100. C'est ce qui explique qu'Inforoute Santé du Canada dispose de moins d'argent pour respecter ses engagements futurs.

Par ailleurs, il a pris des engagements pour 50 p. 100 de la population du Canada d'ici l'an 2009. Il ne suffit pas de vouloir toucher 50 p. 100 de la population, il faut en toucher l'ensemble. Il ne suffit pas de s'occuper uniquement des hôpitaux, il faut prévoir

tout le continuum des dossiers électroniques de santé, des bureaux et des professionnels de la santé, etc.

Je tiens à dire en fait qu'il faut examiner la situation dans son ensemble. Inforoute Santé du Canada ne peut continuer à prendre des engagements à moins de savoir que...

M. Rob Merrifield: D'accord, mais Inforoute Santé du Canada dispose de ces fonds depuis quatre ans et a très peu... Si cet organisme distribue les fonds d'ici l'année prochaine ou les prochains mois, c'est une chose, mais des provinces sont très à l'avance par rapport à Inforoute. Il suffit de citer ma propre province de l'Alberta où Wellnet est un exemple parfait...

Mme Sharon Sholzberg-Gray: C'est celle qui a l'argent.

M. Rob Merrifield: ...parce qu'elle a investi plus tôt, mais beaucoup moins par personne. Nous parlons ici de 3,5 millions de personnes qui feraient l'objet de dossiers électroniques; c'est 10 p. 100 du pays. S'il est possible de le faire pour 10 p. 100 du pays et de l'améliorer, pourquoi ne pas l'appliquer au reste du pays de manière à ne pas réinventer la roue?

Je suis très inquiet de voir ce qui se passe en ce qui concerne Inforoute, ou plutôt, ce qui ne se passe pas, non seulement en termes de performance, mais aussi compte tenu de toute absence de reddition de comptes. Il s'agit de l'une de ces fondations que nous ne pouvons pas examiner. Ce qui me frappe toutefois, c'est que vous demandiez plus de fonds, alors qu'à mon avis cet organisme devrait surmonter d'autres obstacles, avant qu'on y donne suite.

J'aimerais poursuivre, car je pense avoir vidé la question et parce que nous avons d'autres chats à fouetter.

J'aimerais passer au VIH/sida. J'ai fait partie de ceux qui ont demandé le relèvement du montant des fonds, de 42 millions de dollars par année à 84 ou 85 millions de dollars par année, lorsque la demande a été présentée au comité de la santé. Ce comité a en fait opté pour 100 millions de dollars plutôt que 85 millions — mais en pareil cas, il faut prévoir une reddition de comptes. Nous devons connaître les objectifs que l'on peut atteindre et être convaincus que vous allez vous efforcer de dépenser ces 42 millions de dollars supplémentaires pour changer les choses.

C'est véritablement ce qui m'inquiète au sujet de la demande faite au gouvernement. Vous venez aujourd'hui demander ces fonds sans plus attendre. Je vous répondrais en vous demandant comment vous allez assurer la prévention, comment nous allons obtenir une reddition de comptes, des résultats? Quatre mille nouvelles infections sont enregistrées chaque année et il faut réduire ce nombre à 2 000 en cinq ans. Est-ce un objectif que l'on peut véritablement atteindre? Comment allez-vous vous y prendre pour que cela réponde aux attentes de la collectivité et des Canadiens?

●(1625)

M. Paul Lapierre: C'est une très bonne question. Je ne pense pas détenir la solution à moi seul, car nous devons travailler en partenariat. Nous devons augmenter...

M. Rob Merrifield: Permettez-moi de vous interrompre tout de suite. Vous souhaitez que nous demandions tout de suite ces fonds et je vous réponds, d'accord, mais dites-nous comment vous allez atteindre les résultats; à ce moment-là, votre argument est valable, sinon, vous n'êtes qu'un autre organisme parmi tant d'autres qui demande des fonds. C'est pourquoi j'ai bien précisé le sens de ma question.

M. Paul Lapierre: Actuellement, près de 57 millions de dollars sont affectés dans quatre domaines de dépenses : IRSC, pour financer la recherche; certains des fonds découlant de subventions et contributions sont restés à l'Agence canadienne de santé publique pour des programmes communautaires; certains des fonds sont orientés vers le SCC pour les services correctionnels et les programmes dans les prisons; enfin, certains fonds sont affectés à Santé Canada pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ainsi que pour quelques activités internationales.

Je me fais donc le porte-parole d'un organisme qui a présenté une proposition de financement qui répondait à tous les critères relatifs à la recherche communautaire en matière de comportement sociaux; cette recherche n'a pas été financée à cause d'une pénurie de fonds. Nous savons que d'ici trois ans, les fonds seront disponibles, mais comme ils ne le sont pas aujourd'hui, cette recherche est mise en attente deux ans de plus. C'est un des exemples de ce que nous ferions avec ces fonds si nous en disposions maintenant. Propositions et idées ne manquent sûrement pas.

Faire du marketing social et de la sensibilisation est un engagement pluriannuel. Cette année, compte tenu des ressources de marketing social, nous ne pouvons même pas lancer une série d'annonces publicitaires dans les quotidiens nationaux sur la Journée mondiale du sida, car les fonds pour le marketing social ne seront débloqués que l'année prochaine. C'est maintenant qu'il est urgent de sensibiliser les gens afin d'arriver à la prévention, et non dans cinq ans.

M. Rob Merrifield: Merci.

Le président: Merci, monsieur Merrifield.

M. Loubier, M. McKay et Mme Wasylcyia-Leis.

[Français]

M. Yvan Loubier (Saint-Hyacinthe—Bagot, BQ): Je vais poursuivre dans la foulée de ce que mon collègue a soulevé déjà. Les sommes disponibles dans le cadre du budget sont énormes. Le Conference Board a prévu pour la prochaine année un surplus d'environ 10 ou 12 milliards de dollars. Pour notre part, nous sommes d'accord sur cette estimation. Or, on peut voir les choses de la façon suivante: un montant de 21 millions de dollars aujourd'hui pourrait sauver bien des victimes potentielles au cours des prochaines années. Nous en avons les moyens, et de plus, le gouvernement cherche des façons originales de distribuer les surplus. Vous nous dites que ces 21 millions de dollars supplémentaires pourraient sauver des centaines, voire des milliers de vies.

M. Paul Lapierre: On sait qu'il est possible de prévenir à 100 p. 100 le VIH et le SIDA. Cependant, il n'existe toujours pas de cure. Pour n'importe quel cas d'infection évité du fait d'avoir investi dans la prévention et l'éducation, on parle de millions de dollars économisés par l'État.

M. Yvan Loubier: Vous venez de me convaincre, et j'espère que tous mes collègues seront convaincus également. Nous ferons en sorte que cela apparaisse dans le rapport de consultation.

Ma prochaine question est d'ordre général et touche le secteur de la santé. Une entente conclue entre le gouvernement fédéral et les provinces à l'automne 2004 prévoyait réaliser une des suggestions du rapport Romanow, à savoir que les contributions du gouvernement fédéral atteignent une proportion de 25 p. 100. Compte tenu de cette entente, nous avons l'impression que tout était réglé en matière de financement de la santé. C'est d'ailleurs ce que nous ont dit certains fonctionnaires et représentants du gouvernement. Or, je constate un

sous-financement, surtout en ce qui a trait aux hôpitaux universitaires. Je vois que nous occupons un rang peu enviable par rapport à celui des autres pays de l'OCDE.

J'aimerais que vous me donniez des précisions à ce sujet. On avait l'impression que tout allait bien depuis l'automne 2004, mais on constate que les questions fondamentales n'ont nullement été réglées.

• (1630)

Le président: Adressez-vous votre question à quelqu'un en particulier?

M. Yvan Loubier: Je l'adresse à tout le monde parce qu'elle touche à tous les secteurs.

Le président: Quelqu'un veut-il répondre?

[Traduction]

Le président: Monsieur Brimacombe.

M. Glenn Brimacombe: Je vais tenter le coup. Ces dix dernières années, le débat, qui a véritablement fait rage vers 1996, date à laquelle le gouvernement fédéral avait imposé d'importantes restrictions, en général — et c'est arbitraire — portait sur la contribution appropriée du gouvernement aux soins de santé.

Il suffit d'examiner la récente série de rapports de la fin des années 90 et du début du nouveau millénaire, comme les rapports Romanow et Kirby, pour s'apercevoir qu'en général il était entendu que les dépenses des soins de santé devaient être financées à 25 p. 100. Je ne pense pas que quiconque le conteste. Dans une grande mesure, beaucoup d'entre nous sommes heureux de voir cette contribution relevée.

Par ailleurs, comme certains le disent, c'est que d'autres investissements stratégiques et ponctuels doivent se faire et, à cet égard, le gouvernement fédéral a un rôle tout naturel à jouer au chapitre des contributions. Dans un certain sens, nous parlons d'investissements à capital fixe et variable que consent le gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé. À nos yeux, on sait ce qui est variable ou fixe par rapport au transfert canadien en matière de santé et à la contribution de 25 p. 100, mais d'autres pièces du puzzle s'ajoutent, qu'il s'agisse des dossiers électroniques de santé dont a parlé Mme Sholzberg-Gray, ou d'autres pièces dont le groupe a parlé, qui offrent une opportunité de taille. Vous avez parlé des provinces, ou des endroits affichant un excédent, mais certaines des provinces sont bien sûr limitées en matière de recettes dont elles disposent, ou prétendent l'être. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer et une opportunité à saisir afin de mieux gérer l'orientation future du régime.

Le président: Madame Sholzberg-Gray.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Je tiens à dire une chose. Dans notre mémoire, que vous avez devant vous, je crois, nous décrivons cette réalité. Il est vrai que la contribution en vertu de l'accord convenu l'année dernière atteint ces 25 p. 100, mais vise un programme très limité de soins à domicile, un programme de soins actifs à domicile de deux semaines. Par conséquent, si nous voulons régler, en termes de financement pan-canadien, la question des soins dans la collectivité et à domicile de façon plus large pour englober un segment de la population dont les besoins chroniques vont se faire sentir — et tout le monde parle de la nécessité d'offrir des services aux personnes atteintes de maladies chroniques, afin qu'elles n'aient pas à se rendre dans les hôpitaux qui, vous le dites, sont toujours confrontés à des problèmes — nous devons mettre l'accent sur ces points.

Nous ne disons pas que l'accord n'a pas permis de progresser ni de réaliser bien des choses; nous essayons de dire en fait qu'il n'a pas permis de tout régler et que des points restent en suspens. Inscrivons cela à l'ordre du jour pour une réunion ultérieure ou commençons tout de suite à nous attaquer à la question.

Si nous ne nous efforçons pas de régler la question des besoins chroniques, si nous n'essayons pas de garder les gens en bonne santé, si nous ne travaillons pas à la réforme des soins de santé primaire — tous ces éléments figurent dans l'accord — et si nous ne faisons pas en sorte de respecter les délais, à ce moment-là, le régime ne pourra pas être viable à long terme, peu importe sa source de financement. En d'autres termes, il faut un régime abordable pour le gouvernement, pour les fournisseurs privés, pour tout le monde.

Le président: Monsieur Loubier.

[Français]

M. Yvan Loubier: Il est vrai qu'après avoir été assoiffé pendant des années, on a tendance à considérer comme salutaire le moindre accord donnant lieu à une amélioration. Il aurait sans doute été préférable, néanmoins, que les gens oeuvrant dans le secteur de la santé nuancent un peu plus leurs réactions. En effet, on a alors eu l'impression que la question était réglée. Le débat politique s'est donc orienté vers les transferts en matière d'éducation postsecondaire, parce que ce dossier faisait partie du TCSPS. Étant donné qu'on considérait comme réglée la question de la santé, on a beaucoup entendu parler d'éducation mais très peu de santé.

Je vous invite donc à avoir recours à la nuance au cours des prochaines interventions. On comprend mieux les enjeux maintenant. On sait que les 25 p. 100 ne sont pas tout. Il y a d'autres défis à relever.

Je vous remercie.

Le président: Merci, Monsieur Loubier.

Monsieur McKay.

[Traduction]

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

Ma première question s'adresse à Mme Marrett. Elle porte sur la santé mentale.

Vous avez surtout mis l'accent, dans votre mémoire, sur la sécurité du logement, la sécurité du revenu — des points légitimes. Toutefois, vous n'avez pas parlé, et j'aimerais avoir votre opinion là-dessus, de la recherche qui s'effectue dans le domaine de la maladie mentale.

La maladie mentale, si j'ai bien compris... les schizophrènes occupent environ un lit sur douze dans les hôpitaux au Canada. La maladie dépressive va devenir la maladie dominante d'ici 2020. Or, la maladie mentale est, semble-t-il, le parent pauvre de la recherche médicale. Quel est le problème? Ne pouvez-vous pas écarter les autres du coude? Est-ce qu'ils sont tout simplement plus forts que vous, ceux qui font de la recherche dans les domaines du cancer, du sida, des maladies cardiovasculaires, des groupes qui ont tous des revendications légitimes? La maladie mentale semble se trouver au bas de l'échelle. Pouvez-vous me dire pourquoi?

• (1635)

Mme Penelope Marrett: Il y a plusieurs raisons.

Il est vrai que nous n'avons pas parlé de recherche cette année. Les études que nous avons nous mêmes réalisées ces dernières années de concert avec d'autres organismes, et pas seulement les intervenants du milieu de la santé mentale et de la maladie mentale, nous ont permis de nous rendre compte que la sécurité du logement et la

sécurité du revenu constituent deux des enjeux les plus importants à ce moment-ci.

Concernant la recherche qui est effectuée, dans un sens — et j'en ai discuté avec de nombreux experts en la matière — ,les préjugés auxquels font face les chercheurs dans ce domaine sont incroyables. En souffrent non seulement la personne qui est atteinte d'une maladie mentale et les membres de sa famille, mais également tous ceux qui gravitent autour d'eux, y compris les chercheurs.

Ce n'est qu'au cours des cinq à dix dernières années seulement que nous avons réussi à resserrer les liens qui nous unissent et à travailler ensemble en vue d'obtenir plus de fonds pour la recherche. Il reste encore beaucoup de travail à faire. Nous devrions être plus avancés. Nous appuyons certains des travaux qu'effectue l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies au sein des IRSC. Toutefois, il faut faire encore plus.

Nous sommes également d'avis que la recherche en santé mentale et en maladie mentale est essentiellement transversale; elle n'englobe pas uniquement le volet biomédical. Nous espérons que davantage sera fait dans ce domaine.

Nous avons discuté de recherche avec le sénateur Kirby et le comité sénatorial, et insisté sur la nécessité d'accroître le financement de celle-ci.

Si l'on nous accordait, aujourd'hui, six fois le montant que reçoit l'Institut, nous n'aurions pas la capacité voulue au Canada pour mettre immédiatement ces fonds à profit. Nous devons développer cette capacité. C'est là un des derniers domaines où il reste encore du travail à faire. Nous appuyons les efforts déployés par le milieu de la recherche à ce chapitre.

L'hon. John McKay: Et si nous arrivons à développer cette capacité, allez-vous être en mesure d'attirer des chercheurs?

Mme Penelope Marrett: Je le crois, oui. Je ne veux pas m'acharner sur qui que ce soit, mais comme mes collègues de la Société du SIDA sont ici...les préjugés entourant la problématique du sida étaient, il y a de nombreuses années de cela, très nombreux. Il y avait très peu de chercheurs dans le milieu qui s'intéressaient à la question. Or, quand les fonds se sont mis à rentrer, de plus en plus de personnes ont commencé à considérer le sida comme un domaine possible de recherche.

Il ne faut pas oublier que les chercheurs ont eux aussi des familles. Ils doivent être en mesure de subvenir aux besoins de celles-ci. Ils adorent ce qu'ils font et souhaiteraient peut-être faire de la recherche dans un domaine en particulier, mais s'ils n'ont pas accès à des fonds, comment vont-ils pouvoir subvenir aux besoins de leurs familles?

L'hon. John McKay: Est-ce que cette situation est attribuable au fait qu'il y a de la bisbille entre les divers groupes de recherche, ou est-ce un domaine auquel le gouvernement devrait donner une orientation claire?

Mme Penelope Marrett: C'est, à mon avis, ce qu'il devrait faire. Il est intervenu dans d'autres domaines touchant les maladies chroniques et épisodiques. Le moment est venu de faire quelque chose pour les personnes atteintes d'une maladie mentale et d'autres problèmes de santé mentale.

L'hon. John McKay: Merci beaucoup.

Je voudrais adresser ma deuxième question aux universitaires.

S'il y a une question qui intéresse avant tout le comité des finances, c'est celle de la productivité. Or, les témoins qui nous disent comment dépenser l'argent semblent être plus nombreux que ceux qui nous proposent des moyens d'accroître la productivité.

Je voudrais surtout savoir comment nous pouvons améliorer celle-ci. Pourquoi ne semble-t-on pas au Canada, en général, et dans certaines universités, de manière plus précise, être en mesure de tirer parti de la position dominante qu'occupe le Canada dans le domaine de la recherche publique et d'accroître la recherche privée ainsi que les retombées commerciales qui en découleraient? Est-ce que je fais fausse route, ou ai-je raison de dire une chose pareille?

• (1640)

Dr. Bernie Bressler: Je m'excuse, mais ce que vous dites n'est pas tout à fait exact.

Je viens de l'Université de la Colombie-Britannique, qui...

L'hon. John McKay: Je crois comprendre que vous avez de bons programmes.

Dr. Bernie Bressler: C'est vrai. Nous effectuons également des recherches sur la santé mentale et le VIH-sida. En fait, nous accordons à ces domaines la même importance, mais nous en avons déjà parlé.

L'hon. John McKay: C'est pour cette raison, en partie, que vos programmes sont efficaces.

Dr. Bernie Bressler: Peut-être.

Nos programmes sont très efficaces, mais dans l'ensemble, la commercialisation de la recherche à l'échelle nationale a donné d'excellents résultats. Toutes les universités ont rassemblé les ressources qui étaient jugées nécessaires il y a 15 ou 20 ans. C'est un long processus, mais comme je l'ai indiqué dans notre mémoire, nous avons favorisé l'essor du secteur de la biotechnologie au Canada. La plupart des recherches dans ce domaine se font ici.

Autre point: les multinationales achètent nos jeunes entreprises et les gardent au Canada. Nous en avons été témoins en Colombie-Britannique. Je sais que la même chose s'est produite à Winnipeg, parce que j'ai eu l'occasion de faire un peu de travail là-bas. Par ailleurs, l'installation du MaRS au centre-ville de Toronto va avoir un impact énorme. J'ai passé la dernière année à revoir les programmes de l'Université de Toronto. Donc, comme je l'ai indiqué, nous en sommes témoins en Colombie-Britannique, mais je ne peux pas vous dire ce qui se passe dans les autres provinces parce que je n'ai pas les données devant moi.

Vous n'avez pas tout à fait raison, mais vous n'avez pas non plus tout à fait tort. C'est une question de temps. La recherche prend du temps. Chaque fois qu'un conseil subventionnaire fédéral ou un institut spécialisé dans un domaine investit deux millions de dollars dans la recherche, on s'attend à ce qu'une découverte soit mise au point. Le ratio est en train de s'améliorer. À l'UCB, nous en sommes à un million de dollars par découverte.

L'hon. John McKay: Pardon? Pouvez-vous répéter ce que vous venez de dire?

Dr. Bernie Bressler: Chaque million de dollar investi dans la recherche par des conseils subventionnaires devrait donner lieu à une découverte technologique, ce qui est un excellent ratio. La norme est de 2 millions. Nous l'avons dépassée à certains endroits, y compris en Colombie-Britannique, où un million de dollars...

L'hon. John McKay: Est-ce là la norme de commercialisation généralement reconnue?

Dr. Bernie Bressler: On s'attend à ce que chaque investissement de 2 millions de dollars se traduise par une découverte. C'est la norme généralement reconnue. Nous essayons de la dépasser.

Comme vous le savez également, nous avons été témoins d'un éclatement de la bulle en 1999-2000 dans les secteurs de la biotechnologie et de la haute technologie en général. En fait, les secteurs non-biotechnologiques ont été encore plus durement touchés que ceux des télécommunications et de la haute technologie. Ils sont en train de remonter la pente, mais le capital de risque — c'est le deuxième facteur, et il est très important — qui existait en 1999, en 1998 et en 1997 n'est plus là, d'où l'objectif de commercialisation que s'efforce d'atteindre actuellement le gouvernement. Cela fait partie du travail d'Industrie Canada, mais je ne vous apprends rien de nouveau. Nous appuyons les efforts qu'il déploie en ce sens.

Le président: Merci.

L'hon. John McKay: Merci.

Le président: Madame Wasylycia-Leis.

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

J'aimerais parler un peu plus à fond de la différence que fait John entre accroître la productivité et accroître les dépenses. Nous avons une occasion unique, via ce processus budgétaire, de proposer des moyens d'aider les secteurs habituellement perçus comme un fardeau pour le Trésor public à améliorer leur productivité. En fait, le sida, la santé mentale, les soins de santé en général, la santé pédiatrique, la santé dentaire, sont tous des domaines de recherche où l'on retrouve peut-être de nombreuses personnes qui sont incapables de fournir un rendement maximum et d'être aussi productives qu'elles souhaiteraient l'être, ou encore où l'on enregistre une perte de capacité, une baisse de croissance économique.

N'importe qui peut répondre. Comment pouvez-vous faire en sorte que votre secteur d'activité, qui est perçu comme un fardeau pour le Trésor public, devienne un secteur vital sur le plan de la productivité?

M. Jack Cottrell: J'aimerais faire un bref commentaire.

La santé bucco-dentaire, bien entendu, semble être l'un des secteurs qui se retrouve au bas de l'échelle. Je voudrais essayer de changer la situation. En effet, il faut reconnaître l'importance de la santé bucco-dentaire de manière générale.

Quelqu'un a parlé de viabilité à long terme. Bien entendu, la prévention est d'or. Nous avons révolutionné le concept de la prévention dans le milieu dentaire il y a quelques décennies de cela. Nous avons démontré que la prévention est effectivement la meilleure solution puisqu'elle permet de réduire les coûts, ce qui n'est pas le cas lorsque nous devons nous attaquer à des problèmes causés par la négligence et l'abandon de traitements.

Cela dit, et les preuves en ce sens abondent, il existe des liens entre la santé bucco-dentaire et la santé en général, et il faut financer la recherche dans ce domaine. À l'heure actuelle, seulement 1,6 p. 100 du financement accordé par les IRSC est consacré... Les autres organismes, les autres joueurs ici présents ont vu leur financement augmenter, alors que le nôtre a diminué, passant de 7 p. 100, en 1999, à 1,6 p. 100. Nous prônons, dans notre mémoire, un financement accru de la recherche en raison des liens directs qui existent. Si, par la prévention, nous pouvons faire une différence au chapitre des maladies du coeur, du diabète, de l'insuffisance de poids à la naissance, nous serons en mesure de faire économiser beaucoup d'argent au Canada.

• (1645)

Mme Judy Wasylcia-Leis: Merci. Votre réponse est intéressante.

Je vais d'abord m'adresser à Penelope, et ensuite à Sharon. Avez-vous une idée des conséquences qu'entraîne sur le plan financier et sur la productivité le fait que nous n'investissons pas suffisamment dans le domaine de la santé mentale?

Mme Penelope Marrett: Nous avons effectué un certain nombre d'études sur le sujet au fil des ans. D'abord, les personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale ou d'un autre problème de santé mentale souffrent d'une maladie dite épisodique, c'est-à-dire qui ne se manifeste pas de façon permanente tous les jours de leur vie.

Certains programmes mis sur pied à l'échelle du pays mettent l'accent sur le genre d'aide dont ont besoin les personnes atteintes d'une maladie mentale pour réintégrer la force ouvrière. Ils connaissent beaucoup de succès.

Premièrement, les employeurs doivent être prêts à fournir les mesures de soutien qui sont jugées nécessaires. Ces mesures, tout en étant exceptionnelles dans certains cas, ou on pourrait penser que les employeurs verraient les choses autrement, seraient perçues comme étant tout à fait naturelles dans n'importe quelle autre situation. Prenons l'exemple d'une personne aux prises avec un problème familial. L'employeur, normalement, va accepter de la laisser rentrer chez elle pour qu'elle s'en occupe. Les gens qui ne se sentent pas bien ont peut-être besoin de quelques jours pour se reposer. Nous devons leur donner l'occasion de le faire.

Les personnes atteintes d'une maladie mentale à certains moments de leur existence ont peut-être besoin de voir un médecin plus souvent, ce qui fait qu'elles doivent s'absenter plus régulièrement. Cela ne veut pas dire que leur productivité est à la baisse. Au contraire, leur productivité et leur loyauté envers l'employeur augmentent peut-être.

Il est très important de se rappeler que ces personnes ne constituent pas un fardeau pour la société. J'ai rencontré un grand nombre de personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale, qui n'en parlent peut-être pas publiquement, mais qui sont prêtes à travailler pour leur employeur en raison du soutien qu'il leur accorde afin qu'elles puissent mener une vie aussi productive que possible.

Le président: Mme Sholzberg-Gray et ensuite M. Walker.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: Je voudrais tout simplement revenir à ce qu'a dit Penny au sujet des liens qui existent, d'une part, entre la productivité et la croissance économique et, d'autre part, les dépenses engagées dans le secteur de la santé — ces dépenses favorisent la productivité et la croissance économique. Elles ne grèvent pas l'économie.

Premièrement, nombreux sont les gens qui pensent que les dépenses que le gouvernement consacre à la santé et aux services

sociaux ont quelque chose de mauvais en soi. Ils soutiennent qu'il faut replacer l'argent des contribuables entre les mains des contribuables pour qu'ils décident eux-mêmes comment le dépenser. J'ai déjà entendu cet argument dans le passé.

Bien entendu, ce n'est pas avec des raisonnements de ce genre que nous allons pouvoir nous doter d'un système de soins de santé ou d'un réseau de services sociaux capable de subvenir aux besoins d'une population en santé, sur les plans physique, mental et autre, et de nous donner les travailleurs productifs dont nous avons besoin. Voilà pourquoi nous devons, entre autres, effectuer les investissements qui s'imposent. Nous avons besoin de travailleurs en santé. Nous n'en aurons pas si nous laissons à chaque Canadien le soin de décider comment dépenser cet argent.

Si nous devons choisir entre le fait de réduire les impôts, et tout le monde pense que cette solution magique va permettre d'accroître la productivité... L'amélioration de la santé des Canadiens est une autre solution, tout aussi magique, sauf que nous pouvons atteindre cet objectif au moyen de programmes appropriés.

Deuxièmement, nous devons appuyer l'ensemble du programme de recherche qui a été proposé. Il va permettre de créer des emplois, de favoriser la croissance économique, de fournir des possibilités commerciales.

Troisièmement, nous devons nous occuper des travailleurs qui sont cantonnés dans leurs emplois. Autrement dit, si vous n'avez pas de système de soins de santé et de réseau de services sociaux adéquats, et si vous avez des travailleurs qui restent à l'emploi d'industries particulières — celles qui, disons, offrent un régime d'assurance-maladie, comme c'est le cas dans d'autres pays —, vous ne pourrez avoir une société productive où les gens donnent leur maximum à l'économie. Autrement dit, s'ils restent cantonnés dans un emploi à cause des prestations de maladie auxquelles ils ont accès, ils ne pourront contribuer à l'essor de l'économie.

Quatrièmement, aux personnes qui utilisent certains pays d'Europe comme exemple et qui disent qu'il faudrait adopter telle ou telle mesure parce qu'ils obtiennent de meilleurs résultats que nous dans ce domaine, je leur réponds ceci : prenons leur système de soins de santé et leur réseau de services sociaux et investissons autant qu'eux dans les services qu'ils offrent, allant du système de soins de santé aux services sociaux et autres, et voyons comment nous nous débrouillons par rapport à ces pays. Nos dépenses ne sont pas les mêmes. Nous n'avons pas de chiffres qui montrent de façon précise les retombées et les avantages que fournissent ces investissements accrus. Toutefois, il est évident qu'une population qui n'est pas en santé, que des travailleurs qui restent cantonnés dans certains emplois parce qu'ils ont accès à l'assurance-maladie, des emplois qui... Et si, faute de système de soins de santé, ces emplois n'existaient pas, nous serions confrontés à un autre problème.

La société General Motors vient d'annoncer que le dollar allait atteindre la barre des 88 cents, des 90 cents, et qu'elle allait repenser sa présence au Canada. Eh bien, la seule chose qui va nous sauver, c'est notre système de soins de santé au fur et à mesure que le dollar prend de la valeur.

Il existe donc un lien étroit entre le système de soins de santé et l'économie.

• (1650)

Le président: Merci.

Je vais laisser 30 secondes à M. Walker pour répondre.

M. Robin Walker: Oui. Je peux être bref.

J'ai indiqué le coût des accidents, qui est de 9 milliards de dollars par année, seulement pour les accidents et les soins immédiats. Ce montant ne tient pas compte du fait que chaque vie perdue, chaque handicap permanent représentent une perte incroyable sur le plan économique, puisque c'est une personne productive de moins. D'ailleurs, plus cette personne est jeune, plus la perte est importante. Je pense que c'est l'évidence même dans le cas des enfants.

Je tiens à souligner qu'aucun témoin aujourd'hui n'a demandé d'injecter de l'argent dans le régime de soins de santé. Nous avons tous insisté sur l'investissement — l'investissement dans le domaine de la recherche, de la prévention des maladies et de l'amélioration de la santé.

Il est important de remarquer qu'il n'y a pas de désaccord entre nous aujourd'hui. Nous livrons tous le même message, mais cet investissement doit se faire dès maintenant, sinon on va en payer le prix plus tard.

Je sais que le gouvernement actuel n'est pas là pour longtemps, mais il faut voir au-delà d'un mandat normal de quatre ans, plus loin que les quatre prochains mois, ou peu importe, si on veut investir afin de rendre le régime de santé durable financièrement.

Le président: Merci, madame Wasylycia-Leis.

Trois députés ont demandé la parole. Je vous demanderais de vous en tenir à des interventions de trois minutes.

Mme Kadis, puis M. Ambrose et M. Bell.

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

Ma question s'adresse au témoin qui vient de répondre. Vous avez parlé de réduire les délais d'attente en pédiatrie en présentant des arguments très convaincants, comme tous les autres intervenants d'aujourd'hui d'ailleurs, ce qui rend l'établissement des priorités très difficile évidemment, puisque toutes les propositions sont on ne peut plus valables. Mais comme vous avez soulevé précisément cette question, je me demande si ce n'est pas déjà un aspect de notre stratégie pour la réduction des temps d'attente.

M. Robin Walker: Comme Mme Sholzberg-Gray l'a dit, la stratégie actuelle met l'accent sur des secteurs névralgiques qui ne constitueraient apparemment qu'un début, parce qu'on ne peut pas cibler l'ensemble du réseau, pour ce qui est des remplacements de hanches, des ablations de cataractes, et le reste.

Je voulais faire remarquer qu'on examine le problème des temps d'attente dans un contexte très étroit actuellement. La stratégie actuelle ne vise personne de moins âgé ou de beaucoup moins âgé que moi, franchement. Et c'est un problème pour deux raisons; d'abord, les temps d'attente en pédiatrie sont dans certains cas beaucoup plus longs que pour les adultes, quand on finit par trouver un médecin, ce qui est un énorme problème pour les enfants. Il y a beaucoup plus d'enfants que d'adultes qui n'ont pas accès à un médecin de premier recours, et les temps d'attente peuvent être considérables. Je signale en particulier la question de la santé mentale parce que la situation, dans ce cas, est terrible.

J'ai un fils de six ans. Heureusement, il est assez bien équilibré, mais s'il avait besoin d'une évaluation en santé mentale, il devrait attendre le tiers de sa vie avant même d'être évalué dans la capitale du Canada. Voilà pour la première raison.

Pour ce qui est de la deuxième raison, qui découle de la première, c'est qu'à mon âge, si j'attends un an pour me faire enlever une cataracte, ma productivité pourrait en souffrir un peu pendant ce temps, mais pas trop. Par contre, si un enfant attend deux ans avant

d'être évalué en santé mentale, sa productivité future risque d'être compromise toute sa vie durant. C'est ce que je voulais faire ressortir.

Même sur un plan purement économique, il n'est pas logique de ne pas s'attaquer aux temps d'attente en pédiatrie.

• (1655)

Mme Susan Kadis: Merci. C'est clair.

J'aimerais demander une précision à Mme Marrett. La maladie mentale ne fait-elle pas partie de la stratégie nationale de lutte contre les maladies chroniques actuellement? J'avais l'impression que c'était le cas, qu'étant donné que le Parlement avait approuvé la proposition en vue d'inclure la maladie d'Alzheimer et les démences connexes dans cette nouvelle stratégie, la maladie mentale en faisait partie.

Mme Penelope Marrett: Oui et non. On discute actuellement de l'inclure dans la stratégie mais, au départ, ce n'était pas le cas et on n'avait pas prévu de financement à ce sujet. Nous avons fait valoir qu'il y a tellement de gens qui souffrent de maladie mentale ou d'autres problèmes de santé mentale au Canada, qu'il fallait en tenir compte. Donc, on examine maintenant la façon de l'inclure dans la stratégie.

Mme Susan Kadis: C'est encourageant à entendre.

Enfin, si j'ai le temps, monsieur le président, je veux poser une question à Mme Sholzberg-Gray sur la question des dossiers électroniques, la façon de concilier la protection des renseignements personnels avec les avantages qu'ils présentent.

Mme Sharon Sholzberg-Gray: La protection des renseignements personnels sur la santé fait l'objet d'un processus d'harmonisation à l'échelle nationale. Nous insistions là-dessus depuis un certain nombre d'années mais, finalement, tout le monde est arrivé à s'entendre. Je pense que les provinces et les territoires sont maintenant prêts à adopter des règles communes à ce sujet.

Je crois que ces questions sont bel et bien en voie d'être résolues dans l'ensemble du pays. On a convenu de l'utilité des dossiers électroniques en matière de santé — sur le plan des résultats, de la sécurité et des économies d'échelle.

Le président: Merci, madame Sholzberg-Gray.

Mme Ambrose, M. Bell et nous allons ensuite conclure.

Mme Rona Ambrose (Edmonton—Spruce Grove, PCC): Merci, monsieur le président.

J'ai une question à poser au Dr Walker sur la prévention des maladies. Je fais partie d'un groupe de jeunes parlementaires qui se penche là-dessus cette année. Nous avons entendu beaucoup de groupes et nous travaillons, en particulier, avec l'Association canadienne du diabète sur certains aspects du problème. Il est aussi beaucoup question de l'obésité chez les adultes et les enfants dans les médias. Je me demande si vous auriez des mesures incitatives ou fiscales à proposer à notre comité en vue d'améliorer la condition physique des gens et la prévention dans le domaine de la santé. Le régime de soins de santé subit tellement de pressions que bien de gens se concentrent sur les services primaires et de base, mais la prévention est vraiment la voie de l'avenir, du moins pour les jeunes de notre pays.

Je me demande si vous avez des propositions à nous faire à ce sujet.

M. Robin Walker: Je peux d'abord vous dire que nous accordons beaucoup d'attention à la santé à l'école dans notre mémoire, et je ne vais pas revenir sur ce qui se trouve dans le mémoire. Il reste qu'il est certain que l'école doit jouer un rôle très important dans une stratégie de prévention, surtout à propos de ce que j'appellerais l'épidémie d'obésité qui touche les jeunes Canadiens. C'est un aspect de la question.

Plus généralement, la stratégie doit encourager un mode de vie sain et actif et, en ce sens, s'adresser aux familles et aux parents. On a en quelque sorte commencé à le faire. Il faut dire que Santé Canada veut encourager un mode de vie sain et actif et a accepté de s'associer à la Société canadienne de pédiatrie pour des mesures à ce sujet. Mais il est clair que si on veut faire de la prévention auprès des jeunes pour réduire d'importants problèmes de santé et les coûts à long terme, il faut en tout premier lieu mettre l'accent sur le logement, qui a une incidence considérable sur les enfants, et les habitudes de vie pour inciter les gens à avoir une vie saine et active et les prémunir contre le syndrome métabolique associé entre autres au diabète.

Je voudrais ajouter qu'il est crucial, à mon avis, de s'attaquer aux problèmes de santé, d'obésité et de diabète que connaissent les Autochtones et les Inuits, même s'ils ne représentent pas une très grande proportion de la population. Nous avons réussi à mettre en oeuvre un processus — qui n'est pas chapeauté par le gouvernement mais où le gouvernement sera représenté — qui permettra à des groupes nationaux pour la santé des Autochtones de se réunir en décembre pour discuter des problèmes de santé des enfants et des jeunes autochtones. Ce sera la première priorité.

Voilà quelques propositions qu'il faudrait étudier, à mon avis.

Mme Rona Ambrose: Merci.

Je sais que certaines provinces envisagent d'adopter des incitatifs, c'est-à-dire d'offrir des allègements fiscaux pour l'adhésion à des cours de conditionnement physique et l'achat d'équipement sportif pour les enfants. Je pensais davantage à des mesures de ce genre, et je me demandais si vous y étiez favorables et si vous estimez qu'elles pourraient être utiles à long terme.

• (1700)

M. Robin Walker: Assurément. Il y a plusieurs façons de s'attaquer au problème. C'est parfois la carotte qu'il faut utiliser, et parfois c'est le bâton. Par exemple, le gouvernement ontarien utilise le bâton, si vous voulez, en empêchant les écoles de vendre de la malbouffe. Les écoles emploient la carotte en encourageant l'activité physique. Il n'y a pas de doute que la stratégie qui s'adresse aux familles, les mesures encourageant l'activité physique peuvent être très très précieuses et très importantes.

Je dois ajouter, parce que notre point de vue se fonde toujours sur des données probantes, que les faits montrent que le bâton est plus efficace que la carotte, mais je pense que c'est vraiment très utile de vérifier — même à l'aide de recherches — comment on pourrait modifier le comportement des gens et des familles en ayant recours à des incitatifs fiscaux pour encourager l'activité physique.

Mme Rona Ambrose: Merci.

Le président: Merci, monsieur Walker.

Merci, madame Ambrose.

Monsieur Bell, et nous allons conclure.

M. Don Bell (North Vancouver, Lib.): Ma question s'adresse à Mme Marrett. À la page 15 de votre mémoire, vous formulez une recommandation sur les logements à prix abordable et vous donnez des chiffres; il y a un montant de 300 millions de dollars pour renforcer l'entente cadre sur le logement à prix abordable, un montant de 150 millions de dollars pour lutter contre l'itinérance et un montant de 500 millions de dollars sur cinq ans pour créer un fonds de remise en état de logements.

Il est aussi question dans votre recommandation de 20 000 nouvelles unités de logement — et est-ce 10 000 autres unités de logement réaménagées? J'imagine qu'il s'agit de 30 000 logements.

Mme Penelope Marrett: Oui.

M. Don Bell: Est-ce que les coûts de ces logements sont compris dans les autres chiffres mentionnés? Autrement dit, voulez-vous dire que ce sont les logements qui sont nécessaires et que ce sont les montants qu'il faudra prévoir, ou est-ce que c'est en plus des autres chiffres? Parce que vous demandez un montant de 850 millions de dollars...

Mme Penelope Marrett: C'est en plus.

M. Don Bell: D'accord.

Et vous n'avez pas fixé de montant pour les 20 000 nouvelles unités de logement et les 10 000 réaménagées ou les 30 000 logements.

Mme Penelope Marrett: Non, c'est vrai. Une partie de cela dépend des autres mesures mises en oeuvre par les gouvernements provinciaux ainsi que des programmes de rénovation et autres qu'ils offrent. Ils sont tous différents d'un bout à l'autre du pays, mais c'est absolument crucial. Franchement, si les gens n'ont pas un logement permanent, comment voulez-vous qu'ils restent en santé?

M. Don Bell: Je n'ai rien contre, mais je voulais faire préciser la question. Nous avons demandé d'indiquer les coûts des recommandations dans la mesure du possible, et vous avez indiqué les coûts de trois mesures, mais pas ceux de la première, et je voulais que ce soit clair.

J'ai encore beaucoup de questions à poser, mais pas de temps pour le faire. Je remercie tous les témoins. J'ai bien aimé vos exposés.

Le président: Merci.

Je remercie moi aussi les témoins d'être venus nous rencontrer. Certains exposés ont été très utiles parce que les recommandations ont été mises en évidence, ce qui n'a pas toujours été le cas. Nous aimons bien que les recommandations soient mises en évidence. Je tiens d'ailleurs à féliciter le premier groupe qui les a classées par ordre de priorité et en a établi le coût. C'est important pour le comité des finances. Je sais que c'est difficile de fixer le coût de certaines d'entre elles, mais cela nous donne un coup de main. Encore une fois, merci d'être venus nous rencontrer.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire at the following address:

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

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

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